



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO BIOPSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA, EN ESTUDIANTES SECUNDARIOS
DE LA INSTITUCION EDUCATIVA TUPAC
AMARU, IQUITOS - 2015**

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

AUTORES :

Bach. Enf. DÁCIL LEONOR, ANGULO RIOS

Bach. Enf. AMANDA RAQUEL, MONTOYA DÁMASO

Bach. Enf. GREACE LORETTA, NAVARRO TAMANI

ASESORA:

Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

IQUITOS - PERÚ

2015



ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Iquitos, a los 30 días del mes de diciembre del 2015, el Jurado Calificador integrado por los profesionales que, a continuación se indican:

- Dra. Eva Lucia MATUTE PANAIFO - Presidenta
- Dra. Elena LAZARO RUBIO - Miembro
- Dra. Marina GUERRA VÁSQUEZ - Miembro

Se constituyeron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, para escuchar la sustentación pública de la Tesis Titulada:

"FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS Y TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, EN ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS - 2015"

Presentado por las Bachilleres:

- ANGULO RÍOS Dácil Leonor
- MONTOYA DÁMASO Amanda Raquel
- NAVARRO TAMANI Greace Loretta

Para optar el Título Profesional de LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA, que otorga la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA de acuerdo a la Ley y Estatutos, en la modalidad de TESIS.

Se dio inicio el Acto a las: 10 am

Después de haber escuchado con mucha atención la Sustentación y formuladas las preguntas necesarias, las que fueron absueltas: Absueltas adecuadamente

El Jurado, luego de las deliberaciones correspondientes en privado, llegó a las conclusiones siguientes:

La Sustentación de la TESIS ha sido: Aprobada
por Excelente

Sugerencias: las contenidas en el documento

Siendo las 12:00 se dio por terminado el Acto con Felicitación al (los) (las) sustentante (s).

Observaciones:

Dra. Eva Lucia MATUTE PANAIFO
Presidenta

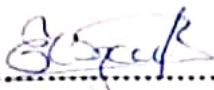
Dra. Elena LAZARO RUBIO
Miembro

Dra. Marina GUERRA VÁSQUEZ
Miembro

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNAP, EL 30 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2015, ANTE EL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:



.....
Dra. EVA LUCIA MATUTE PANAIFO
Presidenta



.....
Dra. ELENA LÁZARO RUBIO
Miembro



.....
Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ
Miembro - Asesora Metodológica

Factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, en
estudiantes secundarios de la Institucion Educativa Tupac
Amaru, Iquitos - 2015

AUTORAS

Dácil Leonor Angulo-Rios, Amanda Raquel Montoya-Dámaso, Greace Loretta
Navarro-Tamani

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos - 2015. Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional. La población fue de 372 estudiantes y la muestra de 189 a quienes se aplicó dos instrumentos: Registro de Factores de Riesgo Biopsicológicos, con una validez de 97,14% y confiabilidad de 81,8% en la autoimagen corporal y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-3, con una validez de 97,14% y confiabilidad de 84,1% para la variable Búsqueda de delgadez, 82,2% para bulimia y 81,6% para Insatisfacción corporal, mediante el juicio de expertos para la validez y coeficiente Alfa de Cronbach para la confiabilidad. En el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows vista 2010. El nivel de confianza fue 95% y nivel de significancia de $\alpha 0,05 < \alpha 0,05$ para aceptar la hipótesis planteada se empleó la prueba estadística no paramétrica de asociación para variables nominales **Coefficiente de contingencia (Cc.)**, cuyos resultados fueron: en factores de riesgo biopsicológicos, 79,9% en edad de inicio de etapa adolescente, 51,3% del sexo masculino, 58,7% con estado nutricional normal, 61,4% con autoestima alta y 52,4% con autoimagen corporal insatisfactoria; en los trastornos de conducta alimentaria, 82,5% se encontraban sin trastornos. Al asociar factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre edad y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,027; < \alpha 0,05$), sexo y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,023; < \alpha 0,05$), estado nutricional y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,004; < \alpha 0,05$), autoestima y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,024; < \alpha 0,05$), autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,000 < \alpha 0,05$).

Palabras claves: factores de riesgo, biopsicológicos, conducta alimentaria.

Risk factors biopsychological and conduct disorders food in secondary students of the institution educational Tupac Amaru Iquitos - 2015

AUTHORS

Dácil Leonor Angulo-Rios, Amanda Raquel Montoya-Dámaso, Greace Loretta Navarro-Tamani

ABSTRACT

The research aimed to determine the association between risk factors biopsychological and eating disorders in students at the school Tupac Amaru, Iquitos - 2015 the quantitative method, not experimental, descriptive, correlational design was used. The population was 372 students and the sample of 189 who applied two instruments: Registration Risk Factors biopsychological, with a validity of 97,14% and 81,8% reliability on body image and Disorder Inventory Food behavior EDI-3, with a validity of 97,14% and 84,1% reliability for the variable search thinness, bulimia and 82,2% to 81,6% for body dissatisfaction, by expert judgment for validity and Cronbach's alpha coefficient for reliability. SPSS version 22 for Windows vista 2010. The confidence level was 95% and significance level of $\alpha 0,05 < \alpha 0,05$ to accept the hypothesis was used in data processing nonparametric statistical association test was used for nominal variables **Contingency coefficient (Cc.)**, whose results were: biopsychological risk factors, 79,9% in age of onset of adolescent stage, 51,3% male, 58,7% with normal nutritional status, 61,4% and 52.4 with high self-esteem % with unsatisfactory body image; in eating disorders, 82,5% were without disorders. Biopsychological associating risk factors and eating disorders, it was found that: There is significant relationship between age and eating disorders ($p = 0,027; < \alpha 0,05$), sex and eating disorders ($p = 0,023; < \alpha 0,05$), nutritional status and eating disorders ($p = 0,004; < \alpha 0,05$), body image and eating disorders ($p = 0,024; < \alpha 0,05$); and there is no statistically significant relationship between self-esteem and eating disorders ($p = 0,000; < \alpha 0,05$).

Keywords: risk factors, biopsychological, eating behavior.

DEDICATORIA

A ti mamá **Eleonor**, porque eres y siempre serás mi Sol de cada amanecer, por tu amor y confianza, por demostrarme en todo momento tu apoyo incondicional.

A mi papá **Héctor**, por trazar en mí la meta del estudio y superación, a través de tu ejemplo y esfuerzo. Mi eterno agradecimiento por tus sabios consejos.

A mis queridos hermanos. A ti hermano **Darwin**, por confiar siempre en mí y apoyarme en todo momento. A **Ottmar** y **Gissela**, muchas gracias por su apoyo durante toda mi carrera.

Dácil Leonor

DEDICATORIA

Quiero dedicar éste gran logro a los seres que siempre me acompañaron a lo largo de éste camino.

A **Dios** por su inmensa misericordia que me ha permitido concluir y alcanzar una gran etapa en mi vida.

A mi papá **Armando Montoya** y a mi mamá **Asteria Dámaso** que me apoyan incondicionalmente. A mis queridos y grandiosos hermanos: **Jhonny, Sorayda** y **Sandra**, que estuvieron siempre allí alentándome a seguir adelante.

A mi tía **Blanquita Dámaso**, quien siempre tuvo una mano amorosa para sostenerme. A estos seres maravillosos, muchísimas gracias por todo el amor y la paciencia que tuvieron conmigo. Este logro es para ustedes.

Amanda Raquel

DEDICATORIA

Esta tesis dedico en primer lugar a **Dios** por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres **Pedro** y **Eda**, porque creyeron en mí, porque me sacaron adelante dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi novio **Darwin** por su apoyo incondicional, a mis hermanos, maestros y amigos, mil gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Greace Loretta

RECONOCIMIENTO

Agradecemos de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación con fines de lograr nuestro ansiado título profesional.

A la Dra. Ruth Vílchez Ramírez, Decana de la Facultad de Enfermería, por su disposición en brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con los requisitos de autorización para la recolección de datos en la institución seleccionada.

A los docentes miembros del Jurado Calificador de la tesis: Dra. Eva Lucía Matute Panaifo (Presidenta), Dra. Elena Lázaro Rubio (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vásquez (Miembro), por sus valiosas sugerencias y aportes en el desarrollo de la investigación para el logro de los objetivos previstos.

Al Lic. en Educación Henry Teves Pinedo, Director de la Institución Educativa N° 60793 Túpac Amaru y a su personal docente por su gran disposición en apoyarnos y colaborar en la realización de la investigación y por todas las facilidades brindadas.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, por su ayuda constante, la motivación para avanzar a pesar de algunos impases y por su continuo estímulo durante el desarrollo de la tesis, en calidad de asesora.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por su acertado asesoramiento estadístico y guía brindada en el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS	
1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema.....	04
3. Objetivos.....	05
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
1. Marco Teórico.....	06
2. Definiciones operacionales.....	28
3. Hipótesis.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	
1. Método y Diseño de investigación.....	31
2. Población y muestra	32
3. Técnicas e instrumentos.....	35
4. Procedimiento de recolección de datos.....	37
5. Análisis de datos.....	38
6. Limitaciones.....	38
7. Protección de los derechos humanos.....	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	
1. Resultados	40
2. Discusión.....	51
3. Conclusiones.....	55
4. Recomendaciones.....	56
5. Referencias bibliográficas.....	57

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Nº	TITULO	PÁG.
01	EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS - 2015.	40
02	DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC AMARU” IQUITOS - 2015.	41
03	DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC AMARU” IQUITOS – 2015.	42
04	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC AMARU” IQUITOS - 2015.	43
05	DISTRIBUCIÓN DE LA AUTOIMAGEN CORPORAL DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA, DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015	44
06	DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015.	45
07	ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015.	46

08 ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015.	47

09 ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015	48

10 ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015.	49

11 ASOCIACIÓN ENTRE AUTOIMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015.	50

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales. El rápido crecimiento y desarrollo hace difícil la integración de estos cambios a la imagen corporal. Además, las ambivalencias propias de esta etapa de la vida, pues están desprendiéndose paulatinamente de la familia de origen y necesitan el apoyo de sus nuevos grupos de referencia que son sus pares; precisan sentirse atractivos, por ello no suelen aceptar las diferencias corporales con respecto a patrones socialmente aprobados; los cambios de humor; la búsqueda de un espacio e identidad propia; la imperiosa necesidad de estar con otro, de ser admirado, tocado y las fantasías eróticas provocan nuevas sensaciones que requieren tiempo de elaboración y asimilación. Puesto que el cuerpo adolescente se encuentra especialmente investido desde lo social en su dimensión estética, donde juventud y delgadez se equiparan a belleza y éxito, que son configuraciones subjetivas promovidas por la cultura que le resultan congruentes con sus propuestas identificatorias, entonces lo toman como “lo natural” y es frecuente su adhesión acrítica a las propuestas de la época.¹

Por ello, es que la conducta alimentaria o ingestión de alimentos con la finalidad de satisfacer las necesidades alimentarias y requerimientos nutricionales, puede convertirse en una conducta compleja coadyuvada por factores externos e internos causando alteraciones y distorsiones en el patrón de ingesta de alimentos conocidas como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en consecuencia se desequilibra el balance entre la ingestión y el gasto de energía, lo que repercute de manera directa en el estado nutricional y por ende en la salud física y mental del individuo.²

