

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



**PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS:  
ANOREXIA, BULIMIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN  
ADOLESCENTES DE LA I. E. ANDRÉS AVELINO  
CÁCERES – BAÑOS DEL INCA – CAJAMARCA, 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

BACH. ENF. Luz Yesenia Salazar Romero

**ASESORA:**

M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

Cajamarca - Perú

**2019**



© Copyright

Autor: Luz Yesenia Salazar Romero

Todos los Derechos Reservados

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**Autor:** Salazar Romero Luz Yesenia, 2019

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA  
EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE  
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANDRÈS AVELINO CÀCERES – BAÑOS DEL  
INCA - CAJAMARCA – 2018**

Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Cajamarca 2019

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis para Obtener el título de: Licenciada en Enfermería – UNC, 2019

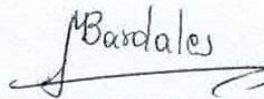
Asesora: Lic. Enf. M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA, BULIMIA  
Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. ANDRÉS  
AVELINO CÁCERES – BAÑOS DEL INCA – CAJAMARCA - 2018.**

**AUTORA:** LUZ YESENIA SALAZAR ROMERO

**ASESORA:** M.Cs. ROSA RICARDINA CHÁVEZ FARRO

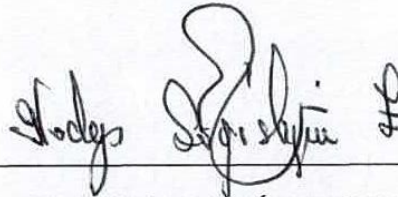
**JURADO EVALUADOR**



---

Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

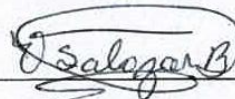
**PRESIDENTA**



---

M.Cs. GLADYS SAGÁSTEGUI ZÁRATE

**SECRETARIA**



---

M.CS. VIOLETA MERCEDES SALAZAR BRIONES

**VOCAL**



### MODALIDAD "A"

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 10.00 am del 03 de Mayo del 2019; los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 11-302 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Trastorno de Trastornos Alimentarios: Anorexia, bulimia y nivel de Autoestima en Adolescentes de la I. E. Andrés Bello Coarces - Baños del Inca - Cajamarca 2018.

del (a) Bachiller en Enfermería:

Dra. Yesenia Solgor Romero

Siendo las 11:00 m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Buena, con el calificativo de: 16, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Apta. para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Marlene Bordaes Silva</u>	<u>M. Bordaes</u>
Secretario(a):	<u>M. Es. Gladys Espinoza Forate</u>	<u>Gladys Espinoza</u>
Vocal:	<u>M. Es. Violeta Solgor Briones</u>	<u>V. Solgor</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>M. Es. Rosa Recardina Chávez Ferrero</u>	<u>R. Ferrero</u>
Asesor (a):		

#### Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)  
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)  
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)  
DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

*Mi tesis la dedico a mi mamá por su apoyo incondicional,  
por darme la oportunidad de ser una profesional  
y por creer en mí a pesar de tantas dificultades que tuvo,  
es mi motivación a poder superarme cada día,  
es la fuerza que me ayuda a superar todos los obstáculos.*

**Yesenia**

## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo agradezco a Dios por permitirme tener una buena experiencia universitaria; además agradezco a mi mamá por darme la oportunidad de realizar una carrera universitaria, gracias a la universidad por convertirme en una profesional competitiva y a mis docentes que estuvieron en todo el proceso de aprendizaje; que gracias a sus enseñanzas ahora puedo contribuir con conocimiento a futuras generaciones; del mismo modo agradezco a la M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro por su apoyo incondicional en toda la elaboración de la tesis.



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
DEDICATORIA .....	6
AGRADECIMIENTO .....	7
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	8
LISTA DE TABLAS .....	10
LISTA DE ANEXOS .....	11
GLOSARIO .....	12
RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
CAPÍTULO I .....	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	14
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
Objetivo general .....	18
Objetivos específicos .....	18
CAPÍTULO II .....	19
MARCO TEÓRICO .....	19
2.2. BASES TEÓRICAS .....	23
2.2.1. TRASTORNO ALIMENTARIO .....	23
AUTOESTIMA .....	31
2.3. HIPÓTESIS .....	33
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN .....	33
CAPÍTULO III .....	37
DISEÑO METODOLÓGICO .....	37
3.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	37

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	37
3.3. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	37
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	38
3.5. MARCO MUESTRAL.....	38
3.6. MUESTRA.....	38
3.7. TAMAÑO MUESTRAL.....	38
3.8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	39
3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
3.10. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	42
3.11. VALIDEZ Y LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS .....	43
3.12. PRUEBA PILOTO:.....	43
3.13. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43
3.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
CAPÍTULO IV .....	45
4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	45
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES .....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
ANEXOS.....	65

## LISTA DE TABLAS

	Pág
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018	45
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018	46
<b>Tabla 3.</b> Nivel de Autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca - Cajamarca – 2018	49
<b>Tabla 4.</b> Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia y Nivel de Autoestima en Adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca - Cajamarca – 2018	51

## **LISTA DE ANEXOS**

	<b>Pág</b>
<b>Anexo 1.</b> EATING ATTITUDES TEST (EAT-26). TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS DE GARNER, GARFINKEL Y OLMSTEAD (1982)	65
<b>Anexo 2.</b> TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH, BITE)	67
<b>Anexo 3.</b> ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG	70
<b>Anexo 4.</b> ASENTIMIENTO INFORMADO	71

# GLOSARIO

**BITE:** Bulimic Investigatory Test Edinburgh

**EAT:** Eating Attitudes Test (Prueba de actitudes alimentarias).

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**UNICEF:** El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**CEAMEG:** Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**FEACAB:** Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia

**ISES:** Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios

**GABA:** Grupo de Autoayuda en Bulimia y Anorexia.

**ASENTIMIENTO INFORMADO:** Es un documento que es firmado por adolescentes con la finalidad de obtener su permiso para la participación en alguna actividad.

**TCA:** Trastorno de la conducta alimentaria.

## **RESUMEN**

El presente estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia en relación con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018, la metodología utilizada fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 257 adolescentes, a quienes se aplicó los test EAT – 26 (Prueba de actitudes alimentarias), BITE y Rosemberg; se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado, con 95% de confianza, para determinar el nivel de relación que existe entre las variables. Entre los resultados más importantes tenemos que 50.6% es de género femenino, entre 11 – 19 años de edad; con una media que 14.6 y una desviación estándar +- 1.55, test EAT – 26 para anorexia muestra que 25.3% presentaron conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios. El test de BITE para la bulimia se evidenció que 30,4% presentó patrones alimentarios anormales, 12.1% tuvo posible bulimia subclínica; respecto al nivel de autoestima 46.7% tuvo autoestima elevada o normal y existe una relación entre anorexia y nivel de autoestima con un  $p = 0.032$ ; asimismo es altamente significativa la relación entre bulimia y autoestima con un  $p = 0.005$ .

**Palabras Clave:** Trastornos alimentarios, bulimia, anorexia.

## ABSTRACT

The present study aimed to determine the prevalence of eating disorders: anorexia and bulimia in relation to the level of self-esteem in adolescents of the Educational Institution Andrés Avelino Cáceres - Baños del Inca - Cajamarca - 2018, the methodology used was descriptive, correlational and cross section. The sample consisted of 257 adolescents, to whom the tests EAT - 26 (Test of alimentary attitudes), BITE and Rosenberg were applied; The Chi-square statistical test was used, with 95% confidence, to determine the level of relationship that exists between the variables. Among the most important results we have that 50.6% is female, between 11 - 19 years of age; with an average of 14.6 and a standard deviation + - 1.55, EAT - 26 test for anorexia shows that 25.3% presented risky eating behaviors related to eating disorders. The BITE test for bulimia showed that 30.4% had abnormal eating patterns, 12.1% had possible subclinical bulimia; Regarding self-esteem level, 46.7% had high or normal self-esteem and there is a relationship between anorexia and self-esteem level with  $p = 0.032$ ; Likewise, the relationship between bulimia and self-esteem is highly significant with  $p = 0.005$ .

**Key Word:** Eating disorders, bulimia, anorexia.

# INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se han convertido en una enfermedad muy común a nivel mundial, según la OMS (2014) del 10 al 15% de adolescentes presenta anorexia y bulimia (1). Estos se dan como resultado de una cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez extrema son una norma, convirtiéndose en sinónimos del éxito, la aceptación y el logro (2).

Este tipo de trastornos se está tornando común debido a que no se previene porque no se conoce muy bien los síntomas iniciales, y lamentablemente se detecta cuando se observan cambios físicos de forma muy brusca, es decir cuando la persona ya está con trastornos alimentarios, siendo considerado un problema de salud pública, el cual está en aumento.

El objetivo del presente estudio de investigación fue determinar la prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia en relación con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca; con la finalidad de poder accionar de forma oportuna, dando a conocer los padres de familia y autoridades de la institución educativa sobre estos trastornos y las complicaciones, además es importante prevenirlo para no afectar el crecimiento y desarrollo del adolescente, debido a que esta etapa los cambios son más notorios y el autoestima puede verse afectada por los diferentes factores de riesgo que influye.

La investigación se organizó en cuatro capítulos. En el Capítulo I se expone: el problema de investigación, planteamiento y formulación del problema, justificación de la investigación y los objetivos.

En el Capítulo II se presenta el marco teórico, antecedentes del estudio, variables de estudio y operacionalización de variables.

En el Capítulo III se desarrolla el diseño metodológico, tipo y diseño de investigación, marco muestral y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, descripción de técnicas e instrumentos, procesamiento, análisis y consideraciones éticas.

El Capítulo IV detalla los resultados y discusión y finalmente las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.



# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS (2014), a nivel mundial el 10 a 15% de los adolescentes de 10 a 19 años, mueren por problemas de trastornos alimenticios, siendo la tercera causa de muerte en adolescentes (1). Ante estos trastornos entre los más frecuentes se encuentran la bulimia y la anorexia, las mismas que son consideradas “nerviosas” ya que son el resultado de un malestar mental; sin embargo, también se califican como el resultado de una cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez extrema son una norma a cubrir, convirtiéndose en sinónimos del éxito, la aceptación y el logro. (2)

El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (2016), señala que los adolescentes entre 14 y 19 años presentan una mayor prevalencia de los trastornos alimentarios, debido a que cada año se registran 20 mil casos de conductas alimentarias de riesgo que se manifiestan teniendo la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere. (3)

La anorexia nerviosa, definida como falta de apetito, que se convierte en un rechazo selectivo o total a la alimentación produciendo una pérdida significativa de peso, inducida por una distorsión que se tiene de la propia imagen (4) y la bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas como ingerir grandes cantidades de comida en un lapso de tiempo corto, seguido por una intensa culpabilidad que lo lleva a utilizar mecanismos como laxantes y vómitos para eliminar el exceso de alimentos.(5)

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia (2015), las personas con este trastorno se niegan a mantener su cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, tienen mucho miedo de aumentar peso o de llegar a ser obesas y están exageradamente preocupadas por su figura. Además, la valoración que hacen de sí mismas como personas viene determinada por la opinión sobre su cuerpo; el 90-95% de las personas afectadas son mujeres y la edad suele estar entre los 12 y los 25 años, y es más frecuente entre los 12 y los 17 años de edad. (6).

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente de las sociedades desarrolladas y occidentalizadas. Afectan alrededor del 5% de las mujeres, y un 11% presentan síntomas de alto riesgo de padecerlos, los especialistas alertan de que hay claros indicios de que puede estar aumentando la incidencia; debido a que, en Cataluña, 28.000 adolescentes y jóvenes sufren un trastornos de la conducta alimentaria, 26.000 de los cuales son mujeres. La mortalidad en los casos de la anorexia está alrededor del 10%. (7).

Para el Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (2017), un trastorno alimenticio frecuentemente, aparece en la fase de adolescencia, y una gran influencia en el bienestar de los jóvenes, pudiendo llegar a ocasionar graves problemas de autoestima y aislamiento que pueden afectar tanto en el ámbito más personal, como en el familiar y social. Además, estos efectos pueden llegar a tener consecuencias perjudiciales para el resto de su vida. (8).

Canción N (2013), señaló que en el Perú para el 2011 se atendía de 5 a 6 casos al día; sin embargo, la cifra ha ido aumentando. En el 2013, el rango de atenciones es de 10 a 12 casos diarios. “De ellos, se ha tenido de 4 a 5 casos provenientes de Huancayo”. (9).

La tendencia a problemas alimentarios, tiene una alta prevalencia en las áreas urbanas, llegando al 6 % en Lima y Callao, donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas llegan a 1.6% en las mujeres y 0.3% en los hombres, y la Bulimia nervosa y la Anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres. (10). Además, Taboada G (2010 – 2015), advirtió que el número de pacientes con anorexia aumentó en estos últimos cinco años, siendo los hombres jóvenes el nuevo blanco de los trastornos alimenticios en nuestra sociedad (11).

Existen varones con problemas de anorexia y bulimia en el país debido a factores culturales que imponen la delgadez como sinónimo de belleza y éxito, habiendo crecido del 8 % al 12 % (12).

En Perú, en el año 2013 se reportaron 743 casos de anorexia y 395 casos de bulimia, mientras que, para junio del año 2014, el Ministerio de Salud atendió 332 casos de pacientes con anorexia y 185 de pacientes con bulimia. (13)

En el Perú, el adolescente con autoestima positiva o normal es capaz de enfrentarse a problemas y fracasos, porque dispone de la energía necesaria para confiar en superar los obstáculos, favorece la creatividad con respuestas creativas y originales, es capaz de tomar decisiones. Los adolescente tienden a bajar su autoestima cuando tienen una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo/a, autoexigencia esclavizadora de hacer “perfectamente” todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida, culpa inadecuada por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.(14)

El adolescente siempre busca ser aceptado por la sociedad por lo que se rige mucho en las tendencias de moda, tratando de resaltar o llamar la atención de todos, por ende en su lucha de ser aceptado puede encontrar muchos obstáculos que en ocasiones pone a prueba la confianza en sí mismo, o caen en enfermedades que no son tan visibles, debido a que se presentan como “prácticas comunes”, y es común escuchar “voy hacer dieta”, “ahora no cenare”; y cuando no llegan a tener la figura que es considerada ideal, realizan prácticas más rígidas como dejar de comer por todo un día, usar laxantes, o vomitar; siendo esta la puerta de entrada de los trastornos alimentarios.

Por las razones expuestas y ante esta problemática descrita, nos planteamos el presente estudio con el propósito de indagar la presencia de trastornos de alimentación y el nivel de autoestima de los estudiantes de educación secundaria de una institución educativa.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La anorexia y la bulimia se han convertido en una enfermedad crónica y progresiva porque se evidencia a través de la conducta alimentaria, que consiste en una alteración o distorsión de la auto imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de valores a través de una imagen corporal, esta enfermedad se ha hecho muy común en la adolescencia, debido

a que es un periodo de crecimiento y desarrollo que se caracteriza por un ritmo acelerado de cambios. (15) Asimismo la autoestima tiene un papel muy importante en esta etapa de vida, debido a que puede variar mucho, cuando tratamos de relacionarla con la anorexia y bulimia; debido a que la moda actual influye mucho en esta etapa vida.

Actualmente, la sociedad globalizada muestra un ideal de la belleza, que se ha diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación donde imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes. (16). Además estos trastornos, afecta a la población estudiantil adolescente dejando secuelas muy graves o complicaciones que conllevan a la muerte, como se evidencia en estudios realizados.

Por tal motivo es considerado un problema de salud pública el cual está en aumento; siendo el presente estudio importante porque será de gran utilidad para conocer de forma más detallada sobre los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia, además se tendrá en cuenta las medidas de control y plantear estrategias para vigilar la anorexia, bulimia y autoestima en los estudiantes de educación secundaria de la ciudad de Baños del Inca, Cajamarca.

Los resultados de la investigación ayudarán a conocer la magnitud real del problema; lo que contribuirá con datos que aportará con la generación de nuevos conocimientos en el tema, por lo tanto, motivará la realización de futuros trabajos de investigación por investigadores interesados en el tema. Asimismo, servirá a las autoridades del Ministerio de Salud, DIRESA, especialmente del área de Promoción de la Salud, Salud Mental y bienestar universitario, para que realicen acciones oportunas que contribuyan a disminuir los casos de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia; y será de utilidad para que las autoridades y profesionales implicados en el tema elaboren, implementen y ejecuten programas de prevención dirigidos a adolescentes, padres y educadores; igualmente es necesario que las instituciones públicas y privadas involucradas, prioricen el mejoramiento de la salud mental de la población en general, y sobre todo incrementar el autoestima en los adolescentes.

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia en relación con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente la población en estudio de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018.
- Determinar la prevalencia de trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia en adolescentes de la institución educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018.
- Identificar el nivel de autoestima de los adolescentes de la institución educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018.
- Relacionar los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia con el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018.

# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### **A Nivel Internacional:**

Guadarrama. R, Mendoza. S (2011), en su estudio sobre: Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo - México; tuvo los siguientes resultados: 8% mostró sintomatología de anorexia y 6% síntomas de bulimia; 3% rebasó ambos puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria; concluyeron que referente a la anorexia total, no hubo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, en los factores de motivación para adelgazar y presión social percibida, fueron las mujeres quienes manifestaron mayor sintomatología y con una dispersión mayor. En cuanto a la bulimia, las mujeres presentaron igualmente una mayor sintomatología en comparación con los hombres, aun cuando las puntuaciones tienden a dispersarse más de la media para los varones (17).

Cetraro, P (2011), en su investigación sobre: Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes, con el objetivo de identificar las conductas de riesgo de trastornos de alimentación y analizar la relación existente con la autoestima e insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes. Obtuvo como resultados: El 72,5% de las adolescentes piensan mucho en su cuerpo, mientras que 27,5% no lo hace. Además el 52,5% afirma sentirse gorda, mientras que 47,5% restante no se siente así. El 30% de la muestra sienten culpa después de comer, mientras que 70% no posee ese sentimiento; concluyendo que las conductas alimentarias de riesgo se relacionan negativamente con la autoestima familiar y física, indicando así que a mayor autoestima, menor conductas de riesgo, y se asocian positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo tanto a menor distorsión menor conductas de riesgos. (18)

Asuero. R, Avargues. M, Monzón. B y Borda. M (2012), efectuaron un estudio en la Universidad de Sevilla – España, con 146 participantes e indican que en general la muestra estudiada presenta insatisfacción corporal, significativa y presenta autoestima baja; lo cual nos da a entender que los adolescentes con baja autoestima tienden a buscar la aprobación en los demás, persiguiendo para ello la perfección que marca la sociedad; al no aceptarse a sí

mismas como personas, despreciaran cualquier parte de su cuerpo que no sea perfecta y harán todo lo que esté en su mano para cambiarlo, aunque tengan que poner su salud y su vida en juego. Por el contrario, una adolescente con alta autoestima, tenga el cuerpo que tenga, se sentirá segura de sí misma, se valorará más y se aceptará sean cuales sean las partes de su cuerpo que no le gusten o cumplan los cánones marcados por la sociedad. (19)

Borda. M; Nieto. C; Celemín. A, Majul. L, Fajid. Colombia (2012), en su estudio de Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla; con el objetivo de establecer la prevalencia de riesgo de bulimia y de factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años de Barranquilla, en el cual se tuvo en cuenta las edades entre 14 a 18 años, de ambos sexos, de cuatro colegios de barranquilla y su área metropolitana, dos públicos y dos privados, y el resultado fue que 44% presentó riesgo de tener bulimia sobre todo en mujeres, con estrato económico medio; donde se concluyó, una asociación estadística entre el riesgo de padecer bulimia y los factores de riesgo: sobrepeso, saltar comidas con frecuencia, consumir tres comidas y picar, consumir tres comidas, emplear diuréticos o laxantes para bajar de peso, presentar: ansiedad, depresión, estrés e insatisfacción corporal. (20)

Mérida. C, López. R (2013), estudió la Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz- Bolivia; encontró que 2,9% de los adolescentes de la Ciudad de La Paz presentan Trastornos de Conducta Alimentaria, es decir, 3 de cada 100 adolescentes padecen algún TCA. De los cuales, 1,5% presentan Anorexia y 1,4% Bulimia, concluyendo que los bulímicos presentan conductas depresivas y elevada ansiedad, con falta de asertividad y con una deficiente imagen corporal, en mayor grado que las anoréxicas. (21)

Ferrel. F, Mendoza. J, Ferrel. L (2014), estudió los Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima, en cinco Instituciones Educativas distritales de Santa Marta- Colombia. Cuyos resultados fueron: 51,4% de la población presenta autoestima baja, seguido de un 42,2% con autoestima media y 6,4% de autoestima elevada, concluyendo que los factores psicológicos negativos relevantes de depresión moderada y baja autoestima -categorías con alguna psicopatología según las Pruebas aplicadas - hallados en los estudiantes con bajo rendimiento escolar participantes, se encuentran afectando no sólo su rendimiento y aprendizaje escolar, sino principalmente su salud mental y bienestar psicológico (22).

Rutzstein. G, Scappatura. L y Murawski1. B (2014), en su estudio sobre: Perfeccionismo y baja autoestima a través de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires - Argentina, con el objetivo de analizar hábitos y actitudes hacia la alimentación, perfeccionismo y autoestima en mujeres adolescentes con riesgo de TA, adolescentes con cuadros completos de TA y adolescentes sin TA ni riesgo de TA, el estudio fue con 200 mujeres entre 13 y 19 años. Los resultados fueron: adolescentes con trastornos alimentarios 46 alumnos; adolescentes con riesgo de trastorno alimentarios, 17 alumnos y adolescentes sin trastornos de alimentación y sin riesgo de trastorno de la alimentación, 137 alumnos; asimismo, presentaron puntuaciones intermedias en baja autoestima. Llegaron a la conclusión que existe una relación significativa entre los trastornos alimentarios y baja autoestima, asimismo el perfeccionismo tiene interacción entre las variable de trastornos alimentarios y autoestima. (23)

Patiño. J (2016), en su estudio sobre las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la unidad educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca, con el objetivo de relacionar conductas alimentarias de riesgo, la imagen corporal y la autoestima de los adolescentes y obtuvo como resultado que la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo no existe una relación estadísticamente significativa, obteniendo un valor  $p= 0.507$ . (24)

#### **A Nivel Nacional:**

Aliaga. L, Tania A, De la Cruz. J. Vega M (2010), realizan un estudio sobre: Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú; obteniendo como resultados: obsesión por la delgadez, se tuvo que el 17,9%, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal; concluyeron según puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores y no se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la subescala de obsesión por la delgadez. (25)

Montoya. M (2011), menciona en su estudio sobre: Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II – Villa María del Triunfo, encontrándose que los adolescentes, presentan el 54,3% riesgo de padecer anorexia y bulimia, correspondiendo el 57,3 % a adolescente mujeres y el 42,7 % a los varones, y se concluye, que el factor psicológico (inadecuada percepción de la imagen corporal e inadecuada auto concepto), el



factor familiar respecto a los estilos de padres (autoritario, negligentes) , están asociados significativamente al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescente. (26)

UNICEF (2012), realiza un estudio sobre la situación en Perú, con el objetivo ver la prevalencia de adolescente entre 12 – 18 años, además se señala que la adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años). Además, se obtuvo como resultado que la población adolescente en el Perú es de 3, 600,000 peruanos, lo que representa aproximadamente el 13% de la población. De ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% mujeres. En Cajamarca la población adolescente es de 184 919 entre varones y mujeres; donde el 49% son de sexo masculino y 51% de sexo femenino. (27)

Callata. F (2012), investiga sobre el nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Manuel Veramendi e Hidalgo. Arequipa – Perú, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima en adolescentes; concluyendo que el nivel de Autoestima de la población en estudio, que el 8.1% presenta un nivel de Autoestima Baja. (28)

Saldarriaga L (2012, 2013), en su estudio de Asociación entre autopercepción de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes 2012 -2013;se tuvo el resultado siguiente: La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria fue de 41.9%, siendo más frecuente en mujeres 50 (51.5%) que en varones 17 (50%), se concluye, que existe mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en el género femenino que en el masculino, la mayor edad del adolescente se asocia a mayor frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria solamente en el género femenino (29).