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA), son problemas de salud mental de gran incidencia y cada vez más frecuente en mujeres jóvenes, adolescentes y aún en niños en todo el mundo desde finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, pues existe un 20% de población adolescente mundial. El Manual Diagnóstico y

Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV), indica que la prevalencia de anorexia nerviosa en la población es de 0,5 a 3% y de bulimia nerviosa es de 1 a 3% en mujeres jóvenes occidentales; la tasa de mortalidad para anorexia nerviosa es en promedio de 8 a 12% (más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico). Se asocian a un sinnúmero de complicaciones fisiológicas como la angina de pecho por la desnutrición y comorbilidad psiquiátrica, como el trastorno afectivo de depresión, que lleva a intentos de suicidio y suicidios.³

Es decir, que las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes de lo que se cree. Así en México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de adolescentes estudiantes de bachillerato y mujeres jóvenes estudiantes universitarias; quizá porque se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo físico, mental y social, pero que podrían ser incluso más preocupantes porque al mantenerse el afectado dentro de los límites de lo considerado normal, no es detectado o diagnosticado tempranamente ni por sus familiares, educadores o profesionales de la salud y al no ser considerado un problema, no reciben tratamiento oportunamente.³

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) a partir de la Encuesta Global o Mundial de Salud Escolar ejecutada el año 2010, con el objetivo de obtener datos precisos sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y factores de protección entre los estudiantes y proveer información para la generación de políticas saludables en pro de los escolares, en una muestra de 2882 alumnos, de 50 colegios a nivel nacional, muestra que: 81,8% tenía entre 13 y 15 años de edad, 20% presentaron sobrepeso y 3% obesidad, que son indicadores de trastornos alimentarios.⁴

Asimismo, la distribución de adolescentes por departamentos según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2011 muestra que 70% de muertes prematuras en adultos se deben a factores de riesgo adoptados en la adolescencia sea por malos hábitos alimentarios, consumo de drogas e infecciones de

transmisión sexual (ITS) y por la falta de controles de salud en la etapa adolescente, con controles semestrales en menores de 16 años y anual en mayores de 16 años.⁵

Por otro lado, a nivel regional no tuvimos acceso a información estadística del MINSA referente a los trastornos de conducta alimentaria, debido a que la Estrategia sanitaria de salud del escolar y adolescente que es manejada por la Dirección Regional de Salud (DIRESA), no se desarrollan en los establecimientos de salud sino directamente con las instituciones educativas y la información que se obtiene de ellas se resguardan en la DIRESA.

Por ello, la detección temprana de casos a través de nuevos estudios es una tarea importante, para identificar los factores de riesgo que facilitan su aparición en la infancia y la adolescencia para que se afronte eficazmente con medidas educativas y prevenirlas o controlarlas adecuadamente y evitar su aparición a cada vez menor edad porque crea una vulnerabilidad en su desarrollo biopsicosocial; por todo lo mencionado, nos sentimos motivados a realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre los factores de riesgo biopsicológicos: edad, sexo, estado nutricional, autoestima, autoimagen corporal, y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos - 2015?

Los resultados obtenidos constituyen aportes valiosos para explicar la asociación de los factores de riesgo psicológicos con los trastornos de la conducta alimentaria; a la facultad de enfermería para aplicarlos en la formación profesional, asimismo, sirven como antecedentes o como marco referencial para investigaciones futuras.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre factores de riesgo biopsicológicos: edad, sexo, estado nutricional, autoestima, autoimagen corporal, y los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la IE Túpac Amaru, Iquitos - 2015?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre factores de riesgo biopsicológicos y los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos - 2015

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar los factores de riesgo biopsicológicos: edad, sexo, estado nutricional, autoestima y autoimagen corporal, en los estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
2. Identificar los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
3. Asociar factores de riesgo biopsicológicos y los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Valles M. (España, 2013), en una investigación realizada sobre la imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de conducta alimentaria, en una muestra de 406 estudiantes de primero de secundaria, de ambos sexos, encontró que: la edad promedio fue de 12,21 años; 47,3% fueron de sexo masculino y 52,7% de sexo femenino; en cuanto al estado nutricional, el índice de masa corporal promedio fue de 19,41 kg/m², dentro del rango de peso normal (de 19 a 25), especificando encontraron 39,15% con bajo peso, 43,1% con peso normal, 5,66% con sobrepeso, 0,73% con obesidad. ⁶

Zambrano R, Colina J, Valero Y, Herrera H, Valero J. (Venezuela, 2013), en una investigación transversal, realizada con el objetivo de evaluar los hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional en adolescentes de un colegio privado de Caracas, Venezuela, utilizando el índice de masa corporal (IMC) como indicador antropométrico (clasificado como déficit, adecuado y sobrepeso), en una muestra de 80 adolescentes (64 varones y 16 mujeres) de edades entre 12 a 18 años, encontraron que: respecto al estado nutricional, 0% presentó déficit de IMC en ambos sexos, 100% presentó valores catalogados como adecuados en el sexo femenino. ⁷

Madrid Y. (México, 2011), en un estudio realizado sobre anorexia en adolescentes de 15 a 19 años, estudiantes de la preparatoria Ignacio Carrillo Franco, del municipio de Montemorelos, en Nuevo León, encontró que en los tres meses previos: 18,3% reconocen que les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer; 3,2% ha tenido practicas de riesgo como dietas, ayuno y exceso de ejercicios con el objetivo de bajar de

peso; en menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos; concluyendo que son prácticas que afectan en mayor proporción a las mujeres del grupo entre 13 a 16 años. ⁸

Castaño JJ, Giraldo DL, Guevara J, Losada DL, Meza LM, Narváez DM, et. al. (Colombia, 2011), en un estudio transversal, realizado sobre prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, aplicando el cuestionario EDI-2, en una muestra de 481 estudiantes, encontraron que: la edad promedio fue de 14,26 años; 24,7% presentó factor de riesgo positivo para desarrollar trastorno de conducta alimentaria, encontrándose entre algunos factores asociados: la percepción de sobrepeso ($p=0,000$), índice de masa corporal ($p=0,032$) y todas las medidas antropométricas excepto la talla. ⁹

Narváez R, Ordoñez MF, Ochoa, Peña G, Cardozo R, Meertens L. (Venezuela, 2011), en un estudio realizado sobre trastornos de conducta alimentaria, en una muestra de 120 estudiantes del primer año de Medicina, encontraron que: el promedio de edad fue de 17,9 ($\pm 1,6$ años), donde el 5% presenta riesgo de anorexia nerviosa (AN) y 7,5% riesgo de bulimia nerviosa (BN). ¹⁰

Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. (Chile, 2011), en un estudio realizado sobre prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile, en una muestra intencionada estratificada de 1,429 adolescentes de ambos sexos (594 de sexo masculino y 835 de sexo femenino), entre 13 a 18 años de edad (Grupo 1: 13 a 14 años; Grupo 2: 15 a 16 años y Grupo 3: 17 a 18 años), entre primero y cuarto de enseñanza secundaria, de la ciudad de Antofagasta, aplicando el Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2, obtuvieron que: respecto a edad, la media fue de 15,55 años (D.E.= 1,21); referente a riesgo de trastornos alimentarios, se ha considerado en la categoría de riesgo a los adolescentes con un puntaje igual o superior a 110 en la escala total, equivalente al percentil 93, en base a ello, 7,4% mostró prevalencia de riesgo de

trastornos alimentarios a nivel general, aumentando a 8,9% en el sexo femenino entre los 15 a 18 años, ¹¹

Behar R. (Chile, 2010), en una investigación realizada sobre trastornos de la conducta alimentaria en grupos de riesgo (estudiantes), en una muestra de 2,171, aplicando el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-2, encontró que: entre 15% y 41% tenían tendencia a desarrollar TCA; el perfil predominante de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), exhibió alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva ($p < 0,001$); en cuanto a la identificación con el estereotipo de rol de género femenino, 42,9% fue significativa en TCA principalmente en anorexia restrictiva considerada factor de riesgo para su desarrollo. ¹²

Ortega MA. (España, 2010), en una investigación descriptiva, educativa aplicada, realizada sobre la percepción de la imagen corporal en estudiantes de primero de educación secundaria, de 12 a 14 años, en la ciudad de Jaén, encontró que: respecto a la media del índice de masa corporal según sexo, en el sexo masculino fue de 20,65 a los 12 años, de 20,94 a los 13 años, 21,17 a los 14 años y 23,48 en más de 14 años, y en el sexo femenino fue de 20,85 a los 12 años, 21,81 a los 13 años, 19,59 a los 14 años y 20,16 de más de 14 años; respecto al estado nutricional según sexo, en el sexo masculino 14,2% tuvo bajo peso, 62,8% peso normal, 10,1% sobrepeso y 10,8% tuvo obesidad, mientras que en el sexo femenino 10,1% tuvo bajo peso, 68,9% peso normal, 14,2% sobrepeso y 6,8% tuvo obesidad. ¹³

Saucedo TJ, Unikel SC. (México, 2010), en un estudio realizado sobre la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y la interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal, en una muestra de 845 estudiantes, de ambos sexos, del nivel de preparatoria y licenciatura en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, obtuvieron que: 45,1% del nivel preparatoria tenían entre 15 a 17 años y 54,9% del nivel licenciatura tenían entre 18 a 23 años; respecto al índice de masa corporal según sexo, en el sexo femenino 70% tuvo peso normal,

11,6% peso bajo, 15,2% sobrepeso y 8,3% presentó obesidad; y en el sexo masculino, 71,3% tuvo peso normal, 7,5% peso bajo, 19,1% sobrepeso y 6,9% presentó obesidad; en cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, 84,2% del sexo femenino y 33,3% del sexo masculino obtuvieron alto riesgo.²

Piñeros S, Molano J, López C. (Colombia, 2010), en un estudio de base comunitaria y corte transversal, realizado sobre factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en jóvenes escolarizados de Bogotá y el centro de Cundinamarca, en una muestra de 937 estudiantes entre 12 y 20 años de edad, utilizando el instrumento EAT- 26, encontraron que: 40,4% fueron de sexo masculino y 59,6% de sexo femenino; respecto a los TCA, 87% presentó probable TCA o diagnóstico de TCA y 13% sin TCA; asimismo, 44,8% de diagnósticos de TCA se presentó entre 15 a 17 años de edad.¹⁴

Infantes MH. (Perú, 2014), en una investigación descriptiva sobre propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados, utilizando el instrumento EDI-2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, en una muestra de 645 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, de ambos sexos, encontró que: la bulimia presentó de 3,68, la baja autoestima de 4,14 y en obsesión por la delgadez de 6,15. Al comparar las escalas y factores según las variables demográficas de sexo y edad, se encontró diferencias significativas entre dichos grupos.¹⁵

Lostanau GC. (Perú, 2014), en un estudio descriptivo de asociación cruzada, transversal y observacional, realizado sobre estado nutricional evidenciado en el índice de masa corporal (IMC), consumo de alimentos y actividad física en relación con el estrés en adolescentes de una institución educativa privada de Villa María del Triunfo, en una muestra de 195 estudiantes adolescentes de nivel secundario, de ambos sexos, con edades entre 11 y 19 años, encontró que: 44,6% fueron de sexo masculino y 55,4% de sexo femenino; en edad, 66,7% tuvo edad de 10 a 14 años y 33,3% entre 15 a 19 años; respecto al estado nutricional,