Caballero. G (2014), en su estudio de Anorexia y Estilos de Afrontamiento en Adolescentes de Lima Metropolitana; con el objetivo de determinar los perfiles de las dimensiones en Anorexia y los estilos de afrontamiento en adolescentes anoréxicos de un centro terapéutico y en adolescentes normales de una institución educativa estatal del distrito de Surco de Lima Metropolitana, cuya muestra estuvo conformada por adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia con una muestra de 39 alumnos; 24(62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones y los resultados indicaron que de los 39 participantes, el 17,9%

tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres, se concluye que en la escala de modos de afrontamiento al estrés el promedio del grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. (30)

Bereche. V y Osoreo. D (2015), en su estudio sobre Nivel de Autoestima en los Estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Juan Mejía Baca”, con el objetivo de identificar niveles de Autoestima en estudiantes de una Institución Educativa del Distrito de Chiclayo – Perú, donde concluyeron que el 49.6% de los estudiantes se ubican en un nivel promedio alto de autoestima y el 1.6% presentan el nivel bajo de autoestima. (31)

Pinto. C (2018), hizo un estudio sobre hábitos alimenticios de riesgo en adolescentes de 11 a 17 años de la I.E Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao – Lima. 2018, con el objetivo de determinar los hábitos alimenticios de riesgo y utilizo una población, teniendo en cuenta la edad y sexo; la cual estuvo conformada por 120 alumnos adolescentes de 11 – 19 años y estuvo distribuido de la siguiente manera: El primer grado de secundaria consta de 25 alumnos, el segundo grado de secundaria está formado por 20 alumnos, en el tercer grado de secundaria hay un total de 25 alumnos, en el cuarto grado de secundaria hay 25 alumnos y en el quinto grado de secundaria hay 25 alumnos. (32)

## **A Nivel Regional**

Llerena J y Vargas J, (2012) realizaron un estudio en Cajamarca en 4 colegios, quienes afirman que el 18,2% de las alumnas del estudio presentan riesgo 1, y el 31 ,4 % de las mismas presentan riesgo 11, 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. (33).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. TRASTORNO ALIMENTARIO**

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos

alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida (34).

Asimismo, los efectos emocionales que tiene una persona al ser comparada, se manifiesta mediante la insatisfacción de la imagen corporal, en un trastorno de la conducta alimentaria, la distorsión se presenta en áreas consideradas como atractivo sexual por ende el hecho de tener sobrepeso genera alteración de la identidad, lo cual desencadena una angustia intensa, que la persona buscará tener la “imagen perfecta” sometiéndose a dietas excesivas o vomitar con el fin de lograr ser aceptada (35).

En el Modelo cognitivo-afectivo, consideran que las alteraciones de la imagen corporal incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones (anorexia y bulimia), se encuentran estrechamente relacionadas. (36).

#### 2.2.1.1. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas o necesitan asistencia médica

##### A. PSICOLÓGICOS

###### **Ansiedad**

Ansiedad se define como una sensación de malestar o una amenaza la cual es acompañada de una respuesta autónoma, con origen desconocido por el individuo, el sentimiento es aquel de aprensión el cual es causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Mantener el estado negativo conlleva por completo la conducta, así como una activación fisiológica crónica y prolongada, donde se desarrollen trastornos fisiológicos o conductuales. (37)

###### **Depresión**

La depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada, sin embargo, tiene un síntoma central, este es la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico y caída de rendimiento en algunas funciones psíquicas y cognitivas. (38)

## **Obsesión**

Es un fragmento de la conducta que se caracteriza por una repetición excesiva, un contenido anómalo y una resistencia por parte del individuo quien se encuentra afectado. Entonces se puede decir que estos son pensamientos sumamente repetitivos y molestos los cuales generan en el sujeto un grado de malestar lo que lleva a ciertas conductas. A menudo la obsesión rompe y paraliza el flujo cotidiano o lo que se considera normal de un sujeto (39)

## **B. SOCIOCULTURALES**

Son presiones culturales que glorifican la “delgadez” y le dan un valor a obtener un “cuerpo perfecto”

### **Exigencias sociales**

La presión ejercida por el aspecto corporal a la hora de acceder a un trabajo desde el anuncio del mismo dice claramente “se exige buena presencia”, nos da a entender que la sociedad ve al cuerpo delgado como símbolo de triunfo, en cambio la obesidad es un símbolo de dejadez, aburrimiento. Aunque la correlación no es así; el adolescente lo asimila muy bien este ideal, por tal motivo trata de ser aceptado ante la sociedad haciendo todo lo que sea posible sin importar en poner en riesgo su vida.

### **Los amigos (as)**

En la adolescencia aumenta las relaciones extra-familiares, donde se ve la formación de grupos, en cual necesitan su aprobación, se dejan llevar de los gustos, deseos y manera de actuar y vestir de los amigos, influyendo notablemente en su comportamiento, los adolescente tienden a la imitación y la comparación con sus semejantes y la imagen física es un elemento clave de comparación, y en un adolescente con baja autoestima, puede denotar la decisión de hacer dieta, puerta de entrada a los trastornos alimentarios.

### **La moda**

A nivel popular existe una gran confusión sobre todo entre lo que es moda, publicidad e información, la moda es la que marca la línea en todos los aspectos de la vida, es la que dicta donde hay que reunirse, las modas se vuelven peligrosas desde el momento en que se vuelven extremas donde la delgadez extrema es aceptado y solicitado por la sociedad.

## **Los medios de comunicación**

Estamos en la era de la comunicación donde los medios de comunicación influyen mucho en la autoimagen del individuo, sobre todo medios impulsores de estándares de belleza, tanto para mujeres y varones. (40)

### **C. BIOLÓGICOS**

Se sostiene la hipótesis de la existencia de una alteración en el hipotálamo, hipófisis y ciertos neurotransmisores que explican la causa biológica primaria del comportamiento anómalo, aunque probablemente la mayoría de las alteraciones sean secundarias a la desnutrición. Se ha demostrado que los niveles de serotonina y su metabolito (5-hidroxiindolacético), están disminuidos en pacientes con TCA, y que, tras la recuperación de peso, se normalizan. La serotonina modula la sensación de saciedad. Los antagonistas de serotonina inhiben su receptor, por lo tanto, estimulan la ingesta y ganancia ponderal. Las irregularidades premórbidas de serotonina son un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el comportamiento alimentario (41)

## **BULIMIA**

La bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce, de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación, luego empieza una gran culpabilidad por haber comido, por ende, recurren al uso de laxantes o diuréticos, inducción al vomito (42).

La teoría cognitivo-conductual sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación, mientras que la mayoría de las personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su propia ejecución en distintas áreas de su vida (las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia, los intereses personales, etc.), las personas con bulimia se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura y peso corporal; y a su capacidad para controlarlos. Esta sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control es la pieza clave en el mantenimiento del problema lo que denominan el “núcleo psicopatológico”; donde muchas ocasiones las personas con bulimia tienen atracones cuando saben que podrán utilizar algún tipo de purga. Además, creen en estas prácticas como métodos para eliminar todas las calorías ingeridas en los episodios de atracones. (43).

## **a) CLASIFICACIÓN**

Los pacientes con bulimia nerviosas, se clasifican en dos tipos:

- Purgativo: es aquel grupo que inicia con un cuadro característico de rechazo a su imagen corporal e inicia una serie de dietas extremas o ejercicio intenso, sin lograr los resultados esperados, apoyándose entonces, en la reacción voluntaria de vómito postprandial.
- No purgativo: Este grupo de pacientes al no encontrar respuesta a sus limitaciones alimenticias, empieza a ingerir laxantes que lo inducen a un vaciamiento intestinal rápido, con las consiguientes alteraciones gastrointestinales posteriores, que le llevan a presencia de edema por hipoproteinemia, por lo que el uso de diuréticos se hace imprescindible, para su reducción global de peso líquido.

## **b) CUADRO CLÍNICO**

Las (os) pacientes que cursan con este cuadro de disfunción alimentaria, pueden presentar alteraciones dentales, con caries y erosión del esmalte, además de gingivitis marginal, provocadas por el contacto del ácido gástrico durante el proceso repetitivo del vómito, hecho que además expone lesiones en el dorso de las manos, resultante de la fricción de los dientes sobre el área anatómica mencionada. Las glándulas parotídeas se encuentran hipertrofiadas, por el aumento de la amilasa secundaria a la inducción de vómitos, siendo frecuente la presencia de desgarros esofágicos por esfuerzo o hernia y úlceras esofágicas.

El vómito repetitivo y frecuente, puede llevar a datos clínicos de hipokaliemia con calambres, náuseas, arritmia, parestesias, adicionándose mareos, sensación de debilidad marcada, astenia, adinamia, palidez y convulsiones.

La Academia Americana de Psiquiatría plantea los siguientes criterios para el diagnóstico de un cuadro bulímico: Episodios recurrentes de consumo compulsivo de alimentos por lo menos 2 veces por semana en los dos últimos meses y Preocupación excesiva y persistente sobre el peso y la forma corporal.

## **c) DIAGNOSTICO**

Es importante tomar en cuenta que las personas con bulimia generalmente cursan con peso normal o ligeramente superior. Es entonces que ingresan al consumo rutinario de laxantes o diuréticos para intentar reducir su peso, pasando durante mucho tiempo con un cuadro clínico no percibido por su entorno directo.

Los exámenes solicitados a estos pacientes deben incluir datos básales de hemograma, con, gasometría, electrolitos incluyendo, calcio, fósforo, magnesio, nitrógeno ureico, creatinina, ácido úrico, endoscopía digestiva, densitometría ósea, con el fin de evaluar regularmente cambios en los hallazgos dirigidos a la identificación de anomalías hidroelectrolíticas. (44)

## **ANOREXIA**

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas. Se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar. (45)

Mediante la teoría cognitiva, se estudia la alteración mental de las adolescentes anoréxicas donde explican que las jóvenes han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las personas con anorexia necesitan experimentar cierto control sobre la vida. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa fracasar, no tolera ninguna ambigüedad. Su manera de pensar, es excesivamente simple, no les permite resolver los problemas de la vida; es decir cuando fracasan no encuentran sentido a la vida, las anoréxicas evitan tantas situaciones de la vida real como pueden. Por eso la anorexia es como una especie de lavado de cerebro. Debido a que tienen un conjunto de creencias rígidas y equivocadas acerca de sí mismas. (46).

### **a) CLASIFICACION**

Se puede distinguir 2 subtipos:

- Tipo Restrictivo: Se describe como la pérdida de peso mediante dieta o ejercicio intenso, por lo tanto, dichos pacientes no presentan episodios recurrentes de sobre ingesta o atracones, ni de purgas. Por lo tanto, la persona deja de comer básicamente, sin recurrir a atracones ni purgas (p.ej. no provocación del vómito ni uso excesivo de laxantes).
  
- Tipo compulsivo / purgativo: Encontramos aquellos pacientes que no presentan atracones, pero si recurren a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. (47)

## **b) CUADRO CLÍNICO**

- Incapacidad de comer normal, con deseo de bajar de peso.
- Preocupación obsesiva con la imagen, el peso y la comida.
- Pérdida de peso y de la menstruación.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Cambio de carácter, ansiedad y depresión.
- Bajo peso corporal, la persona enferma de anorexia, rechaza mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal.
- Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso teórico. Hay una negativa a mantener el peso corporal, ni el mínimamente normal para su edad. (pérdida de peso para mantenerlo por debajo del 85% de lo esperado para su edad o no aumentar el peso corporal situado por debajo del 85% de lo esperado).
- Miedo intenso a ganar peso aun estando por debajo de un peso normal.
- Miedo intenso de volverse obeso, incluso cuando la persona está perdiendo peso.
- Negación de las sensaciones de hambre.
- En las mujeres, ausencia o pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos, sin existir otra causa. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos únicamente se dan después de la administración de hormonas (ej. Estrógenos).

## **c) DIAGNOSTICO**

El análisis de sangre que incluya un hemograma completo, bioquímica general con función renal y hepática, estudio de proteínas y albúmina en el plasma, pruebas de tiroides, niveles de hormonas sexuales, y análisis de orina.

Además, es importante tener un control del peso, la estatura y el índice de masa corporal. Uno de los criterios clínicos que se utilizan en el diagnóstico de la anorexia nerviosa, además de la presencia de los síntomas característicos (ver apartado sobre síntomas), es un peso corporal inferior al 85% del peso esperado para su edad y estatura, y un índice de masa corporal menor a 17,5 kg/m<sup>2</sup> (47)

## **CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Las consecuencias físicas son más importantes si la restricción de alimento se empieza antes de la pubertad. En este caso no solamente se pierde peso, sino que además se detiene el crecimiento. Aunque, posteriormente (después de la pubertad), se vuelva a comer bien, no se



recupera la talla pues los huesos largos ya han quedado soldados. Otras alteraciones físicas son:

Mayor sensibilidad al frío (por la pérdida de la capa grasa bajo la piel) Manos y pies fríos  
Piel seca Pelo y uñas sin brillo y quebradizos Aparición de un vello fino y largo (lanugo) en espalda, brazos y mejillas Alteraciones en la pigmentación Grandes protusiones óseas  
Ventre hundido Otras posibles complicaciones son:

#### COMPLICACIONES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

---

<b>Alteraciones cardiovasculares</b>	Disminución de las pulsaciones del corazón. Disminución de la presión arterial (puede causar mareos). Alteraciones del ritmo cardiaco (hasta poder causar un paro cardiaco).
<b>Alteraciones gastrointestinales</b>	Náuseas, vómitos, diarreas por el uso de laxantes, estreñimiento y dolores abdominales.
<b>Trastornos sanguíneos</b>	Anemia
<b>Trastornos hormonales</b>	Pérdida de la regla (amenorrea).
<b>Alteraciones óseas</b>	Huesos debilitados que se fracturan con mayor facilidad, talla baja (si el alimento restringe antes de la pubertad).
<b>Trastornos renales</b>	Deshidratación.
<b>Trastornos psíquicos</b>	Trastornos afectivos, ansiedad, síntomas obsesivo – compulsivo y trastorno del sueño. (47)

---

*Fuente: Centro de atención a los trastornos alimentarios - España*

#### 2.2.1.2. TEORÍA DEL PSICOANÁLISIS EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Desde una perspectiva psicoanalítica la propuesta es considerar a la anorexia como una configuración clínica, es decir, como una presentación o una manifestación en la cual priman las maniobras en cuanto al alimento y al comer, que es el resultado de una peculiar posición subjetiva y que tiene un complejo entramado defensivo, y que se acopla a cualquiera de las estructuras freudianas, constituyendo un modo de procesamiento psíquico que deja paso al desenfreno, es decir, a la búsqueda de la consumación pulsional que se alcanza, paradójicamente, en la anorexia por restricción.(48)

## **AUTOESTIMA**

Se define la autoestima como la necesidad de respeto y confianza en sí mismo. La autoestima es básica, todos tenemos el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado. Además, en una de sus frases también menciona que, "La satisfacción de la necesidad de autoestima conduce a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y suficiencia, de ser útil y necesario en el mundo."(49)

Según Rosemberg (1973), la autoestima se evalúa tres niveles:

### **A. AUTOESTIMA ALTA (Normal)**

Es la aceptación personal de cada persona consciente de sus virtudes, defectos, errores y aciertos, etc. Capaz de afrontar cualquier situación adversa presentada. Se caracteriza por ser más preparados para afrontar las adversidades, tener más posibilidades de ser creativos en su trabajo, tener más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, tratar a los demás con más respeto, sentirse más contento y tener más ganas de vivir, es decir, el adolescente se considera bueno y se acepta plenamente. (50)

### **B. AUTOESTIMA MEDIANA**

El sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí mismo plenamente, es decir, la aceptación personal disminuida por alguna crisis situacional, pero debe estabilizarse conforme pase la situación adversa en la persona (51)

### **C. AUTOESTIMA BAJA**

El sujeto se considera inferior a los demás y hay desprecio hacia sí mismo. Además puede favorecerse por la importancia dada al cuerpo, la comparación del mismo con un ideal de belleza irreal como el que tenemos actualmente en las sociedad, por las experiencias de fracaso con el cuerpo como no encontrar una talla de ropa, por comentarios negativos como burlas especialmente cuando provienen de referentes importantes como familiares o amigos, etc. (52)

## **AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES**

La adolescencia es un período de cambios, pueden sentirse felices, pero también pueden sentirse muy disconformes con la forma de su cuerpo por eso es muy común ver adolescentes con complejos, inseguridades y vergüenzas. Lo más normal es que te tome un cierto tiempo adaptarte a las modificaciones de su cuerpo además son vulnerables a presentar estrés, depresión y ansiedades. (53)

### **ACTITUDES O POSTURAS HABITUALES QUE INDICAN AUTOESTIMA BAJA**

- **Autocrítica:** Dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo/a.
- **Hipersensibilidad a la crítica:** Por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos contra sus críticos.
- **Indecisión crónica:** No por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- **Deseo innecesario por complacer:** Por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión de los demás.
- **Perfeccionismo:** Autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, lo que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- **Culpabilización:** Inadecuada por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.
- **Hostilidad:** Irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por situaciones cotidianas, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- **Pesimismo generalizado:** Todo lo ve negro: su vida, su futuro, su existencia. (54)

#### **2.2.2.2. PREVALENCIA**

La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico

usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país y se utiliza la siguiente fórmula (55):

Prevalencia de Anorexia:

$$P = \frac{65}{257} \times 100 = 25.3 \%$$

Prevalencia de Bulimia:

$$P = \frac{121}{257} \times 100 = 47.08 \%$$

### **2.3. HIPÓTESIS**

Hi: Existe relación entre trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia y el nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres, del distrito Baños del Inca – Cajamarca, 2018.

Ho: No Existe relación entre trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia y el nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres, del distrito Baños del Inca – Cajamarca, 2018.

### **2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN**

**Variable Independiente:** Autoestima en adolescentes.

**Variable Dependiente:** Trastornos alimentarios: bulimia y anorexia nerviosa en adolescentes.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	CATEGORÍA
<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Autoestima en adolescentes.</p>	<p>Es la necesidad de respeto y confianza en sí misma (49)</p>		<p>La escala de Rosemberg consta: 10 ítems, 5 de carácter directo, formulados en forma afirmativa (1, 2, 3, 4 y 5), y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa (6, 7, 8, 9, 10).</p>	<p>-Muy de acuerdo - De acuerdo -En desacuerdo -Muy en desacuerdo</p>	<p>- Autoestima elevada: 30 a 40 puntos - Autoestima media: 26 a 29 puntos - Autoestima baja: Menos de 25 puntos:</p>

<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Trastornos alimentarios: bulimia y anorexia nerviosa en adolescentes</p>	<p>Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas. (34)</p>	<p><b>Anorexia</b></p> <p>Es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas. Se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar.(45)</p>	<p>a) Dieta: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez, ( 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17).</p> <p>b) Bulimia y preocupación por la comida: 4 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, (1, 2, 3 y 16).</p> <p>c) Control oral: 7 ítems sobre autocontrol De ingesta y presión de los otros para ganar peso, (18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 puntos (nunca, raramente, a veces)</li> <li>- 1 punto (a menudo)</li> <li>- 2 puntos (muy a menudo)</li> <li>- 3 puntos (siempre)</li> </ul>	<p>No existe riesgo de desórdenes alimentarios: Menor a 20 puntos.</p> <p>Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios: Igual o superior a 20.</p>
---	--	--	--	---	---

		<p><b>Bulimia</b></p> <p>Es un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce, de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación, luego se siente una gran culpabilidad por haber comido, por ende recurren al uso de laxantes o diuréticos, inducción al vomito. (42)</p>	<p>La escala de síntomas de bulimia está formada por 30 ítems de respuesta SI-NO, que se puntúan como 1-0 (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31 y 32).</p> <p>La escala de gravedad está formada por 2 ítems (6 y 26)</p>	<p><b>Item 6</b></p> <p>Nunca (0)  Raramente (2)  1 vez/ semana (3)  2-3 veces/ semana (4)  Diariamente (5)  2-3 veces/día (6)  5 veces al día (7)</p> <p><b>Item 26</b></p> <p>Raramente (1)  Una vez al mes (2)  Una vez a la semana (3)  2-3 veces a la semana (4)  Diariamente (5)  2-3 veces al día (6)</p>	<p>Ausencias de comportamiento compulsivo hacia la comida: Menor a 10 puntos</p> <p>Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa): De 10 – 20 puntos</p> <p>Posible bulimia subclínica: 15- 20 puntos</p> <p>Patrón de comportamiento muy alterado: 20 – 30 puntos</p>
--	--	--	---	--	---

# CAPÍTULO III

## DISEÑO METODOLÓGICO

### 3.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, es correlacional y de corte transversal.

Es cuantitativo, porque usa magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística, asimismo es de tipo descriptiva porque describe los trastornos alimentarios en adolescentes y los niveles de la autoestima.

Es correlacional debido a que mide el grado de relación que existe entre las variables trastornos alimentarios y nivel de autoestima.

Asimismo, la investigación es transversal porque la información fue recolectada en un solo momento.

### 3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por 779 alumnos(as), entre 11 – 19 años de edad con las mismas características, de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres, del distrito Baños del Inca.

### 3.3. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### 3.3.1. Criterios de inclusión:

- Alumnos(as) de la Institución Educativa Secundaria matriculados en el año 2018, de ambos sexos que estén entre las edades de 11 a 19 años y que asistan el día de la aplicación de los test.
- Alumnos (as) que acepten participar voluntariamente en el estudio, mediante la firma del asentimiento informado.

#### 3.3.2. Criterios de exclusión:

- Adolescentes con alguna discapacidad que dificulte al resolver los test y/o que no pertenezcan a la institución educativa.



### 3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Estuvo compuesto por cada uno de los adolescentes entre 11 – 19 años de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres de Primero a Quinto Año de Educación Secundaria.

### 3.5. MARCO MUESTRAL

El marco muestral estuvo constituido por los listados de los alumnos matriculados del primero a quinto año de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres.

### 3.6. MUESTRA

#### TÉCNICA DE MUESTREO

Para hallar el tamaño de la muestra en el presente estudio se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, es decir que todos los elementos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y la población estuvo dividida en estratos, en este caso fueron los grados en los que se encontraban los adolescentes en el año escolar 2018.