54,9% presentó IMC normal, 29,7% con sobrepeso, 15,4% con obesidad, 45,1% presentó malnutrición por exceso de peso y 0% o ninguno con delgadez. ¹⁶

Peña FS, Romero IJ, Yumbato JR. (Perú, 2009), en una investigación transversal, realizada sobre la relación de factores familiares con el trastorno de la conducta alimentaria, en adolescentes mujeres de 15 a 19 años, residentes en el asentamiento humano “Juan Carlos del Águila”, en la ciudad de Iquitos, en una muestra de 240 adolescentes, aplicando el test de tendencia a trastornos de la conducta Alimentaria, obtuvieron que: respecto a la anorexia en adolescentes, 88,05% se presentó sin tendencia a sufrir trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) y 11,95% con tendencia a sufrir trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en los adolescentes estudiados. ¹⁷

1.2. BASES TEÓRICAS

A. FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS

Los factores de riesgo biopsicológicos, son rasgos genéticos y biográficos como situaciones personales de la vida (crisis, separación, pérdida o duelo); características de personalidad como la inseguridad, timidez, impulsividad, dificultades en la interacción social o baja tolerancia a la frustración; así como creencias y actitudes, escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales y dificultades para resistir las presiones del grupo de amigos, que poseen las personas a nivel individual y que favorecen un comportamiento ante un determinado evento vital, hecho o situación y que pueden predecir o poner en dificultades su salud o su vida, en el corto o largo plazo. Desempeñan un papel importante al predisponer el desarrollo de ciertos rasgos que pueden dejarlo vulnerable al afrontar un hecho o evento vital. ¹⁸

Los factores de riesgo biopsicológicos que se estudiaron, fueron los siguientes:

Edad

Es el lapso de tiempo de vida transcurrido o los años cronológicos, desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que se estima la existencia de una persona, que crece y se desarrolla a través de todo su ciclo vital, cambia, se organiza y se adapta al medio ambiente en que se desenvuelve, en una interacción constante entre su dotación genética y el medio que lo rodea, en un continuo proceso de aprendizaje, de dominio del desarrollo vital y de las tareas a realizar.¹⁹

Según el Ministerio de Salud - MINSA, en su Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, indica que la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, entre los 12 a los 17 años, 11 meses y 29 días de edad. Pero, en el código niño y adolescente Perú y la evaluación del adolescente (EVA), indica que la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, que es la etapa de tránsito a la adultez con cambios acelerados, que ocurre entre los 12 a los 18 años. Para un mejor manejo en la presente investigación se clasificará a la adolescencia en: Inicio de etapa adolescente (de 12 a 14 años) y Final de la etapa adolescente (de 15 a 17 años).²⁰

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física; pero si la insatisfacción o preocupación corporal es excesiva o exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso problemática, sobre todo si se presenta a edades más tempranas como en los preadolescentes entre 8 a 12 años, seguido de los adolescentes y adultos jóvenes, pues la preocupación por la imagen corporal y los problemas de alimentación están muy vinculados.¹³

Sexo

La palabra “sexo” descende del latín cortar o dividir. Se define como la división del género humano en dos grupos, uno de mujeres y otro de varones, que

permite clasificarlos en: femenino, cuando la persona es capaz de producir óvulos para la reproducción humana, y masculino, cuando es capaz de producir espermatozoides para la reproducción humana. ²¹

El sexo comprende el desarrollo de facetas características entre el hombre y la mujer, como las biológicas o anatomofisiológicas, las psicológico-afectivas o emocionales y de conducta, que se evidencia en el comportamiento sexual, que disminuye con la edad. Algunas culturas dan un sentido religioso, espiritual o un método para mejorar (o perder) la salud, al acto sexual, indicando que la complejidad del comportamiento sexual del adulto medio y mayor no está gobernado solo por instintos, sino que es producto de su cultura, inteligencia y de su compleja sociedad. Los trastornos alimentarios parecen ser bastante similares en ambos sexos; aunque en el sexo masculino, se indica que la homosexualidad y bisexualidad es un factor de riesgo específico especialmente para bulimia nerviosa, a pesar de que biológicamente se ha demostrado las similitudes de la estructura cerebral entre hombres homosexuales/bisexuales y mujeres heterosexuales; los hombres homosexuales pueden reaccionar en el medio ambiente, a factores de estrés, de una forma biológica similar a las mujeres, incluso estos están más insatisfechos con su peso y forma del cuerpo que los hombres heterosexuales y que consideran su apariencia física más importante para sí mismo, hecho que explicaría el aumento del riesgo o vulnerabilidad a desarrollar trastornos alimentarios. ²²

Estado Nutricional

La alimentación constituye uno de los factores extrínsecos más relevantes en el proceso de crecimiento y desarrollo del individuo, durante la infancia y la adolescencia, pues los hábitos alimentarios y los estilos de vida se adquieren en los primeros años de vida y perduran a lo largo de esta, porque la nutrición es una de las necesidades básicas de salud que permite el desarrollo máximo del potencial biológico. ²³

La creciente independencia, la mayor participación en la vida social y las múltiples ocupaciones de los adolescentes, influyen negativamente sobre sus hábitos alimentarios, caracterizado por pautas alimentarias como el dejar de comer, ingerir preparados no nutritivos o comida “chatarra” o dietas de moda”, ello hace que se constituyan un grupo de riesgo para desarrollar deficiencias de nutrientes, sumado a los bajos niveles de actividad física y el sedentarismo, lleva a problemas nutricionales.²⁴

El estado nutricional, es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. Se calcula mediante la toma de medidas antropométricas: Peso, talla y cálculo del índice de masa corporal (IMC), siguiendo los parámetros establecidos en el protocolo de toma de medidas antropométricas (MINSA): la medición de talla se realiza con un tallímetro portátil, la medición del peso con una báscula digital con precisión de 0,1kg, Para disminuir el sesgo de error, se realiza la toma de cada uno de los datos antropométricos tres veces y se obtiene el promedio de los tres datos. El IMC, es una medida de asociación entre la masa y la talla de una persona; es decir, valora el volumen corporal de los individuos expresado en la relación peso y talla mediante el cociente resultante de dividir el peso expresado en Kg. por la altura expresada en metros y elevada al cuadrado: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$, es considerado como el mejor indicador del estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad.²⁵

Para clasificar el índice de masa corporal, se emplean los puntos de corte recomendados por el MINSA, en la evaluación nutricional de la Historia Clínica de Atención Integral del Adolescente (12 a 18 años)²⁶, que complementada con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el estado nutricional de acuerdo con el IMC, se presenta así:

<i>Clasificación</i>	<i>IMC (Kg/m²)</i>		<i>Código</i>
	<i>Valores Principales</i>		
- Delgadez Severa:	< 16,00	si tienen < -3 DE	E43X
- Delgadez :	17,00 – 18,49	< -2 a -3 DE.	E44X
- Normal :	18,50 – 24,99	1 a -2 DE	Z006
- Sobrepeso :	≥ 25,00– 29,99	> 1 a 2 DE	E660
- Obesidad :	≥ 30,00 - ≥ 40,00	> 2 DE	E669. ²⁷

El Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO), reporta 78% de personas con obesidad derivada de los trastornos alimentarios por la repetida estimulación de las vías de recompensa que promueve la naturaleza compulsiva de comer en exceso, sobre todo alimentos con grasas saturadas y alto contenido de azúcares simples (confites, dulces, chocolates), que constituyen un factor significativo en la ganancia de peso e influye en la conducta alimentaria de la persona, provocando cambios en el índice de masa corporal. En Perú, la prevalencia de sobrepeso afecta, aproximadamente a 19,8% de adolescentes escolares de 13 a 15 años de edad, siendo más frecuente en zonas urbanas con un 16,1% de menores entre 6 y 12 años es obeso, con un nivel de vida medio y bajo, que en las rurales donde prevalece en un 7%, donde la distorsión de la imagen corporal, el inicio precoz de dietas, los extremos en el índice de masa corporal, junto a la ansiedad y depresión, están en la base de dichos trastornos.²⁸

Autoestima

La autoestima es la valoración, respeto, aprecio y estima, que se tiene hacia la propia persona o por uno mismo. Etimológicamente deriva de dos palabras griegas: “aytos” (auto) que significa “uno mismo o por sí mismo” y “estima” que significa “aprecio”. Se clasifica según las características de valoración de sí misma, en: autoestima alta y autoestima baja.

La Autoestima Alta, se manifiesta en la capacidad de sentirse bien consigo mismo, haciendo una valoración positiva de sí mismo. Así:

- Se sienten felices, por ello suelen lograr las metas que se proponen y plantean, se relacionan bien con los demás, pero también aprecian y saben estar solas.
- Tienen confianza en sí mismos, seguros, fuertes, independientes, saben lo que son capaces de lograr, capaz de enfrentar retos a pesar del riesgo de no lograrlos.
- Saben plantear sus puntos de vista, sus gustos, opiniones y decir cuando están de acuerdo y cuando no lo están. Facilidad para expresar sus sentimientos.
- Aceptan sus errores sin sentirse fracasados, entienden y perdonan fácilmente a los demás.

La Autoestima Baja, es propia de personas con sentimientos de dolor ocultos y no resueltos, que se convierten en enojo y con el tiempo se vuelven contra sí mismos, dando lugar a conflictos y sufrimiento emocional. Así:

- Son muy autocríticos, con odio e insatisfacción consigo mismos, hipersensibles, reacciones exageradas a la crítica, culpa de sus fracasos a los demás o a la situación, tiene resentimientos tercos contra sus críticos.
- Indecisión crónica por miedo exagerado a equivocarse, ataques de ansiedad, cambios repentinos de humor y sentimientos de culpa.
- Deseo innecesario por complacer a los demás, no se atreve a decir No por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del que le pide algo.
- Perfeccionismo con autoexigencia esclavizante de hacerlo todo “perfecto” y cuando falla vive un desmoronamiento interior.
- Culpabilidad neurótica, que la acusa y condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos o los lamenta indefinidamente sin llegar nunca a perdonarse por completo.
- Hostilidad e irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas sin importancia, propia de la persona supercrítica que todo ve malo, todo le disgusta, le decepciona y nada le satisface.
- Tendencia a la defensiva, negativismo generalizado (todo ve negro: su vida, su futuro y a sí mismo) encuentra el lado negativo aún en situaciones positivas,

- Carencia generalizada del gozo o alegría de vivir y de la vida misma, se siente impotente y autodestructiva.