### 3.7. TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra estuvo conformado, teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (n - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

**Donde:**

**N** = Total de la población

**Z<sup>2</sup>** = Nivel de confianza es del 95% = 1.96

**p** = Probabilidad de la población = 0.5

**q** = 1- p. Probabilidad de fracaso. (1- 0.5= 0.5)

**E** = Error máximo de las estimaciones (5%).

**Por lo tanto:**

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 779}{0.5^2 (779-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{748.15}{194.5 + 0.96}$$

$$n = \frac{748.15}{195.46} \quad n = 383$$

### Fórmula Reducida

$$FR = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{383}{1 + \frac{383}{779}} = 257$$

### 3.8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico estratificado teniendo en cuenta el número de adolescentes matriculados de primero a quinto grado, entre varones y mujeres de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres; según se observa en el siguiente cuadro:

<b>GRADO</b>	<b>POBLACIÓN (Nh)</b>	<b>COEFICIENTE (fh)</b>	<b>MUESTRA (nh)</b>
Primer Grado	152	0.33	50
Segundo Grado	151	0.33	50
Tercer Grado	204	0.33	67
Cuarto Grado	152	0.33	50
Quinto Grado	120	0.33	40
Total	779		257

Para calcular la muestra estratificada, según Hernández R (56), se realizó lo siguiente:

1° Se calculó el tamaño de la muestra que fue 257.

2° Se procedió a calcular el tamaño de una muestra estratificada o por estrato, de la siguiente manera:

$$ksh = nh/Nh$$

**k** = coeficiente

**sh** = desviación estándar

**nh** = muestra

**Nh** = población total

$$ksh = fh = 257/779$$

$$ksh = fh = 0.33$$

De manera que el total de la subpoblación se multiplicó por esta fracción constante (0.33) para obtener el tamaño de la muestra para el estrato. Al sustituirse, tenemos que:

$$(Nh) (fh) = nh$$

### **3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se aplicó fue la encuesta, para lo cual se realizó 3 visitas;

El primer día, se hizo la visita a la Institución Educativa con la respectiva solicitud para obtener el permiso.

El segundo día, se realizó la selección de la muestra de forma estratificada, teniendo en cuenta las nóminas de matrícula y visitando cada aula, asimismo se explicó el contenido de cada test, luego se procedió al sorteo, que consistía en marcar pequeños papeles y otros se mantenían en blanco, se colocó en una pequeña caja para ser mezclados, se procedió con la repartición de un papel cerrado a cada alumno y al momento en que todos los alumnos tenían un papel se procedía abrirlo, y los alumnos que tenían el papel marcado eran parte de la muestra.

Debido al limitado tiempo que la Institución Educativa brindaba, no se realiza el consentimiento informado, pero si se realiza el asentimiento informado, donde cada alumno confirmaba su participación, por ende se realiza la aplicación de los test EAT-26, BITE y Rosenberg, los cuales tuvieron una duración de 1 hora para ser desarrollado; se aplicó en 1ª grado y 2ª grado.

En el tercer día se continúa con la aplicación de los test con la misma metodología antes mencionada. y se procedió a la aplicación de los instrumentos. a 3ª grado, 4ª grado y 5ª grado.

Finalmente, después de haber aplicado todos los instrumentos de recopilación de datos, se realizó la sistematización de los mismos según las pruebas estadísticas elegidas.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos fueron:

La escala EAT-26 (Prueba de actitudes alimentarias) de los autores: Gustavo A. Constaín Carmenza, Ricardo Ramírez, María de los Ángeles Rodríguez Gázquez, Matilde Álvarez Gómez, Catalina Marín Múnera, Carolina Agudelo Acostay, fue utilizada en estudios tales como: Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; específicamente el trastorno de anorexia en población femenina de Medellín, Colombia y Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 (prueba de actitudes alimentarias). Para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia, esta escala, se utilizó la versión en castellano del EAT-26 validada por Gandarillas et al. Con derechos para su utilización y adaptación otorgados por los autores.

Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta con diferente puntuación: 0 puntos (nunca, raramente, a veces); 1 punto (a menudo); 2 puntos (muy a menudo); 3 puntos (siempre). El puntaje total se mide: Un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios, se divide en tres partes; Dieta: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez, ( 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17), Bulimia y preocupación por la comida: 4 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, (1, 2, 3 y 16) y Control oral: 7 ítems sobre autocontrol De ingesta y presión de los otros para ganar peso, (18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24). Asimismo su evaluación de confiabilidad fue un valor del alfa de Cronbach de 0,89 en global. (57) (ANEXO 1)

El Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo de los autores: M. Henderson y C. Freeman, este test es utilizado para identificar casos de bulimia; fue utilizada en estudios tales como: Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en adolescentes escolarizadas (os) de Palmares – Costa Rica. Este test tiene 33 ítems, las preguntas que se realizan en el cuestionario están relacionadas con los hábitos de alimentación que sigue el sujeto y los pensamientos que tiene sobre la comida así como las conductas que realiza en relación con la alimentación.

La escala de síntomas de bulimia está formada por 30 ítems de respuesta SI-NO, que se puntúan como 1-0 (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31 y 32) y la escala de gravedad está formada por 2 ítems (6 y 26). El criterio de fiabilidad, tiene un Alpha de Cronbach de 0.96, la corrección en la escala consistirá en cero puntos cuando el sujeto responda “NO” y cuando respondan “SI” se dará un punto.

La puntuación máxima posible es de 32 y se califica: Menor de 10: Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida, 10-20: Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa), 15-20: posible bulimia nerviosa subclínica, mayor a 20 puntos patrón de comportamiento muy alterado (posible bulimia nerviosa). (58) (ANEXO 2).

La escala de autoestima de Rosenberg, cuyo autor tiene el mismo nombre Rosenberg (1965), el cual fue utilizado para la evaluación de la autoestima en adolescentes, consta de diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La Fiabilidad de Consistencia interna muestra, el Coeficiente Alpha de Cronbach con una puntuación de 0.87. Esta escala fue utilizada en un estudio tal como: Autoestima, Claridad de Autoconcepto y Salud Mental en Adolescentes de Lima Metropolitana; este test consta de 10 ítems, 5 de carácter directo, formulados en forma afirmativa (1, 2, 3, 4 y 5), y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa (6, 7, 8, 9, 10) y se califica teniendo en cuenta los siguientes puntajes: De 30 a 40 puntos: Autoestima normal o elevada, de 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla; y menos de 25 puntos: Autoestima baja. (59) (ANEXO 3).

### **3.10. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se realizó las coordinaciones respectivas con el Director de la Institución Educativa, a través de una solicitud con el fin de obtener la autorización para ejecutar el trabajo de investigación en dicha institución.
- Se explicó a los docentes el objetivo del recojo de información.
- Se visitó cada sección y se explicó a los alumnos sobre el contenido de los test, luego se realizó el sorteo de alumnos por sección.
- Se obtuvo los asentimientos informados firmados por cada alumno que formó parte de la muestra.
- Se procedió a la aplicación de los instrumentos.

- Después de la aplicación de los instrumentos de recopilación de datos se realizó la sistematización de los mismos.

### **3.11. VALIDEZ Y LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Respecto a la validez de los test que se utilizaron, estos fueron validados por sus autores y corregidos por expertos y la confiabilidad se determinó en la aplicación de los test piloto:

- El test EAT-26 (Prueba de actitudes alimentarias) tiene una confiabilidad de un Alfa de Cronbach de 0,89, validado por Gandarillas et al.
- El test de Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), tiene un criterio de fiabilidad, Alpha de Cronbach de 0.96, validada la versión en español por Alvarez, Mancilla y Vázquez.
- La escala de autoestima de Rosenberg, tiene una confiabilidad del coeficiente Alpha de Cronbach con una puntuación de 0.87, validada por Morris Rosenberg.

### **3.12. PRUEBA PILOTO:**

Se realizó en 20 estudiantes de educación secundaria con características similares a la población en estudio, que no formaron parte de la muestra, en la Institución Educativa Julio Ramón Ribeyro, lo que sirvió para precisar el grado de comprensión y la consistencia interna de cada ítem de cada test.

Asimismo, cada test fue sometido a la prueba estadística Alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes coeficientes:

- Test EAT – 26 con un alfa de Cronbach de 0,95 consta de 24 preguntas.
- Test BITE con un alfa de Cronbach de 0,77 consta de 32 preguntas.
- Test Rosemberg con un alfa de Cronbach de 0, 84 consta de 10 preguntas

### **3.13. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez obtenidos los datos con la aplicación de los test, estos fueron revisados y codificados manualmente, elaborando una base datos en Excell 2016, para luego ser procesados y analizados con el paquete estadístico del SPSS 25, los cuales fueron presentados en tablas de una y doble entrada para su respectivo análisis mediante la confrontación con los antecedentes y teorías relacionadas con el tema.

Para la asociación estadística entre las variables se utilizó la Prueba  $X^2$  de Pearson, estableciendo un nivel de significancia del 5% ( $p \leq 0,05$ ), buscando la relación estadística significativa entre las variables

### **3.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este trabajo de investigación siguió los principios éticos de autonomía y beneficencia porque los adolescentes decidieron por sí mismos participar sin cohesión y tampoco afecta su integridad. Además, se realizó teniendo en cuenta la confidencialidad y discreción de la información obtenida de cada adolescente que fue parte de la muestra, además solamente la investigadora es la única que tiene acceso a dicha información, impidiendo la divulgación de la identidad de cada adolescente. Asimismo, se informó a los alumnos seleccionados de la muestra, el objetivo de cada test y antes de su aplicación, firmaron un asentimiento informado aceptando voluntariamente participar del estudio (ANEXO 4).

## CAPÍTULO IV

### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018**

Características sociodemográficas	N	%
<b>Edad</b>		
11 – 13	67	26,0
14 – 16	160	62,3
17 – 19	30	11,7
<b>Genero</b>		
Femenino	130	50,6
Masculino	127	49,4
<b>Grado</b>		
Primero	50	19,5
Segundo	50	19,5
Tercero	67	26,0
Cuarto	50	19,5
Quinto	40	15,5
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Test aplicado a adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca 2018*

En la tabla 1, se observa las características sociodemográficas de los adolescentes de la I.E. Andrés Avelino Cáceres que participaron en el estudio, siendo el grupo etario entre los 14 y 16 años el que predomina con 62.3%; el mayor porcentaje de adolescentes corresponden al tercer grado con un 26.5%, debido a que tenía mayor cantidad de alumnos a comparación de los otros grados y el menor porcentaje son de quinto grado de secundaria con un 15,6%.

Según UNICEF, en el Perú la población adolescente es de 3 600,000, lo que representa aproximadamente 13% de la población. De ellos 50,63% son hombres y 49,3% mujeres. En Cajamarca la población adolescente es de 184 919, el 49% son de sexo masculino y 51% de sexo femenino (27); cifras similares confrontan nuestros resultados debido a que 50.6% son del sexo femenino y 49.4% son de sexo masculino, es decir, la muestra estuvo conformada



por mayor población femenina de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca.

Asimismo, Pinto. C hizo un estudio utilizando la población de la I.E. Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao – Lima. 2018, teniendo en cuenta la edad y sexo; la cual estuvo conformada por 120 alumnos adolescentes de 11 – 19 años y estuvo distribuido de la siguiente manera: El primer grado de secundaria consta de 25 alumnos, el segundo grado de secundaria está formado por 20 alumnos, en el tercer grado de secundaria hay un total de 25 alumnos, en el cuarto grado de secundaria hay 25 alumnos y en el quinto grado de secundaria hay 25 alumnos (33). Cifras similares confrontan nuestros resultados debido a que la muestra oscilan entre 11 – 19 años y el grado se obtuvo lo siguiente: primer grado se evaluó a 50 alumnos(as), segundo grado a 50 alumnos(as), tercer grado a 67 alumnos(as), cuarto grado a 50 alumnos(as) y quinto grado a 40 alumnos(as).