La autoestima baja, origina sufrimientos emocionales y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos, pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos, como los trastornos alimentarios.²⁹

Autoimagen Corporal

Desde el punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramático de la conciencia corporal de cada persona. La autoimagen corporal, es la valoración que se realiza del mismo cuerpo, es un constructo multidimensional que representa cómo los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a sus propios atributos físicos. Dicha valoración se forma por la influencia de diversos mensajes negativos y positivos, directos e indirectos, que recibimos a lo largo de la vida, en lo que vemos, oímos y sentimos. De acuerdo a ello, las personas pueden actuar calificándose de dos formas: Satisfacción con su autoimagen corporal, cuando hay una valoración real y de aceptación de su imagen corporal tal como es y por su funcionalidad más que por su belleza física; y como Insatisfacción con su autoimagen corporal, cuando hay una sobrevaloración del cuerpo, asumiendo que un cuerpo bello, en el caso del femenino debe ser delgado, con medidas exactas y del cuerpo masculino musculoso.³⁰

El énfasis que la sociedad pone en la imagen como valor social, están estrechamente relacionados con la insatisfacción con la autoimagen corporal cuando les significa un alejamiento de la figura “ideal” promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación, porque ofrecen mensajes de lo aceptable o inaceptable del físico. Esta presión sociocultural fomenta la interiorización en el individuo de que ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad (en las mujeres) y de que a menor porcentaje de grasa corporal hay mayor autoestima. La autoimagen corporal

insatisfactoria, constituye un factor de riesgo importante para los trastornos de conducta alimentaria, porque afectan a la conducta (con restricciones alimentarias, evitación de determinadas situaciones sociales), a los pensamientos (creer que un cuerpo delgado es atractivo) y a las emociones (con tristeza, culpa, ansiedad).³¹

Ello se evidencia en una alta prevalencia y gravedad de trastornos de conducta alimentaria, que aparecen incluso en la infancia, primero con la preocupación por el peso y la insatisfacción con el cuerpo, que los padres creen que son propios de la adolescencia o que están imitando lo que hacen los adultos, le dan poca importancia e ignoran los comentarios negativos acerca del propio cuerpo o algunas conductas restrictivas de sus hijos, minimizándola en el momento.⁵

En la pubertad/adolescencia, la escasa o excesiva preocupación o sobrevaloración del aspecto físico del cuerpo y la insatisfacción con la propia imagen, afecta a ambos sexos y da lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación. La persona se niega a mantener su peso corporal dentro de los parámetros considerados normales para su edad y altura, porque tiene distorsionada su figura corporal (se ven gruesas a pesar de que su peso se encuentra muy por debajo de los límites saludables) y tienden a perturbarse constantemente haciendo dieta. La relación entre disfunción alimentaria y alteración de la imagen corporal es unidireccional, son las alteraciones de la imagen corporal las que contribuyen a que se desencadene un trastorno alimentario y no a la inversa. El rango de edad más crítico corresponde al período entre los 13 y 19 años.³²

B. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La alimentación enmarca procesos ambientales, cognitivos, fisiológicos y socioculturales; es un fenómeno basado en la complejidad, que se explica tomando como premisas básicas los siguientes puntos:

- Como necesidad biológica que impulsa a la persona a buscar el alimento para dar respuesta a un conjunto de señales hormonales reguladas por el sistema nervioso central.
- Como fuente de placer, porque la alimentación implica la selección y consumo de alimentos según sus características organolépticas, percibidas sensorialmente por los órganos de los sentidos para decidir su consumo.
- Como pauta sociocultural, que determinan el patrón de consumo de los alimentos por sobre los impulsos fisiológicos.
- Como medio para relacionarse e interactuar con otras personas dentro del entorno social, donde se llegan a compartir gustos por los mismos alimentos.³³

Conducta Alimentaria

Es el conjunto de acciones que realiza un individuo o comportamientos en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. El comportamiento frente a la alimentación, generalmente se adquieren por medio de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los lazos afectivos y las tradiciones culturales. Se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones relacionadas con la alimentación, como: la alimentación emocional, alimentación sin control, la restricción cognitiva, respuesta frente a los alimentos, disfrute de los alimentos, deseos de beber, respuesta de saciedad, lentitud para comer, exigencia frente a los alimentos y neofobia alimentaria. La medición de estas dimensiones dentro del contexto familiar ayudan a caracterizar el patrón de conducta alimentaria individual, esta conducta se constituye como un temprano organizador biopsicofamiliar.³⁴

Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)

Son enfermedades de salud mental, muy complejas, que se presentan cuando la conducta alimentaria se encuentra en desequilibrio o se ve alterada por diversas situaciones, dando origen a perturbaciones para ingerir los alimentos generados por la inconstancia de comer de manera adecuada. Se presentan de dos formas:

conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados.

Se relacionan a una significativa morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica. En cuanto a la tasa de mortalidad se postula que los TCA son las patologías con una mayor incidencia en los trastornos mentales, siendo la principal causa de muerte en mujeres jóvenes entre los 15 y 24 años de edad y resulta ser menos alentador al encontrarse que solo el 50% de los pacientes afectados se recuperan totalmente, el 30% continúan con manifestaciones subclínicas de la enfermedad y el 20% presentan serias complicaciones.³¹

Causas

Estos trastornos son de carácter complejo debido a que su origen es de carácter multidimensional y responde a un modelo biopsicosocial en la interacción compleja de factores que interfieren en el comportamiento del individuo. Dentro de ellos están:

- Factores Genéticos, Biológicos y Endocrinológicos: La herencia juega un importante papel en la susceptibilidad de desarrollar estos trastornos por transmisión familiar. A nivel biológico existen anomalías en la neurotransmisión cerebral. A nivel endocrinológico existen alteraciones en el hipotálamo con aumento del nivel de serotonina, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, alteración del metabolismo de hidratos de carbono y de la prolactina, entre otras. Respecto a la bulimia, se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito y se han encontrado marcadores biológicos en los perfiles neuroendocrinológicos vinculados con trastornos afectivos, tales como la depresión.
- Factores Familiares: Las relaciones familiares basadas en la recompensa emocional por una docilidad extrema en la época de la adolescencia, conllevan a la rebeldía silenciosa del opositorismo alimentario, con graves

consecuencias, especialmente en mujeres. Estos datos de índole familiar son factores de riesgo de problemas relacionados con diferentes expresiones de la ingesta alimentaria

- Factores Psicológicos: los factores emocionales asociados a los trastornos de conducta alimentaria, son diversos, así tenemos la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, los índices de masa corporal (IMC) extremos, el uso y abuso de dietas injustificadas, la depresión y la ansiedad.
- Factores Socioculturales: la cultura y los medios de comunicación, promueven prototipos rígidos e intercambio de información de manera momentánea a nivel mundial que aunado al énfasis puesto por la propia sociedad en la imagen como valor social, aumenta los problemas de imagen corporal en adolescentes, que se sienten insatisfechos con su imagen corporal, sobre todo los que promueven los medios de comunicación (televisión, internet, revistas, cine, etc.), pues ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos.³

Los Trastornos de Conducta Alimentaria, como su nombre lo indica son alteraciones que suceden en la forma de alimentarse del adolescente, siendo los trastornos más frecuentes:

- Anorexia Nerviosa: también conocida como sinónimo de falta de apetito, donde mas que la ausencia del deseo de comer, se evidencia una negación a ingerir alimentos porque su fin es no aumentar de peso. Algunas características principales, son: tener un peso menor al esperado según el género, la estatura y la edad; rechazo a incrementar de peso; amenorrea; alteración en la percepción de la imagen corporal; rechazo a mantener un peso corporal normal; entre otros.³⁵

Las causas determinantes para la aparición de la anorexia, resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su interacción familiar y de su

interacción con la sociedad; asimismo, se identifica como interviniente al trastorno dismórfico corporal, que es un trastorno mental caracterizado por la insatisfacción referente a la forma del cuerpo, siendo este uno de sus rasgos psicopatológicos más relevantes, se ven a sí mismos con sobrepeso, aun cuando están extremadamente delgados, realizan ejercicio compulsivamente y desarrollan hábitos inusuales tales como negarse a ingerir comida delante de las demás personas, prácticas que pueden llegar a extremos y causar la muerte de la persona.³⁵

Los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de la Salud, son:

1. Intenso temor de convertirse en "obeso", que es indiferente al descenso de peso
2. Alteración de la propia imagen del cuerpo (aunque esté demasiado delgado, se ve gordo/a)
3. Pérdida de por lo menos 20 a 25% de su peso anterior o previo
4. Negativa a mantenerse en un peso normal para su edad y altura (aun por el mínimo exigido)
5. No se encuentra enfermedad orgánica, que justifique el descenso del peso.

Su inicio puede ser brusco o gradual. El 90% de afectados son jóvenes, hasta hace poco la mayoría eran mujeres adolescentes, pero las estadísticas han variado y cada vez más varones jóvenes consultan por los síntomas a los que se adicionan: tristeza, decaimiento, baja autoestima, miedo a morir, tendencia al aislamiento social y nula actividad sexual.³⁵

- Bulimia Nerviosa: que presenta episodios frecuentes de ingesta de gran cantidad de alimentos conocidos como atracones, con sensación de pérdida de control, que ocurre en minutos o en menos de dos horas, que se presentan de forma inmediata con conductas compensatorias inadecuadas de tipo purgativo como la autoprovocación del vómito, uso inadecuado de laxantes, diuréticos o de enemas y conductas de tipo no purgativo como el ayuno prolongado o la práctica compulsiva de ejercicios físicos en forma oculta; se siente tensionado, con emociones negativas (asqueados, avergonzados) y solamente siente alivio cuando su estómago está vacío. Es causado por factores predisponentes o de

riesgo similares a los de la anorexia nerviosa, resaltando los factores genéticos, biológicos, el entorno familiar, los efectos adversos del medio ambiente, alteraciones psiquiátricas premórbidas, la presión social y cultural, que conlleva a las tasas más altas de intento suicida porque es posible que este asociado a un rasgo de impulsividad.³⁶

Los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de la Salud, son casi idénticos a los de la anorexia nerviosa:

1. Baja autoestima y miedo intenso a subir de peso (que no disminuye aún con la pérdida de peso).
1. Alteración de la percepción de la imagen corporal, exagerando su relevancia en la autoevaluación y negando los peligros de la disminución de peso.
2. Pérdida de al menos 25% del peso original, en relación con lo que debería tener según su etapa de crecimiento. En menores de 18, la disminución de cerca del 5% de peso se valora como riesgo médico.
3. Se niega a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.³⁵

Los síntomas tardan en mostrarse, porque comen en presencia de otras personas, pero se ocultan para vomitarlo inmediatamente; saben que su patrón de ingesta es anormal pero su temor al sobrepeso es mayor. Pueden llegar a la muerte.³⁵

Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3)

Es uno de los instrumentos autoadministrables más utilizados en la actualidad para la detección de trastornos alimentarios y la exploración de características psicológicas en pacientes. Su primera versión fue desarrollada por Garner, Olmsted y Polivy (1983) con 64 ítems tipo Likert agrupados en ocho subescalas: Búsqueda de delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva y Miedo a Madurar. Posteriormente se elabora la segunda versión del instrumento el EDI-2 (Garner, 1991), incorporando 27 ítems para evaluar las características psicológicas habitualmente asociadas a los trastornos alimentarios (*Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social*) dando lugar a 91 ítems. La tercera y más

reciente versión del instrumento (EDI-3) fue desarrollada a partir de los componentes del EDI y del EDI-2, reorganizados en constructos más relevantes y acordes con los avances teóricos en el campo de los trastornos alimentarios (Garner, 2004), mantiene los 91 ítems, que se encuentran organizados en 12 escalas, de ellas tres escalas son específicas para trastornos alimentarios: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez y nueve escalas tienen características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios: Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad personal, Desconfianza interpersonal, Déficit interoceptivo, Desregulación Emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a Madurar.

Cada ítem tiene seis alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre y siempre (escala tipo Likert), con un rango de puntuación de 0 a 5. En cada ítem, la respuesta que señala mayor sintomatología es siempre o nunca, dependiendo de la direccionalidad del ítem se puntúa con el valor 5; la siguiente (casi siempre o casi nunca) se puntúa con el valor 4; y la próxima (bastantes veces o a veces) con el valor 3; la respuesta a veces, se puntúa con el valor 2 tanto en los ítems directos o en los inversos y las dos restantes respuestas del extremo opuesto a la patología se califican con el valor 1 y 0 respectivamente, para mejorar la confiabilidad de la escala.³⁷

Tratamiento de los TCA

El tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria, comprende:

- a) Tratamiento Farmacológico: prescrito por el psiquiatra con el objetivo de lograr la funcionalidad del cuerpo en cuanto al peso, los síntomas afectivos como la disminución de la tristeza, ansiedad e impulsividad, y los síntomas motores para lograr la remisión total de la distorsión de la imagen corporal. Es efectivo en la disminución de los síntomas de ansiedad con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina ISRSN, también los antidepresivos tricíclicos, los ISRS, que deben usarse junto a la psicoterapia, porque reducen los síntomas principales de la ingesta y el vómito, mejoran el humor y disminuyen la ansiedad.

b) Tratamiento Psicoterapéutico Cognitivo Conductual: que se inicia con el examen de la funcionalidad del trastorno para generar estrategias emocionales apropiadas, con el objetivo de cambiar las conductas alimentarias inadecuadas y los pensamientos distorsionados. incluye:

- Psicoterapia familiar o de consejería, mediante un programa psicoeducativo que ayude a la comprensión de los aspectos más importantes del trastorno tanto al paciente como a su familia, para mejorar o cambiar las relaciones entre los miembros, puesto que la opinión de los padres y familiares desempeña un papel importante de la enfermedad y la recuperación del paciente. Asimismo, se proporcionan pautas para la adquisición de hábitos alimenticios saludables, para calmar la ansiedad y disminuir los sentimientos de culpa en los padres. Por ello, el abordaje de la familia es primordial tanto para los pacientes como para la misma familia, porque así como puede influir en la adquisición y mantenimiento de los TCA, también es el grupo que genera más apoyo social, de allí la necesidad de integrar a la familia en el tratamiento para que aprendan el manejo de la enfermedad en el paciente y en diferentes situaciones durante el proceso de recuperación.
- Terapia individual, para ayudar al paciente a corregir los pensamientos disfuncionales y mejorar la autoestima.
- Terapia grupal, que permite que entre pacientes que tienen la misma patología, compartan los pensamientos y sentimientos con otras personas que pueden entender su situación. Lo dirige un terapeuta profesional teniendo como función la dirección y la concentración del grupo al hablar de temas como la alimentación, maneras de cambiarla y los conflictos que conlleva esta modificación.
- Terapia de la imagen corporal, para aclarar lo que significa la imagen corporal (“la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”), esta percepción del cuerpo no necesariamente esta correlacionada con la apariencia física

real y la imagen o percepción del cuerpo se encuentra sobrestimada en la anorexia e inclusive en personas que no presentan algún TCA, por ello en la terapia de esta patología es fundamental tratar la autoimagen. Para intervenir la imagen corporal se hace uso de una intervención cognitivo conductual la cual consiste en la terapia de exposición corporal y ejercicios y exposición al espejo por tiempo prolongado. ³⁴

Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La prevención primaria o intervenciones antes del desarrollo de la enfermedad, debe actuar sobre los factores de riesgo. Las principales estrategias tienen un carácter educativo y están centradas básicamente en los siguientes aspectos:

- Información a la población general y de riesgo: educando sobre hábitos de vida y específicamente de nutrición saludable y patrones de comida familiares, el modelo de cuidado familiar, sobre la insatisfacción corporal, señales corporales de hambre o saciedad, entre otros.
- Identificación de los grupos de riesgo: la prevención es eficaz cuando es dirigida exclusivamente a personas que presentan alto riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación, para prevenir el desarrollo de conductas de riesgo para su salud.
- Modificar las conductas consideradas de riesgo: en particular las relacionadas con la dieta inadecuada, habilidades sociales, la baja autoestima o falta de valía personal, la incapacidad de mantener relaciones interpersonales maduras, la ausencia de identidad propia etc., porque pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad.
- Intervención sobre los estereotipos culturales del adelgazamiento y la belleza: los mensajes propios de la cultura hacen un comparativo entre belleza y atracción con la delgadez generando la insatisfacción con su cuerpo, donde la delgadez le proporciona una identidad, modificando su apariencia física tratando de igualarse a los modelos de belleza impuestos, porque recibe atención, alabanzas y con esto cubre los sentimientos de inseguridad ante los demás. ⁹

C. TEORIAS SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS:

Se ha encontrado dos teorías o modelos que fundamentan la influencia de algunos factores de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria. Así:

- Teoría o Modelo Hedónico-Afectivo: sobre el comportamiento alimentario en dos sentidos: a) Activa el estado hedónico opuesto a la saciedad, con el placer experimentado por el sabor del alimento, es decir que la saciedad y el placer que produce el sabor de los alimentos sería un refuerzo positivo, y b) Reduce la intensidad, que correspondería al deseo de ingerir un determinado alimento, siendo el hambre y el deseo de comer, las sensaciones o refuerzos negativos. Estos dos procesos además intervienen en el control de la ingesta en base a las cualidades sensoriales de los alimentos. Es decir, que el proceso del comportamiento alimentario funciona de la siguiente manera: cuando la persona tiene hambre, ingiere un determinado alimento que le genera una sensación placentera debido a su sabor (a), pero que rápidamente va desapareciendo, dando paso a un deseo de saborear un alimento (b), generando un estado motivacional negativo en el sujeto, de manera que la motivación total para comer será mayor ahora que antes de probar el primer bocado porque el sistema de saciedad no se ha activado lo suficiente, aunque muchas veces se empieza a comer y se descubre que teníamos más hambre de lo que pensábamos.

Lo que ocurre en el caso de la comida es que los efectos negativos son mayores que los positivos, es decir, será más fuerte el deseo de comer que la sensación de saciedad. Entonces, a medida que se ingiere mayor cantidad de alimento la saciedad se opone con mayor intensidad al hambre, disminuyendo la ingesta, salvo que algo impida el funcionamiento de los mecanismos de saciedad, como por ejemplo el sabor de un determinado alimento, que haga que el deseo de ingerirlo sea más intenso tras la ingesta y los efectos positivos de su sabor excedan los negativos y la ingesta continúe, lo que estaría en la base de los atracones de los trastornos alimentarios. A este efecto se denomina también efecto de postre.

- Teoría o Modelo Socio-Psicológico: que destaca dos propiedades del alimento, primero, que la comida se usa como forma de afrontar situaciones estresantes para disminuir o evitar sensaciones desagradables y mediante el reforzamiento negativo se consolida esta conducta, y segundo, la conducta de ingesta que indica que cuando el sujeto se encuentra en estado de aburrimiento o inactividad, come; así en el caso de personas bulímicas buscan estimularse para regular el nivel de activación como un medio para lograr una homeostasis. Se explica que el carácter psicoactivo de un determinado tipo de alimentos como los carbohidratos (dulces, harina, azúcar refinada, bebidas carbonatadas) que solo aportan calorías pero no vitaminas ni minerales, pero tienen un potencial adictivo por sus efectos sobre los neurotransmisores, en particular sobre la serotonina y el triptófano, de modo que cuando se ingieren aumenta la producción de insulina, los músculos capturan los aminoácidos que genera una sobreproducción de éste neurotransmisor, aumentando el estado de ánimo. Esto podría ser un factor de riesgo para desarrollar bulimia nerviosa.³⁸

Estas dos teorías, explican el efecto psicoactivo de los alimentos que suelen componer los atracones en pacientes con TCA, de manera que pueden generar una adicción y si recurren a ellos pueden hacerlo de forma abusiva y llegar a una intoxicación y otros síntomas que van progresando a lo largo de la enfermedad, perdiéndose cada vez más el control sobre los mismos.

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS: definido como aquellas características genéticas, biográficas, de personalidad o actitudinal, inherentes al individuo, que tienen la probabilidad de favorecer un comportamiento que puede predecir o poner en dificultades su salud o su vida, en el corto o largo plazo, ante un determinado evento vital, hecho o situación, que expresen los adolescentes en estudio, de ambos sexos, al momento de la entrevista. Fue medido mediante los siguientes indicadores:

- a) Edad: considerada como los años cumplidos que refiere tener el estudiante de primer grado de secundaria al momento del estudio. Fue medido como:
 - Inicio de etapa adolescente: si tiene entre las edades de 12 a 14 años
 - Final de etapa adolescente: si tiene entre las edades de 15 a 18 años

- b) Sexo: considerado como las características físicas y biológicas que diferencian y definen al varón de la mujer, en su sexualidad a lo largo del ciclo vital. Fue valorado como:
 - Masculino: si evidencia características y se identifica como varón
 - Femenino: si evidencia características y se identifica como mujer

- c) Estado Nutricional: es la valoración del volumen corporal expresado en la relación peso y talla del IMC en los adolescentes. Fue medido como:
 - Con Alteración: cuando presenta alguna de las siguientes calificaciones: Bajo Peso, si presenta valores entre 16 a 18,49 (< -2 a -3 DE); Sobrepeso, si los valores están entre $\geq 25,00$ a $29,99$ (> 1 a 2 DE) y Obesidad, si tiene valores entre $\geq 30,00$ a $\geq 40,00$ (> 2 DE).
 - Normal: si el adolescente presenta valores de 18,50 a 24,99 (1 a -2 DE)

- d) Autoestima: es la valoración y respeto que muestra tener hacia su propia persona el sujeto de estudio. Fue evaluado mediante la Escala de Rosenberg, como:
- Autoestima Baja: cuando obtuvo de 10 a 29 puntos.
 - Autoestima Alta: cuando obtuvo de 30 a 40 puntos.
- e) Autoimagen Corporal: es la valoración del aspecto físico del cuerpo o de la figura corporal, que puede expresarse con escasa o excesiva preocupación con la propia imagen. Fue medido mediante el Test breve de autoimagen corporal, como:
- Autoimagen Corporal Insatisfactoria: cuando obtuvo de 10 a 29 puntos.
 - Autoimagen Corporal Satisfactoria: cuando obtuvo de 30 a 40 puntos.

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: Referida a la presencia o ausencia de la sintomatología relacionada con los trastornos alimentarios más frecuentes, sea anorexia nerviosa (AN) y/o bulimia nerviosa (BN) y el grado de riesgo de los mismos, que evidenció el adolescente en estudio al momento de la recolección de datos, mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2. Fue medido como:

- a) Con trastornos de conducta alimentaria: cuando logró de 84 a 120 puntos (\geq a 70%) en las tres subescalas que evalúan actitudes y/o conductas relacionadas con el comer y la satisfacción con la forma del cuerpo: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez.
- b) Sin trastornos de conducta alimentaria: cuando logró menos de 84 puntos (menos del 70%) en las tres subescalas: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez.

3. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Existe asociación estadística significativa, entre los factores de riesgo biopsicológicos: edad, sexo, estado nutricional, autoestima, autoimagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria: sin trastornos de conducta alimentaria, con trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la IE Túpac Amaru, Iquitos - 2015

3.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS:

1. Existe asociación estadística entre edad y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
2. Existe asociación estadística entre sexo y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
3. Existe asociación estadística entre estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
4. Existe asociación estadística entre autoestima y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.
5. Existe relación estadística entre autoimagen y trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes del primer al tercer grado de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Método y diseño de investigación

Método

Se empleó el método cuantitativo, para realizar la medición previa evaluación de las variables y comprobar las hipótesis planteadas.