**Tabla 2. Prevalencia de trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca - Cajamarca – 2018**

<b>TRASTORNOS ALIMENTARIOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Anorexia</b>		
No existe riesgo de desórdenes alimentarios	192	74,7
Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios	65	25,3
<b>Bulimia</b>		
Ausencias de comportamiento compulsivo hacia la comida	136	52,9
Patrones alimentarios anormales	78	30,4
Posible bulimia subclínica	31	12,1
Patrón de comportamiento muy alterado	12	4,7
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Test aplicado a adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca 2018*

En la tabla 2, se evidencia la prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia de los adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres, con respecto a la anorexia, se observa que 25.3% de los adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios; estas cifras nos indica que la cuarta parte de la muestra tiene riesgo de obtener algún desorden alimenticio, la cual se le atribuye los diferentes factores y uno de ellos son los amigos (as), que durante la relaciones interpersonales se forman grupos de amigos, en el cual, necesitan su aprobación, se dejan llevar de los gustos, deseos y manera de actuar y vestir de los amigos, influyendo notablemente en su comportamiento, los adolescente tienden a la imitación y la comparación con sus semejantes y la imagen física es un elemento clave de comparación (40).

En la etapa de la adolescencia, los cambios son muy notorios, por tal motivo dan mucha importancia y prioridad al aspecto físico, las tendencias de moda y medios de comunicación son los más influyentes debido a que está al alcance de todos, y los estudiantes de la institución antes mencionada, tienen las facilidades de acceder a este tipo de información.

En la Paz – Bolivia obtuvieron distintos resultados en un estudio realizado por Mérida. C, López. R, quien encontró que 2,9% de los adolescentes presentan Trastornos de Conducta Alimentaria con 1,5% presentan específicamente Anorexia (22). Además, mediante la teoría cognitiva, nos explica que las alteraciones mentales de las adolescentes anoréxicas desarrollan una visión de la realidad tan pobre que es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta (46).

Por ende, existe una alteración sobre la imagen corporal, debido a que el adolescente con este tipo de trastorno solo ve defectos y accesos de grada corporal, situaciones que a la larga solo va dando mayor solidez a los trastornos alimentarios y no permite ver las complicaciones que conllevan.

Asimismo en el test de BITE se evidenció que 30,4% presenta patrones alimentarios anormales, 12.1% tiene posible bulimia subclínica y 4,7% tienen patrón de comportamiento muy alterado Respecto a la bulimia se puede decir que 52 ,9 % no tiene comportamientos compulsivos hacia la comida, sin embargo, más de tercera parte de la muestra tiene riesgo de tener bulimia, esta conducta puede presentarse por tener atracones de comida y luego sentirse culpable de no poder controlarse al comer, lo cual conlleva a usar métodos que ayude a expulsar la comida, que puede ser mediante la provocación del vómito o usar laxantes.

La teoría cognitivo-conductual sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno, es un sistema disfuncional de autoevaluación, donde la sobrevaloración de la figura, del peso y de su control es la pieza clave en el mantenimiento del problema lo que denominan el “núcleo psicopatológico”; donde muchas ocasiones las personas con bulimia tienen atracones cuando saben que podrán utilizar algún tipo de purga. Además, creen en estas prácticas como métodos para eliminar todas las calorías ingeridas en los episodios de atracones. (43).

Además, podemos agregar que existen factores biológicos que contribuyen a la aparición de estos trastornos como es la existencia de una alteración en el hipotálamo, explicando que la serotonina modula la sensación de saciedad y los antagonistas de serotonina inhiben su receptor y por tanto estimulan la ingesta y ganancia ponderal. Las irregularidades premórbidas de serotonina son un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el comportamiento alimentario (41). La bulimia se convierte en una rutina que deja secuelas que se visualizan como es el caso de las úlceras en la boca, como resultado del continuo contacto con el ácido clorhídrico del estómago, asimismo buscan distintas formas de bajar de peso, usando laxantes, diuréticos, que a la larga van dejando enfermedades crónicas e irreversibles.

Los resultados obtenidos, son similares a los realizados en Barranquilla – Colombia por los autores, Borda. M; Nieto. C; Celemín. A, Majul. L, Fajid; teniendo en cuenta las edades entre 14 a 18 años, de ambos sexos el resultado fue que 44% presentó riesgo de tener bulimia sobre todo en mujeres (21).

Del mismo modo, Aliaga. L, Tania A, De La Cruz. J. Vega M, realizan un estudio sobre: Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú; obteniendo como resultado que 17,9% tiene bulimia (26), Guadarrama. R, Mendoza. S, investigan sobre los Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo – México, obteniendo los siguientes resultados: 8% mostró sintomatología de anorexia y 6% síntomas de bulimia (17). Montoya. M, realizó un estudio en una I.E. Nacional Túpac Amaru II – Villa María del Triunfo, teniendo como resultado: 54,3% riesgo de padecer anorexia y bulimia, correspondiendo 57,3 % a adolescente mujeres y 42,7 % a los varones (27).

Estudios realizados en Cajamarca realizados por, Llerena J y Vargas J, teniendo como población a 4 colegios, afirman que 18,2% de las alumnas del estudio presentan riesgo I, y 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. (19).

Por ende; se tiene en cuenta las cifras obtenidas se puede decir que las personas que están en riesgo de presentar algún trastorno alimentario se sienten disconformes con la forma de su cuerpo por eso es muy común ver adolescentes con complejos, inseguridades y vergüenzas y por ende está afectando su autoestima. Además, existe discrepancias en las cifras de prevalencia de presentar trastornos alimentarios debido a que son diferentes a otros estudios, por motivo que puede verse influenciada por las diferentes escalas de tamizaje empleadas con diversas características.

**Tabla 3. Nivel de Autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca - Cajamarca – 2018**

<b>Nivel de autoestima</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Autoestima baja	36	14,0
Autoestima media	101	39,3
Autoestima elevada o normal	120	46,7
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Test aplicado a adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca 2018.*

En la tabla 3, se observa que 46.7% de los adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres del distrito de Baños del Inca tienen el autoestima alta o normal; sin embargo, 14% tienen el autoestima baja, es decir, el resultado da a conocer que la autoestima no está afectada en la mayoría de población, sin embargo, si existe baja autoestima en una parte de la muestra, lo cual nos indica que al tener vulnerable el autoestima; están en riesgo de presentar algún trastorno alimentario u otros trastornos como la depresión, cabe resaltar que los adolescente con autoestima media se consideran normal pero están en riesgo de tener autoestima baja,

Además, es necesario tener en cuenta si un adolescente tiene algunas actitudes como una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo/a., hipersensibilidad a la crítica, es decir sentirse exageradamente atacada/o, herida/o; culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos contra sus críticos, indecisión crónica, que no es por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse y deseo

innecesario por complacer, solo por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión de los demás (54).

Estas actitudes y comportamientos nos dan señales que el adolescente esta con autoestima baja y es necesario una intervención inmediata, debido que tener autoestima baja es la puerta de entradas al desarrollo de otras enfermedades tanto físicas como mentales, y en el peor de los casos perder la vida. Sin embargo la mayoría de estudiantes están con autoestima normal que indica, la seguridad y amor propio, es decir no están en riesgo de caer en alguna enfermedad mental,

En estudios en la Universidad de Sevilla, Asuero R, Avargues M, Monzón B y Borda M, investigan en 146 participantes, indicando que en general la muestra estudiada presenta insatisfacción corporal, significativa y presenta autoestima baja; lo cual nos da a entender que los adolescentes con baja autoestima tienden a buscar la aprobación en los demás, persiguiendo para ello la perfección que marca la sociedad; al no aceptarse a sí mismas como personas, despreciaran cualquier parte de su cuerpo que no sea perfecta y harán todo lo que esté en su mano para cambiarlo, aunque tengan que poner su salud y su vida en juego. Por el contrario, una adolescente con alta autoestima, tenga el cuerpo que tenga, se sentirá segura de sí misma, se valorará más y se aceptará sean cuales sean las partes de su cuerpo que no le gusten o cumplan los cánones marcados por la sociedad. (20)

Además, cifras diferentes se encontraron en Colombia, por Ferrel. F, Mendoza. J, Ferrel. L que investigaron sobre los Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima, en cinco Instituciones Educativas distritales de Santa Marta- donde muestran que 51,4% de la población presenta autoestima baja y 6,4% de autoestima elevada (23).

Del mismo modo, Bereche. V y Osore. D, realizaron un estudio sobre Nivel de Autoestima en los Estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Juan Mejía Baca” De Chiclayo – Perú, donde concluyeron que el 49.6% de los estudiantes se ubican en un nivel promedio alto de autoestima y 1.,6% presentan el nivel bajo de autoestima (32).

Sin embargo, cifras similares a nuestro estudio tuvo Callata. F, quien investiga sobre el nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Manuel Veramendi e Hidalgo. Arequipa – Perú

donde concluye que el nivel de Autoestima de la población en estudio, que 8.1% presenta un nivel de Autoestima Baja (29).

Por lo tanto, se puede decir que la adolescencia es un período de cambios, pueden sentirse felices, pero también pueden sentirse muy disconformes con la forma de su cuerpo por eso es muy común ver adolescentes con complejos, inseguridades y vergüenzas. Lo más normal es que te tome un cierto tiempo adaptarte a las modificaciones de su cuerpo además son vulnerables a presentar estrés, depresión y ansiedades. (53). Por ende mucho adolescentes se ven vulnerables hacia los diferentes factores del entorno, siendo necesario reconocer a los adolescentes con autoestima normal y baja.

**Tabla 4. Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia y Nivel de Autoestima en Adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca – Cajamarca – 2018**

Trastornos alimentarios	Nivel de autoestima						Total %
	Alta o normal		Media		Baja		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Anorexia</b>	24	36.9	26	40	15	23.1	100
<b>Bulimia</b>	46	38.0	49	40.5	26	21.5	100
<b>TOTAL</b>	60		75		41		176

**P= 0.03**

*Fuente: Test aplicado a adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca 2018*

En la tabla 4 muestra que 40% de los casos de anorexia tiene el autoestima media, además 23.1% tienen autoestima baja y anorexia, estos datos nos da a conocer que el existe una relación entre anorexia y autoestima media y baja, por otro lado en los casos de bulimia, 40.5% tiene autoestima media y 21.5% tienen autoestima baja, estas cifras nos da a entender que los alumnos con algún trastorno alimentarios tienen el autoestima afectada estos datos fueron comprobados mediante el Chi cuadrado de Pearson que muestra la relación entre los trastornos alimentarios y nivel de autoestima, mencionando que existe una asociación significativa con un  $p = 0.032$ .

Datos diferentes se encontraron en Cuenca – Ecuador, donde Patiño J. realizó un estudio y obtuvo como valores de autoestima y de conductas alimentarias de riesgo: Que no existe una relación estadísticamente significativa, obteniendo un valor  $p = 0.507$  (25).

Lo mismo sucede con Rutzstein. G, Scappatura. L y Murawski1. B, quienes en su estudio: Perfeccionismo y baja autoestima a través de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires – Argentina, llegaron a la conclusión que existe relación significativa entre los trastornos alimentarios y baja autoestima, asimismo el perfeccionismo tiene interacción entre las variables de trastornos alimentarios y autoestima. (24).

Asimismo, en esta etapa de vida el adolescente está pasando por múltiples cambios psicológicos debido a que van descubriendo su propia identidad además se presenta cambios físicos. Sin embargo, algunos cambios provocan inseguridades y se dejan llevar por los estándares de belleza que impone la sociedad, muchos adolescentes anhelan tener el cuerpo que consideran perfecto, sometiéndose a rigurosas dietas o ejercicios y sin darse cuenta caen en enfermedades como los trastornos alimentarios.