Diseño

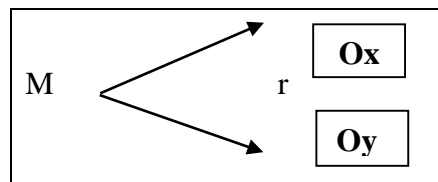
El diseño fue el no experimental, de tipo descriptivo y correlacional.

No Experimental, porque se estudiaron las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que varíen su comportamiento.

Descriptivo, porque permitió describir y analizar cada una de las variables estudiadas.

Correlacional, porque permitió establecer la asociación entre las variables independientes (Factores de riesgo biopsicológicos) y las variables dependientes (Trastornos de conducta alimentaria).

Diagrama del diseño



Especificaciones

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

2. Población y Muestra

Población

Estuvo constituida por todos los estudiantes de ambos sexos, de 12 a 18 años, matriculados en el primero al tercer grado de secundaria, el año lectivo 2015, en la institución educativa secundaria Túpac Amaru, en el turno de la mañana, distribuidos en once aulas (1° A, B, C, D; 2° A, B, C, D y 3° A, B, C) cada una con un promedio de 34 estudiantes, que hacen un total de 372 estudiantes.

Muestra

- a) Tamaño de Muestra: se ha determinado utilizando la fórmula estadística para poblaciones finitas, con proporciones y con error absoluto, que se detalla a continuación:

$$n_0 = \frac{Z\alpha^2.p.q}{E^2}$$

Si $n / N > 0,10$ entonces se utiliza el factor de corrección.

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde

n₀: Cantidad teórica de elementos de la muestra.

n_f: Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida.

N: Número total de elementos que conforman la población.

Z: Valor estandarizado en función del grado de confiabilidad de la muestra calculada con un 95% de confiabilidad. El valor estandarizado a asumirse es igual a 1,96 (para dos colas).

E: Error asumido en el cálculo debido a la selección de la muestra

p: Probabilidad de la población que presenta las características del estudio.

q: Probabilidad de la población que no presenta las características del estudio.

n= Muestra; p= 0,50;q= 0,50; E= 0,05%

Aplicando la fórmula

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \times 0,25}{0,0025} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16$$

$$n = 384 / 372 = 1,03 > 0,10$$

Como se conoce el tamaño de la población: $384/372 = 1,03$ y este valor es mayor a 0,10 entonces se aplicó la siguiente formula.

$$n_o = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_f = \frac{384}{1 + \frac{384}{372}} = \frac{384}{1,03} = 189$$

Entonces el tamaño de la muestra fue de **189** adolescentes.

- b) Tipo de Muestro: Se empleó el muestreo Probabilístico Estratificado, para determinar el tamaño de cada estrato muestral, aplicando la formula de Afijación proporcional:

$$n_h = n_x \cdot \frac{N_h}{N} = n W_i$$

NG DK

Los 372 estudiantes estuvieron distribuidos de la siguiente manera :

IE TUPAC A.		Nh	$Wi = Nh / N$	$Nh = nWi$
1 ^{er} . Grado	Sección A	35	0,25	18
	Sección B	35	0,25	18
	Sección C	35	0,25	18
	Sección D	34	0,24	17
	Sub total	139	0,37	71
2do. Grado	Sección A	33	0,25	17
	Sección B	33	0,25	17
	Sección C	35	0,26	17
	Sección D	33	0,25	17
	Sub total	134	0,36	68
3er. Grado	Sección A	32	0,32	16
	Sección B	34	0,34	17
	Sección C	33	0,33	17
	Sub total	99	0,27	50
TOTAL		372	1.00	189

- c) Selección de la Muestra: La selección de la muestra se hizo utilizando los criterios de inclusión y el método de lotería o rifa utilizando como marco muestral el registro de asistencia de los estudiantes por grado y sección luego con ayuda del programa estadístico SPSS versión 22 se seleccionó a los estudiantes aleatoriamente hasta completar el número total de la muestra.

Criterios de Inclusión

- Ser estudiante de la institución educativa Túpac Amaru, matriculado en el primer al tercer grado de secundaria, el año lectivo 2015
- Tener edad entre 12 a 18 años
- De ambos sexos
- Consentimiento informado firmado por el padre/madre de familia o tutores
- Participación voluntaria con la firma del asentimiento informado por parte de los estudiantes autorizados por sus padres o tutores.

3. Técnicas e Instrumentos

Técnica

En el presente estudio se empleó la técnica de la encuesta autoadministrada para obtener información sobre las variables en estudio.

Instrumentos

Los instrumentos son de formato autoaplicables. fueron contestados por los estudiantes del primer al tercer grado de secundaria en sus respectivas aulas, con el permiso correspondiente de la Dirección y los docentes de aula. Los instrumentos son:

1. Registro de Factores de Riesgo Biopsicológicos: es un instrumento estandarizado, adaptado en algunos ítems por las investigadoras, que ha permitido recolectar información sobre la variable independiente. Comprende 4 variables, que son:
 - I: Datos de Identificación, para edad y sexo.
 - II: Estado nutricional, para cuya medición se utilizó la medición del peso y la talla del adolescente, expresados en términos de índice de masa corporal, calificando como: Normal: si tuvo valores de 18,50 a 24,99 (1 a -2DE) y Con Alteración: cuando presentó Bajo Peso, con valores entre 16 a 18,49 (< -2 a -3 DE); Sobrepeso, con valores entre $\geq 25,00$ a 29,99 (> 1 a 2 DE) y Obesidad, con valores entre $\geq 30,00$ a $\geq 40,00$ (> 2 DE). No requiere de validación.
 - III: Autoestima según la escala de Rosenberg, que es un instrumento estandarizado de 10 ítems específico para adolescentes, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de ítems están redactados de manera positiva y la otra mitad de manera negativa, con cuatro alternativas de respuestas de 1 a 4 puntos: MA = Muy de acuerdo, ED = En desacuerdo, DA = De acuerdo y MD = Muy en desacuerdo. Se califica como: Autoestima alta de 29 a 40 puntos y autoestima baja de 10 a 28 puntos. Su validez y confiabilidad fue demostrada en un estudio realizado en España (2008), donde se aplicó a 164 estudiantes de enfermería de la Escuela

Universitaria Gimbernat, obteniendo un coeficiente alfa de Crombach de 0,89.

- IV: Autoimagen Corporal, instrumento elaborado por las investigadoras, comprende 6 ítems, de orientación positiva y negativa, con dos alternativas de respuesta Si y No. El valor de Si = 1 y No = 0. Se califica como autoimagen corporal satisfactoria si logra de 0 a 2 puntos e imagen corporal insatisfactoria si logra de 3 a 6 puntos. Fue sometido a validación.

2. Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-3: es un instrumento estandarizado conformado por 12 escalas y 91 ítems, autoaplicable. Se consideró solamente las tres escalas específicas de trastornos alimentarios, denominadas de riesgo: Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal. Cada ítem tiene seis alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre y siempre (escala tipo Likert), con un rango de puntuación de 0 a 5, según la direccionalidad positiva o negativa del ítem. El puntaje total es de 120 y fue calificada como: Sin Riesgo de Trastornos Alimentarios: cuando el puntaje fue menor de 84 puntos (< del 70%) y Riesgo de Trastornos Alimentarios: cuando el puntaje fue de 84 a 120 puntos (\geq a 70%). Duración: 30 minutos. Fue sometido a validación a pesar de ser un instrumento estandarizado con una validez de 92% comprobada en una muestra de 669 mujeres mexicanas, con un valor adecuado de consistencia interna alfa de Cronbach para la escala completa, en sujetos con y sin trastornos alimentarios, respectivamente.

Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

Para la prueba de validez se recurrió al juicio de expertos o Método Delphi con profesionales que trabajan en el área de salud mental y psiquiatría, obteniendo para la Ficha de registro de factores de riesgo biopsicológicos, en el aspecto de autoimagen corporal una alta validez de 97,14%, es decir una validez aceptable, y para el Inventario de trastornos de conducta alimentaria EDI-3 se obtuvo una alta validez de 97,14%, es decir una validez aceptable.

La prueba de confiabilidad se realizó mediante la prueba piloto o Coeficiente de Cronbach, considerando el 10% (24) de la muestra, en estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru elegidos por sorteo al azar, los mismos que no formaron parte de la muestra de estudio. El resultado obteniendo para la Ficha de Registro de Factores de Riesgo, en el aspecto de autoimagen corporal fue de 81,8% y para el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-3 la confiabilidad fue de 84,1% para la variable Búsqueda de delgadez, 82,2% para la variable Bulimia y 81,6% para Insatisfacción corporal, es decir una alta confiabilidad.

4. Procedimientos de recolección de Datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se ha solicitado la autorización respectiva para realizar la investigación a la Dirección de la institución educativa Túpac Amaru, a través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería.
- Presentación ante el Director de la institución educativa para dar a conocer los objetivos y coordinar las actividades pertinentes (horario, recolección de datos, registro de estudiantes, consentimiento informado, entre otros).
- Recepción del consentimiento informado firmado por los padres.
- Se procedió a la entrega y firma del consentimiento informado a los estudiantes cuyos padres firmaron el consentimiento informado y que voluntariamente desearan participar.
- Aplicación de los instrumentos por parte de las investigadoras, vistiendo el uniforme de salud pública, en el turno de la mañana (7.00 am a 12 m).
- Se solicitó que respondan de forma honesta y veraz, aclarando dudas y dándoles la seguridad de que los datos tendrían un carácter confidencial, que serían anonimizados y utilizados solamente con fines de la investigación.
- La recolección de datos tuvo una duración de tres días calendario 23, 24 y 25 de setiembre, de forma grupal en cada aula, previa instrucción por parte de las investigadoras.

- La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 30 minutos, leyendo y aclarando los ítems primero, y dejando unos segundos para que marquen sus respuestas.

5. Análisis de Datos

En el procesamiento de la información, se utilizó la estadística descriptiva para el análisis univariado, mediante la determinación de frecuencias, porcentajes y medidas de resumen como la media, desviación típica. Así mismo, para el análisis bivariado se utilizó la estadística inferencial para probar la hipótesis de investigación, empleando para ello la prueba estadística no paramétrica de Coeficiente de contingencia (Cc.) para asociar las variables categóricas nominales y aleatorias.

Asimismo, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22,0 en español para un entorno virtual Windows Vista 2010. El nivel de confianza para la prueba fue del 95% con un nivel de significancia $\alpha = 0,05 < \alpha 0,05$) para indicar la significancia estadística lo cual es un indicador para aceptar o no aceptar la hipótesis planteada en la investigación.

6. Limitaciones

No se ha tenido o encontrado ninguna limitación durante el desarrollo de la investigación.

7. Protección de los Derechos Humanos

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Aprobación de los aspectos éticos de la investigación, por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la UNAP.