La autoestima tiene un papel muy importante debido a que si un adolescente tiene seguridad y se acepta tal como es, no tendrá temor porque se considera aceptado en su entorno, sin embargo si la autoestima está en riesgo puede estar expuesto a presentar algún tiempo de trastornos debido a que tiene la necesidad de sentirse aceptado, por tal motivo recurre a buscar la forma de resaltar o tener seguridad, pero al no lograrlo, puede caer en alguna enfermedad mental.

## CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas que predominan de la población estudiada son: más de la mitad corresponden al sexo femenino, el grupo etario mayoritario se encuentra entre 11 – 19 años de edad y un mayor porcentaje de estudiantes se encuentran cursando el tercer año de educación secundaria obteniéndose una media de 14.6 y una desviación estándar  $\pm 1.55$ .
2. La prevalencia de anorexia se presenta en la cuarta parte de los adolescentes quienes muestran conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios y respecto a bulimia se evidenció que más de la décima parte tiene posible bulimia subclínica y en menor porcentaje tienen patrón de comportamiento muy alterado.
3. Referente al nivel de autoestima en los adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres en su mayoría presenta autoestima elevada o normal.
4. Existe una relación entre anorexia y el nivel de autoestima con un  $p = 0.032$  y hay una relación altamente significativa entre bulimia y el nivel de autoestima con un  $p$  de 0.005, por ende la hipótesis alterna queda corroborada.



## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones obtenidas del presente estudio están dirigidas a:

- A las Autoridades de Salud MINSA y bienestar universitarios, para que implementen programas de promoción y prevención, mejorando las conductas alimentarias de los adolescentes; mediante la coordinación con el sector de educación.
- A los Padres de Familia dar a conocer sobre los trastornos alimentarios y la importancia de prevenirlos.
- A los Directivos de la Institución Educativa para que realicen las gestiones pertinentes con el Sector Salud a fin de efectuar un examen clínico o entrevista de manera privada a los alumnos que fueron evaluados, debido a que se evidencia riesgo de presentar trastornos alimentarios; de esta manera prevenir complicaciones u otras enfermedades.
- A los Investigadores de la Escuela Académico Profesional de Enfermería que continúen con la realización de investigaciones referentes al tema, teniendo en cuenta varias instituciones educativas tanto privadas como públicas para generar nuevo conocimiento en esta línea de investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suiza: Datos y Análisis para los Objetivos de Desarrollo Sostenible Relativo a la Salud. [Internet]. 2018. [citado 01 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/gho/es/>
2. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. [Citado 03 de noviembre de 2018]. 2011; v 16: 3. Disponible: [http://www.redalyc.org/pdf/292/2921596301\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/292/2921596301_1.pdf)
3. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG). Aumentan casos de anorexia en México. [Internet]. 2016. [Citado el 01 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://889noticias.mx/noticias/anorexia-en-mexico/>
4. OPS: Organización panamericana de la salud. [Internet]. Washington: INFOSAL. 2004. [Citado el 01 de noviembre de 2018]; Guía de diagnóstico y manejo: [pagina 156]. Disponible en: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interio/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2\\_004.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interio/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2_004.pdf)
5. León Y. Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: the children`s versión of the eating attitudes test (cheat). [Tesis de especialidad]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Departamento de Pediatría Escuela de Medicina; 2012. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/6460/1/598\\_470\\_2012.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/6460/1/598_470_2012.pdf)
6. FEACAB: Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia. ANOREXIA. [internet]. 2015. [citado el 3 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://feacab.org/anorexia/>
7. Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia-Fundación Imagen y Autoestima. [actualizado el 21 de enero de 2016]. [internet]. Barcelona. [Citado el 01 de diciembre]. Simposio "Anorexia e Internet". ¿Estamos indefensos ante los peligros de internet?. [1 página], disponible en: <http://www.f-ima.org/es/noticias/2016/01/21/simposio-anorexia-e-internet-estamos-indefensos-ante-los-peligros-de-internet>

8. ISES: Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. [internet]. España. [citado el 04 de noviembre de 2018]. 6 consejos para prevenir los trastornos alimenticios en adolescentes. [1 página], disponible en: <https://www.isesinstituto.com/noticia/6-consejos-para-prevenir-los-trastornos-alimenticios-en-adolescentes>
9. Universidad Continental. [internet]. Perú. [actualizado el 18 de septiembre de 2013], citado el 02 de noviembre de 2018. En el Perú se atienden de 10 a 12 casos de anorexia y bulimia al día. Disponible en: <https://ucontinental.edu.pe/noticias/en-el-peru-se-atienden-de-10-a-12-casos-de-anorexia-y-bulimia-al-dia/>
10. Gonzales F. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. [Internet]. [documento técnico]. Lima. Ministerio de la Salud; 2017. [Citado el 01 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
11. EsSalud. [internet]. Perú [Actualizado el 5 de octubre de 2015], citado el 03 de noviembre de 2018. La anorexia no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, también la padecen los hombres. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-la-anorexia-no-es-una-enfermedad-exclusiva-de-las-mujeres-tambien-la-padecen-los-hombres/>
12. GABA: Grupo de Autoayuda en Bulimia y Anorexia. Aumentan casos de anorexia y bulimia entre hombres, advierte especialista. [internet]. Perú. [Actualizado en 2016]. [Citado el 02 de noviembre de 2018]. Disponible en <http://gabaperu.com/publicaciones/22>
13. Perú 21. Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú. Nota de Prensa. [Internet]. 2014. [Citado el 03 de noviembre]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/preocupante-hay-500-casos-bulimia-anorexia-peru-179481>
14. Instituto de Salud Libertad S.A.C. [internet]. Perú. [Actualizado en 2017], citado el 03 de noviembre de 2018. Centro Psicólogos para Adolescentes – Autoestima en Adolescentes. Disponible en: <https://www.saludlibertad.com/centro-psicologos-para-adolescentes/>

15. Mora A. Bulimia y anorexia en la práctica odontológica. Generalidades. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. [Citado el 02 de noviembre de 2018]. 2014; 01: 10. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324233026009.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud (OMS) Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2018. [Citado el 01 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
17. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Estudiantes de Preparatoria: Un Análisis por Sexo. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. [Citado 03 de noviembre de 2018]. 2011; 06: 16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>
18. Cetraro P. “Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes”. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. 2011. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>
19. Asuero R, Avargues M, Monzón B y Borda. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja, escritos de psicología. 2012.42. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/53661/Preocupaci%C3%B3n%20por%20la%20apariencia%20f%C3%ADsica%20y%20alteraciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Borda M; Nieto C; Celemín A, Majul L, Fajid. Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. [Internet]. [Citado el 02 de noviembre de 2018] 2015; 31: 1. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view Article/5751/7631>
21. MéridaC, López R. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. Revista de Enfermería universal. [Internet]. [Citado el 01 de noviembre de

- 2018]. 2013; 11: 10. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322013000200007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007)
22. Ferrel F, Vélez M, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista de Enfermería universal*. [Internet]. [Citado el 01 de noviembre de 2018]. 2014; 11: 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>
23. Rutzstein G, Scappatura L, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista de Trastornos Alimentarios*. [Internet]. [Citado el 03 de noviembre de 2018]. 2014; 06: 5. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/306/373>
24. Patiño J. Conductas Alimentarias de riesgo relacionado con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la unidad educativa Octavo Cordero Palacios, Cuenca. 2016. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de Enfermería. 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27181/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
25. Aliaga L, Tania A, De La Cruz J, Vega M. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro - Psiquiatría*. [Internet]. [Citado el 02 de noviembre de 2018]. 2010; 73: 2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036930004.pdf> Mora. A. Bulimia y anorexia en la práctica odontológica. Generalidades. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. [Internet]. [Citado el 02 de noviembre de 2018]. 2014; 01: 10. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324233026009.pdf>
26. Montoya M. Factores Asociados a Riesgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa en Adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II – Villa María del Triunfo. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. 2012. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/282/1/Montoya\\_m.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/282/1/Montoya_m.pdf)

27. UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, en castellano. Adolescencia. [Internet]. 2018. [Citado el 01 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_3789.htm](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm)
  
28. Callata F, Clima social familiar y nivel de autoestima en Adolescentes de la I. E. Manuel Veramendi e hidalgo. Arequipa. 2012, [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional de San Agustín facultad de Enfermería, 2012, disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2257/ENcafifdmh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
29. Saldarriaga L. distorsión de la imagen corporal en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes en el periodo 2012 - 2013. [Tesis de Bachiller]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2013. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/426/2/SALDARRIAGA\\_LISET\\_AUTOPERCEPCI%C3%93N\\_CORPORAL\\_TRASTORNOS\\_CONTENIDO.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/426/2/SALDARRIAGA_LISET_AUTOPERCEPCI%C3%93N_CORPORAL_TRASTORNOS_CONTENIDO.pdf)
  
30. Caballero G Anorexia y Estilos de Afrontamiento en Adolescentes de Lima Metropolitana. [Tesis de Maestría]. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología Escuela Profesional de Psicología Sección de Posgrado. 2014. Disponible en: <https://docplayer.es/7235657-Anorexia-y-estilos-de-afrontamiento-en-adolescentes-de-lima-metropolitana.html>
  
31. Bereche V y Osore, Nivel de autoestima en los estudiantes del quinto año de secundaria de la institución educativa privada “Juan Mejía Baca” de Chiclayo. Agosto, 2015. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Privada Juan Mejía Baca, 2015, disponible en: [http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/59/1/Tesis%20Osore%20Serquen%20\\_%20Bereche%20Tocto.pdf](http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/59/1/Tesis%20Osore%20Serquen%20_%20Bereche%20Tocto.pdf)
  
32. Pinto C, Hábitos alimenticios de riesgo en adolescentes de 11 a 17 años de la I.E. Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao. 2018, [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Cesar Vallejo, 2018, disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18178/Pinto\\_ECP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18178/Pinto_ECP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Llerena J, Vargas. J. Factores biopsicosociales 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. [Tesis de Bachiller]. Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 3013. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/48/T%20362.25%20LL791%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de Trastornos Alimenticios. [internet]. México: 2004. [citado el 04 de noviembre de 2018]; [pagina 10]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
35. Bravo F. El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema para el dermatólogo. [Boletín de discusión dermatológica]. [Actualizada el 31 de octubre de 2010] [Internet]. 2010. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://piel-l.org/libreria/item/296/?fbclid=IwAR36h-uaBf5zuSN0iilcswJJytNEGeqa3Rp11J-eKmwDFZq8sH1tyk5Pfyk>
36. Sánchez J, Villareal. M y Musitu. G. Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial. México. [Internet]. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2010. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf?fbclid=IwAR1SRhxivm4WGJsB4ILR92ErzHDcPKvGzHaaq9GKWzkm7euM1rYTVnpD-MA>
- 37 Trujillo E. Los trastornos alimenticios son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales. ¿Qué Causa un Trastorno Alimenticio? Asociación Nacional de Trastornos de la alimentación. [Internet]. 2018; 12: 1. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio>
- 38 Prado M. Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar. [Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica]. Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades. 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015>

/05/42/Prado-Maria.pdf?fbclid=IwAR0K-E57o1cvYPeE8euHMdxgNxlFBjFrG8axe8F088h Q4a623XPDeUyM

- 39 Larraburu I. La autoestima en la adolescencia. [Internet]. España. 2010. [citado el 03 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.isabel-larraburu.com/articulos/psicologia-para-adolescentes/101-la-autoestima-en-la-adolescencia.html?lang=>
- 40 Carrillo M. Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. Fundación Dialnet. [Internet]. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382753>
41. Gómez I. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe. [Internet]. [Citado el 03 de diciembre de 218]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastornos%20del%20comportamiento%20alimentario.%20Anorexia%20y%20bulimia.pdf?fbclid=IwAR2rz\\_hcYpKRTXc87Z ZjaNC9\\_IVPGjde7HKoDmZhlRYez9AeCqENAJsr18E](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastornos%20del%20comportamiento%20alimentario.%20Anorexia%20y%20bulimia.pdf?fbclid=IwAR2rz_hcYpKRTXc87Z ZjaNC9_IVPGjde7HKoDmZhlRYez9AeCqENAJsr18E)
42. Martínez M. Anorexia y bulimia nervosas. Concepto y criterios diagnósticos. Docplayer. [Internet]. [Citado el 01 de noviembre de 2018], 2018; 1. Disponible en: <https://docplayer.es/3575921-Anorexia-y-bulimia-nervosas-concepto-y-criterios-diagnosticos.html>
43. Celis A, Roca E. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. Revista Acción Psicológica. [Internet]. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. 2011; 8: 1. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf?fbclid=IwAR10dErAbM72kzESoMJl1WOrPqlKbZnGGopWDZisl5hbjQaDO5A3m4iwapQ>
44. Cabrera G, Quisbert J, Bulimia, Bolivia, La Paz, [Internet], 2013, v 35, [Citado el 13 de febrero del 2019], disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682013000800003&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800003&lng=es&nrm=iso)
45. Madruga D, Leis R, Lambruschini N. Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Revista española de Pediatría. [Internet].