- Firma del consentimiento informado por parte de los padres y firma del asentimiento informado por parte de los estudiantes.
- El instrumento fue anonimizado, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- En todo momento se mostró respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras para lograr los fines de la investigación y después de la sustentación y aprobación serán destruidos.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO:

TABLA 1

EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS -2015

EDAD	Nº	%
- Final de la etapa adolescente	38	20,1
- Inicio de la etapa adolescente	151	79,9
TOTAL	189	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo Biopsicológicos

La tabla 1, respecto a la distribución de la edad de los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru del distrito de Iquitos en el año 2015, muestra que: de 189 (100%) de estudiantes, 79,9% (151 estudiantes) se encontraban en el inicio de la etapa adolescente y 20,1% (38 estudiantes) estuvieron en la etapa final de adolescente, concluyendo que el mayor porcentaje de adolescentes se encontraban en el inicio de la etapa adolescente, es decir entre 12 a 14 años.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC AMARU” IQUITOS -2015

SEXO	Nº	%
Masculino	97	51,3
Femenino	92	48,7
Total	189	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo Biopsicológicos

En la tabla 2, referente a la distribución por sexo de los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru del distrito de Iquitos en el año 2015, se comprobó que: de los 189 (100%) estudiantes, 51,3% (97 estudiantes) fueron del sexo masculino y 48,7% (92 estudiantes) del sexo femenino.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES
DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC
AMARU” IQUITOS – 2015

ESTADO NUTRICIONAL	Nº	%
Con alteración	78	41,3
Normal	111	58,7
Total	189	100,0

Fuente: Ficha de registro de factores de riesgo Biopsicológicos

En la tabla 3, en cuanto a la distribución del estado nutricional de los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos en el año 2015, se evidencia que: de 189 (100%) estudiantes a quienes se les evaluó el estado nutricional, 58,7% (111 estudiantes) presentaron estado nutricional normal y 41,3% (78 estudiantes) presentaron estado nutricional con alteración.

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “TÚPAC AMARU”
IQUITOS - 2015

NIVEL DE AUTOESTIMA	Nº	%
Autoestima baja	73	38,6
Autoestima alta	116	61,4
Total	189	100,0

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg

La tabla 4, muestra la distribución de frecuencias del nivel de autoestima de los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos en el año 2015, como resultado de la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg del cual se obtuvo que: de 189 (100,0%) estudiantes, 61,4% (116 estudiantes) obtuvo nivel de autoestima alta y 38,6% (73 estudiantes) nivel de autoestima baja.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE LA AUTOIMAGEN CORPORAL DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA, DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS - 2015

AUTOIMAGEN CORPORAL	Nº	%
Autoimagen corporal Insatisfactoria	99	52,4
Autoimagen corporal Satisfactoria	90	47,6
Total	189	100,0

Fuente: Escala de autoimagen corporal

La tabla 5, en cuanto a la distribución de frecuencias de la autoimagen corporal de los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos, en el año 2015, después de haberseles aplicado la escala de autoimagen corporal, muestra como resultado que: de 189 (100,0%) estudiantes, 52,4% (99 estudiantes) obtuvo nivel de autoimagen corporal insatisfactoria y 47,6% (90 estudiantes) mostraron nivel de autoimagen corporal satisfactoria.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS - 2015

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	Nº	%
Con trastornos de conducta alimentaria	33	17,5
Sin trastornos de conducta alimentaria	156	82,5
Total	189	100,0

Fuente: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

La tabla 6, sobre la variable dependiente trastornos de conducta alimentaria, en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos, en el año 2015, al ser analizado mediante el inventario Eating Disorder Inventory – EDI-3, dio como resultado que: de 189 (100,0%) estudiantes, 82,5% (156 estudiantes) se presentaron sin trastornos de conducta alimentaria y 17,5% (33 estudiantes) se presentaron con trastornos de conducta alimentaria.

1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 7
ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU,
IQUITOS – 2015

Edad	Trastornos de conducta alimentaria					
	Con trastornos		Sin trastornos		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Inicio de etapa adolescente	31	93,9	120	76,9	151	79,9
Final de etapa adolescente	2	6,1	36	23,1	38	20,1
TOTAL	33	100,0	156	100,0	189	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras

$Cc = 0,159$ $p = 0,027 < \alpha 0,05$

En la tabla 7, al asociar edad y trastornos de conducta alimentaria, en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos - 2015, se observa que: del 100% (156) de estudiantes sin trastornos de conducta alimentaria, 76,9% se encontraban en edad de inicio de la etapa adolescente y 23,1% en la edad final de la etapa adolescente; asimismo del 100% (33) de estudiantes que calificaron con trastornos de la conducta alimentaria, 93,9% se encontraban en el inicio de la etapa adolescente y 6,1% (2 estudiantes) en edad final de la etapa adolescente.

Para determinar si existe asociación entre edad y trastornos de conducta alimentaria, se aplicó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, con 95% de nivel de confianza y $\alpha 0,05$ de nivel de significación, obteniendo un $Cc = 0,159$ y $p = 0,027 < \alpha 0,05$ que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la primera hipótesis específica “Existe asociación estadísticamente significativa entre edad y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”.

TABLA 8

ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015

Sexo	Trastornos de conducta alimentaria				Total	
	Con trastornos		Sin trastornos		n°	%
	n°	%	n°	%		
Femenino	22	66,7	70	44,9	92	48,7
Masculino	11	33,3	86	55,1	97	51,3
Total	33	100,0	156	100,0	189	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras
 $Cc = 0,163$ $p = 0,023 < \alpha 0,05$

En la tabla 8, al asociar sexo y trastornos de conducta alimentaria, en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos - 2015, se aprecia que: del 100% con trastornos de conducta alimentaria, 66,7% fueron del sexo femenino y 33,3% del sexo masculino; asimismo, del 100% sin trastornos de conducta alimentaria, 55,1% fueron del sexo masculino y 44,9% del sexo femenino.

Para determinar si existe asociación entre sexo y trastornos de conducta alimentaria, se aplicó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, con 95% de nivel de confianza y $\alpha 0,05$ de nivel de significación, obteniendo un $Cc = 0,163$ y $p = 0,023 < \alpha 0,05$, que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la segunda hipótesis específica “Existe asociación estadísticamente significativa entre sexo y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”.

TABLA 9

ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2015

Estado Nutricional	Trastornos de conducta alimentaria				Total	
	Con trastornos		Sin trastornos		n°	%
	n°	%	n°	%		
Con alteración	21	63,6	57	36,5	78	41,3
Normal	12	36,4	99	63,5	11	58,7
Total	33	100,0	156	100,0	189	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Cc = 0,205 p = 0,004 < α 0,05

En la tabla 9, al asociar estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos - 2015, se aprecia que: del 100% de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 63,6% fueron evaluados con alteración en su estado nutricional y 36,4% con estado nutricional normal; asimismo, del 100% de estudiantes sin trastornos de conducta alimentaria, 63,5% fueron evaluados con estado nutricional normal y 36,5% con alteración en su estado nutricional. La mayoría tuvo bajo peso y estuvo orientado hacia la anorexia nerviosa.

Para determinar si existe asociación entre estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria, se aplicó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, con 95% de nivel de confianza y α 0,05 de nivel de significación, obteniendo un **Cc = 0,205** y **p = 0,004 < α 0,05**, que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la tercera hipótesis específica “Existe asociación estadísticamente significativa entre estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”.

TABLA 10
 ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y TRASTORNOS DE CONDUCTA
 ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE
 LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU,
 IQUITOS – 2015

Autoestima	Trastornos de conducta alimentaria				Total	
	Con trastornos		Sin trastornos		n°	%
	n°	%	n°	%		
Autoestima baja	7	21,2	66	42,3	73	38,6
Autoestima alta	26	78,8	90	57,7	116	61,4
Total	33	100,0	156	100,0	189	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Cc = 0,162 p = 0,024 < α 0,05

En la tabla 10, al asociar autoestima y trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos - 2015, se aprecia que: del 100% de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 78,8% fueron evaluados con autoestima alta y 21,2% con autoestima baja; asimismo, del 100% sin trastornos de conducta alimentaria, 57,7% fueron evaluados con autoestima alta y 42,3% con autoestima baja. Como se observa la mayoría de estudiantes mostraron autoestima alta, siendo más significativo en los que presentan el trastorno, indicando que la autoestima no es decisivo en la alteración o no de la conducta alimentaria y ameritaría nuevos estudios al respecto.

Para determinar si existe asociación entre autoestima y trastornos de conducta alimentaria, se aplicó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, con 95% de nivel de confianza y α 0,05 de nivel de significación, obteniendo un **Cc = 0,162** y **p = 0,024 < α 0,05**, que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la cuarta hipótesis específica “Existe asociación estadísticamente significativa entre autoestima y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”.

TABLA 11
ASOCIACIÓN ENTRE AUTOIMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU,
IQUITOS – 2015

Autoimagen	Trastornos de conducta alimentaria				Total	
	Con trastornos		Sin trastornos		n°	%
	n°	%	n°	%		
- Autoimagen corporal insatisfactoria	27	81,8	72	46,2	99	61,4
- Autoimagen corporal satisfactoria	6	18,2	84	53,8	90	38,6
Total	33	100,0	156	100,0	189	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Cc = 0,262 p = 0,000 < α 0,05

En la tabla 11, al asociar autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, del distrito de Iquitos - 2015, se aprecia que: del 100% de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 81,8% fueron evaluados con autoimagen corporal insatisfactoria y de 18,2% con autoimagen corporal satisfactoria; por otro lado, del 100% sin trastornos de conducta alimentaria, 53,8% fueron evaluados como autoimagen corporal satisfactoria y 46,2% con autoimagen corporal insatisfactoria.

Para determinar si existe asociación entre autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaria, se aplicó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, con 95% de nivel de confianza y α 0,05 de nivel de significación, obteniendo un **Cc = 0,262** y **p = 0,000 < α 0,05**, que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la quinta hipótesis específica “Existe asociación estadísticamente significativa entre autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”.

2. DISCUSIÓN

Al asociar los factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, en la población estudiada, se encontró significancia estadística, entre:

Edad y trastornos de conducta alimentaria (TCA) ($p = 0,027$; $< \alpha 0,05$), pues del 100% (156) de estudiantes sin trastornos de conducta alimentaria, 76,9% tenían edad de inicio de la etapa adolescente y del 100% (33) de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 93,9% se encontraban también en edad de inicio de la etapa adolescente. Este resultado no concuerda con ninguno de los antecedentes encontrados, así tenemos que Piñeros S, Molano J, López C. (Colombia, 2010), en su estudio sobre factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria, encontró 44,8% diagnósticos de TCA en edades de 15 a 17 años (final de etapa adolescente en nuestro estudio); tampoco con lo encontrado por Castaño JJ, Giraldo DL, Guevara J, Losada DL, Meza LM, Narváez DM, et. al. (Colombia, 2011), en su estudio sobre riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en estudiantes de secundaria, donde 24,7% presentó riesgo positivo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria en una edad promedio de 14,26 años (inicio de etapa adolescente; ni con lo encontrado por Peña FS, Romero IJ, Yumbato JR. (Perú, 2009), en su investigación sobre factores familiares y trastornos de conducta alimentaria, donde 88,05% se presentó sin tendencia y 11,95% con tendencia a sufrir trastornos de conducta alimentaria en edad entre 15 a 19 años; en consecuencia se consideran como un nuevo aporte científico. Respecto a los resultados, indicamos que a pesar de que la mayor proporción de adolescentes se presentan sin trastornos de conducta alimentaria, casi la totalidad de los que resultan positivos al problema se encuentran en edad de inicio de la etapa adolescente lo cual los vuelve más vulnerables toda vez que es la etapa de mayores dificultades puesto que el adolescente debe satisfacer las tareas de aceptar su imagen corporal y lograr el establecimiento de su identidad, que si no cuenta con el soporte emocional y familiar necesarios, éstos se convierten en crisis emocionales que pueden desequilibrar el funcionamiento biopsicosocial sin el afrontamiento eficaz. Esta es una brecha importante a cubrir por el profesional de enfermería con conocimientos básicos de salud mental. Por otro lado, se confirma lo

que refiere la literatura de que por lo general los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) se inician en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años.

Sexo y trastornos de conducta alimentaria ($p = 0,023$; $< \alpha 0,05$), pues del 100% (33) con trastornos de conducta alimentaria, 66,7% fueron del sexo femenino y del 100% (156) sin trastornos de conducta alimentaria, 55,1% fueron del sexo masculino. No se encontró antecedentes que tengan similitud con nuestros resultados, así Piñeros S, Molano J, López C. (Colombia, 2010), en su estudio sobre factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes entre 12 y 20 años, encontraron 40,4% del sexo masculino y 59,6% del sexo femenino, de ellos 87% presentó probable TCA o diagnóstico de TCA y 13% sin TCA; en consecuencia se consideran como un nuevo aporte científico. Respecto a los resultados obtenidos, indicamos que en el sexo femenino siempre ha existido una alta probabilidad de desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria aunque los resultados no son tan altos como la relación 9-10:1 que indican los estudios epidemiológicos que indican que el 90% de personas afectadas por algún tipo de TCA son mujeres y que únicamente del 3 al 10% son varones, cifras que en el caso de las mujeres son muy altas respecto a nuestro estudio y en el caso de los varones muy baja puesto que encontramos un significativo 33,3% de adolescentes del sexo masculino que evidencian trastornos de la conducta alimentaria. En general estos trastornos se han visto influenciados por patrones culturales respecto a la moda, la belleza, que impulsan hacia un modelo de belleza femenina de alta delgadez, sin dejar de considerar la influencia actual también de estos patrones en los adolescentes del sexo masculino lo que explica su incremento. Esta situación implica un mayor reforzamiento educativo en los adolescentes y sus familias por parte del profesional de enfermería hacia la aceptación del ser humano tal como es enfatizando en la importancia del funcionamiento del cuerpo más que una perfección física.

Estado nutricional y trastornos de conducta alimentaria ($p = 0,004 < \alpha 0,05$), pues del 100% (33) de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 63,6% fueron evaluados con alteración en su estado nutricional (por déficit o por exceso) y del

100% (156) de estudiantes sin trastornos de conducta alimentaria, 63,5% fueron evaluados con estado nutricional normal. Este resultado no coincide con los antecedentes encontrados, así Valles M. (España, 2013), en su investigación sobre un programa preventivo sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria, encontró 43,1% con estado nutricional normal y 45,54% con estado nutricional con alteración (39,15% con bajo peso, 5,66% con sobrepeso, 0,73% con obesidad); en consecuencia se consideran como un nuevo aporte científico. Respecto a este resultado, se comprueba la relación significativa entre la presencia de trastornos de conducta alimentaria y un estado nutricional con alteración contrario a lo que sucede con aquellos adolescentes que se presentan sin trastornos de conducta alimentaria cuyo estado nutricional es en mayor proporción normal, confirmando que estos trastornos siguen siendo un grave problema para los adolescentes, muy relacionada a malos hábitos alimentarios, la publicidad de los medios de comunicación donde se resalta a la belleza como sinónimo de delgadez y otros factores relacionados con la dinámica familiar que ha sufrido un trastoque debido a las exigencias propias de la vida donde ambos padres se ven obligados a trabajar dejando la responsabilidad de la alimentación a los propios hijos pequeños en el hogar. Estas situaciones merecen ser investigadas para reorientar la intervención efectiva del profesional de salud.

Autoestima y trastornos de conducta alimentaria ($p = 0,024$; $< \alpha 0,05$), pues del 100% (33) de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 78,8% fueron evaluados con autoestima alta y del 100% (156) sin trastornos de conducta alimentaria, 57,7% fueron evaluados con autoestima alta. Este resultado no coincide con los antecedentes encontrados, tal como el de Infantes MH. (Perú, 2014), en su investigación sobre propiedades psicométricas del inventario de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes escolarizados, con edades entre 12 y 18 años, encontró una media de 4,14 para la baja autoestima, con diferencias significativas; en consecuencia se consideran como un nuevo aporte científico. Al respecto, no encontramos la coherencia esperada de que la autoestima alta siempre evidencia una conducta adecuada o positiva en la persona, sin embargo aquí observamos que los adolescentes que tienen o no un trastorno de conducta alimentaria, muestra una

autoestima alta, lo cual implica entonces la necesidad de realizar investigaciones o la observación minuciosa de otras variables que podrían estar induciendo al adolescente hacia los trastornos de conducta alimentaria que no necesariamente estaría relacionada con la forma en que se autovalora como persona. Sin embargo, es importante notar que entre el grupo sin trastornos, más del 50% tiene relación estadística entre autoestima alta y ausencia de trastornos que sustentan los hallazgos.

Autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaria ($p=0,000$; $< \alpha 0,05$), pues del 100% (33) de estudiantes con trastornos de conducta alimentaria, 81,8% fueron evaluados con autoimagen corporal insatisfactoria y del 100% (156) sin trastornos de conducta alimentaria, 53,8% fueron evaluados como autoimagen corporal satisfactoria. Este resultado no coincide con los antecedentes encontrados, así Behar R. (Chile, 2010), en su investigación sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes, encontró perfil predominante de trastornos de conducta alimentaria, con una alta motivación por la delgadez, perfeccionismo e insatisfacción corporal, con 5% y 41% con tendencia a desarrollar TCA ($p < 0,001$); en consecuencia se consideran como un nuevo aporte científico. Al respecto, creemos que este resultado está directamente relacionado con la autoimagen corporal insatisfactoria en general debido a un inadecuado afrontamiento de los cambios corporales propios de ésta etapa, que devalúan la percepción de su apariencia, imaginan que la gente se fija y se interesa por su apariencia, y que debido a ella no son queridos o apreciados como quisieran; por ello un problema preponderante para la salud mental es la relación alterada entre la imagen corporal, el peso y las presiones culturales, debido a que los estándares de belleza han cambiado y se han hecho más exigentes en todas las edades con el incremento de intervenciones quirúrgicas para mejorar la imagen corporal. Este resultado debe motivar al profesional de enfermería a trabajar con los adolescentes hacia una revaloración o un cambio en la concepción y percepción del cuerpo, sobre todo en las mujeres, porque la insatisfacción con el cuerpo puede deberse a la búsqueda de ganancias socialmente deseables, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir aceptación social, logros afectivos, académicos, laborales y sociales.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se han llegado después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Los factores de riesgo biopsicológicos identificados, son: 79,9% con edad correspondiente al inicio de la etapa adolescente, 51,3% corresponden al sexo masculino, 58,7% presentan estado nutricional normal, 61,4% tienen autoestima alta y 52,4% presentan autoimagen corporal Insatisfactoria.
2. El 82,5%, no presenta trastornos de conducta alimentaria.
3. Al asociar los factores de riesgo biopsicológicos y trastornos de conducta alimentaria, se obtuvo que existe relación estadística significativa entre todas las variables, así: entre edad y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,027$; $< \alpha 0,05$), sexo y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,023$; $< \alpha 0,05$), estado nutricional y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,004$; $< \alpha 0,05$), autoestima y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,024$; $< \alpha 0,05$), autoimagen corporal y trastornos de conducta alimentaría ($p=0,000$; $< \alpha 0,05$).

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se plantean las siguientes recomendaciones.

1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Seguir considerando en la formación profesional de los estudiantes, la integralidad del ser humano, donde la salud mental debe estar presente en todas las intervenciones que se realicen en las prácticas, como un eje integrador en todas las asignaturas profesionales.
- Seguir evaluando a los factores asociados a los trastornos alimentarios en adolescentes, así como también con otras variables como violencia, depresión, personalidad, bullying, con el fin de explicar los conocimientos sobre el tema.

2. A LA INSTITUCION EDUCATIVA TUPAC AMARU

Tomar en cuenta los resultados obtenidos en los factores biopsicológicos estudiados, para favorecer a sus estudiantes con servicios de salud complementarios, para fortalecer el área emocional y la percepción saludable de su imagen corporal, incluyendo además cursos relacionados para sus docentes quienes son los que directamente tratan con los estudiantes en consecuencia son los que directamente pueden reforzar la autovaloración del estudiante como ser humano o pueden constituirse como propiciantes de factores de riesgo según el tipo de mensaje que emitan durante la formación académica.

3. A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Reconocerse como seres humanos valiosos, únicos e importantes, sin importar las cualidades o defectos que puedan tener, no dejarse avasallar por las dificultades, esforzándose cada día con un deseo de superación hacia la consecución de sus metas.

Recomendar realizar estudios de caso – control porque ya existen datos específicos respecto a edad y sexo por ejemplo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Esrubilsky V, Pasqualini D, Zac M. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes. Trastornos de la conducta alimentaria. Capítulo 25. ISBN 978-950-710-123-6. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2010. [Revisado 20/04/2015]
2. Saucedo TJ, Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses. Rev. Salud Mental. 33(1). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. 2010. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?> [Revisado 18/4/15]
3. Angulo MA, Castañeda DP, Gutiérrez DS, Romero JE. Intervencion en trastornos de la conducta alimentaria en niños. Tesis de grado en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogota D.C. 2013. [Revisado: 19/04/15]
4. MINSA. Encuesta Global de Salud Escolar. Dirección General de Promoción de la Salud. Biblioteca Nacional. Lima, Perú. 2010. [En español: revisado 18/04/15]
5. Romero IE. Salud del adolescente. Problemas más frecuentes. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú. 2011. Disponible en: <http://es.slideshare.net/ilianaromero/salud-adolescente-problemas-ms-frecuentes>. [Revisado: 19/04/2015]
6. Valles M. La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de conducta alimentaria. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla La Mancha. España. 2013. [Revisado: 20/04/2015]
7. Zambrano R, Colina J, Valero Y, Herrera H, Valero J. evaluación de hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de Caracas, V. 26(2). Venezuela. 2013. Disponible en: <http://anales.fundacionbengoa.org/ediciones/2013/2/?i=art4>
8. Madrid Y. Anorexia en adolescentes. Universidad de Montemorelos. Escuela de Psicología. Rev. Neuropsiquiatría v.64. n° 2. México. 2011. [Revisado: 23/04/15]
9. Castaño JJ, Giraldo DL, Guevara J, Losada DL, Meza LM, Narvárez DM, et. al. Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en estudiantes de secundaria. Rev. Colomb Obstet Ginecol. vol. 63(1). Colombia, 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342012000100004&script=sci_arttext [Revisado 28/04/15]

10. Narváez R, Ordoñez MF, Ochoa, Peña G, Cardozo R, Meertens L. Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer Año de Medicina. Venezuela. 2011. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?va11019> [En español: revisado 21/04/15]
11. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. Rev. Chil. Nutr. vol.38(2). Universidad Católica del Norte. Chile. 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200003&script=sci_art
12. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria y grupos de riesgo. Chile. 2010. [Revisado: 23/04/15]
13. Ortega MA. Relación entre insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y composición corporal en alumnos de primero de secundaria, de Jaén. Tesis doctoral. Universidad de Granada. España. 2010. [Revisado: 25/04/15]
14. Piñeros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca. Rev. Colomb. Psiquiatría. Vol. 32. N° 2. Colombia. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a07> [Español: revisado 20