- [Citado el 03 de noviembre de 2018]. 2006; 1: 1. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)
46. Mendoza P, Posada E. Teorías sobre las causas de la Anorexia, Bulimia Y Otros Trastornos de la Alimentación (Etiología). [Internet]. 2001. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/anorexia/teorias.html?fbclid=IwAR2wsqmmqWiIqIXta-nS7IeyPCpws-ZMpBn4M0rD5Ano0BcxstU0X3j0IHQ>
  47. Centro de atención a los trastornos alimentarios, Anorexia Nerviosa, España, [Internet], 2019, [Citado el 22 de marzo del 2019], disponible en: <http://centrocata.com/articulos/AnorexiaNerviosa.pdf>
  48. Cibeira A. Consideraciones Sobre la Anorexia desde el Psicoanálisis. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología. 2008. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/consideraciones\\_anorexia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/consideraciones_anorexia.pdf)
  49. Valencia C. La Autoestima. [Internet]. 2006. [Citado el 01 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>
  50. Cano C. Nivel de autoestima y su relación con las características de la familia, en estudiantes de secundaria. Institución Educativa Daniel Alcides Carrión Lima 2010. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería. 2010. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1313/Cano\\_cc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1313/Cano_cc.pdf)
  51. Ulloa N. Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados. Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002". [Tesis de Licenciatura]. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería. 2003 Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmu.42n/doc/fmu.42n.pdf>
  52. Sparisci V. Representación de la Autoestima y la Personalidad en Protagonistas de Anuncios audiovisuales de Automóviles. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Abierta Interamericana. 2013. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113919.pdf>

53. Barrio E. Desarrollo de la autoestima en los adolescentes. [Internet]. [Citado el 03 de diciembre de 2018]. Disponible en [http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/padres/autoestima.pdf?fbclid=IwAR1bWBh8SeoIA2CpQankj00M5oo75G1aNRo7irjC\\_IRBRI3ospG7fnfHmQ4](http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/padres/autoestima.pdf?fbclid=IwAR1bWBh8SeoIA2CpQankj00M5oo75G1aNRo7irjC_IRBRI3ospG7fnfHmQ4)
54. Quiñones T. Autoconcepto. Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario – Trujillo. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Psicología. 2016. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1976/1/RE\\_PSICO\\_SARITA.QUI%C3%91ONES\\_AUTOCONCEPTO.TRASTORNOS.CONDUCTA\\_DATOS.PDF?fbclid=IwAR21Of7kUa8QhQOMW23Pd8hQIVJ1\\_4STb78ormtYXwN5aFmdCh1thDRKGhE](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1976/1/RE_PSICO_SARITA.QUI%C3%91ONES_AUTOCONCEPTO.TRASTORNOS.CONDUCTA_DATOS.PDF?fbclid=IwAR21Of7kUa8QhQOMW23Pd8hQIVJ1_4STb78ormtYXwN5aFmdCh1thDRKGhE)
55. Fernández P, Díaz. S, Cañedo. F, medidas de frecuencia de enfermedad, 2004, 112: 707-723, disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas\\_frecuencia/med\\_frec2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf)
56. Hernández R, 2010, Metodología de la investigación, México, quinta edición, disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/46/art13.pdf>
57. Constaín A, Ramírez. R, Rodríguez. M, Álvarez. M, Marín. C y Acosta. C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. [Internet]. [Citado el 02 de noviembre de 2018]. 2018; 04: 6. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81936094.pdf>
58. Barrantes B, Bolaños. M, Collins. E, Ferreto.D y García. J. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en adolescentes escolarizadas (os) de Palmares. Pensamiento Actual. [Internet]. 2015; 15: 25. Disponible en: [http://www.academia.edu/34661460/Propiedades\\_psicom%C3%A9tricas\\_del\\_Test\\_de\\_Bulimia\\_de\\_Edimburgo\\_BITE\\_en\\_adolescentes\\_escolarizadas\\_os\\_de\\_Palmares\\_Psychometric\\_properties\\_of\\_the\\_Bulimia\\_Investigatory\\_Test\\_Edinburgh\\_BITE\\_in\\_adolescent\\_students\\_of\\_Palmares?fbclid=IwAR0tUJ3tuJweQBUETWD9Sj3IwClia1e-zTUOGWju\\_ayYN6i580TYiJWxDq24](http://www.academia.edu/34661460/Propiedades_psicom%C3%A9tricas_del_Test_de_Bulimia_de_Edimburgo_BITE_en_adolescentes_escolarizadas_os_de_Palmares_Psychometric_properties_of_the_Bulimia_Investigatory_Test_Edinburgh_BITE_in_adolescent_students_of_Palmares?fbclid=IwAR0tUJ3tuJweQBUETWD9Sj3IwClia1e-zTUOGWju_ayYN6i580TYiJWxDq24)

59. Agustini E. Análisis de la Identidad Nacional y Autoestima en Docentes de Primaria de las Instituciones Educativas del Distrito de Iberia, de la Provincia fronteriza de Tahuamanu, Región Madre de Dios, [Tesis de especialidad]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega Nuevos Tiempos, Nuevas Ideas, 2017, Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/117\\_0/T\\_MAESTRIA%20EN%20%20PSICOLOGIA\\_%2008848093\\_%20AGUSTINI\\_LAINEZ\\_ELSA.pdf?sequence=1](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/117_0/T_MAESTRIA%20EN%20%20PSICOLOGIA_%2008848093_%20AGUSTINI_LAINEZ_ELSA.pdf?sequence=1)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### EATING ATTITUDES TEST (EAT-26). TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS DE GARNER, GARFINKEL Y OLMSTEAD (1982)

**APELLIDOS Y NOMBRES:**.....

**EDAD:**..... **GÉNERO:** (F) (M) **GRADO:**.....

- 0 puntos (nunca, raramente, a veces)
- 1 punto (a menudo)
- 2 puntos (muy a menudo)
- 3 puntos (siempre)

ITEM	FACTOR			
	0	1	2	3
Vomito después de comer				
He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer				
Después de las comidas tengo el impulso de vomitar				
Paso demasiado tiempo pensando en la comida				
Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida				
La comida es para mí una preocupación habitual				
Como alimentos dietéticos				
Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)				
Procuro no comer alimentos que tengan azúcar				
Me gusta tener el estómago vacío				

Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como				
No me siento bien después de haber comido dulces				
Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis				
Me angustia la idea de estar demasiado gorda				
Me obsesiona el deseo de estar más delgada				
Me siento muy culpable después de comer				
Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías				
Estoy haciendo dieta				
Procuro no comer cuando tengo hambre				
Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más				
Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más				
Los demás piensan que estoy demasiado delgada				
Tardo más tiempo que los demás en comer				
Corto mis alimentos en pequeños ~ trozos				
TOTAL				

**Leyenda:**

- No existe riesgo de desórdenes alimentarios: Menor a 20 puntos.
- Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios: Igual o superior a 20.

**Anexo 2.**

**TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH, BITE)**

**APELLIDOS Y NOMBRES:**.....

**EDAD:**..... **GÈNERO:** (F) (M)      **GRADO:**.....

**MARCA CON UN ASPA(X) SOBRE LA “SI” (uno) O “NO” (Cero)**

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?.....SÍ NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta? .....SÍ NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?..... SÍ NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?..... SÍ NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?..... SÍ NO
6. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso? (marcar con una equis (x)).

	Nunca	Rara-mente	1 vez/ semana	2-3 veces/ semana	Diaria-mente	2-3 veces/día	5 veces al día
<b>Laxantes</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Provocar el vómito</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

7. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?..... SÍ NO
8. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida? .....SÍ NO
9. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar? .....SÍ NO
10. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?..... SÍ NO
11. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?..... SÍ NO

12. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?..... SÍ NO
13. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?  
..... SÍ NO
14. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?..... SÍ NO
15. ¿La idea de engordar le aterroriza?..... SÍ NO
16. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)  
.....SÍ NO
17. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?..... SÍ NO
18. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?..... SÍ NO
19. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?..... SÍ NO
20. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida? .....SÍ NO
21. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?..... SÍ NO
22. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?..... SÍ NO
23. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?..... SÍ NO
24. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?..... SÍ NO
25. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a? .....SÍ NO
26. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones (comer más de lo que tolera el estómago)? Marcar la letra mayúscula con una equis (x)

- A. Raramente (1)
- B. Una vez al mes (2)
- C. Una vez a la semana (3)
- D. 2-3 veces a la semana (4)
- E. Diariamente (5)
- F. 2-3 veces al día (6)

27. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracción»?  
.....SÍ NO
28. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?..... SÍ NO
29. ¿Come alguna vez en secreto?..... SÍ NO
30. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?..... SÍ NO
31. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?... SÍ NO
32. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?..... SÍ NO

**Leyenda.**

- Ausencias de comportamiento compulsivo hacia la comida: Menor a 10 puntos
- Patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa): De 10 – 20 puntos
- Posible bulimia subclínica: 15- 20 puntos
- Patrón de comportamiento muy alterado: 20 – 30 puntos.



**Anexo 3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

**APELLIDOS Y NOMBRES:**.....

**EDAD:**..... **GÈNERO:** (F) (M) **GRADO:**.....

MARCAR CON UN EQUIS (X)

A. Muy de acuerdo

C. En desacuerdo

B. De acuerdo

D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

**Leyenda:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima elevada: 30 a 40 puntos</li> <li>• Autoestima media: 26 a 29 puntos</li> <li>• Autoestima baja: Menos de 25 puntos</li> </ul> |
|---|

#### **Anexo 4. ASENTIMIENTO INFORMADO**

##### **Título de proyecto**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA I. E ANDRÉS AVELINO CÁCERES – BAÑOS DEL INCA - CAJAMARCA – 2018**

(APLICACIÓN DE TEST PARA IDENTIFICAR PRESENCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA BULIMIA Y EL ESTADO DE AUTOESTIMA)

Yo, Salazar Romero Luz Yesenia Bachiller de la escuela académica profesional de enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca. Estoy realizando un estudio para conocer acerca de la presencia de síntomas de bulimia y anorexia, asimismo saber el estado o nivel de autoestima que tienen y para ello te pido que me apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar cuestionario de preguntas en cual tiene opciones para marcar las respuestas que consideras correcta. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a identificar algunos síntomas que te conlleven a tener algún tipo de trastorno alimenticio, asimismo poder saber cómo está tu autoestima. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), y tampoco escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA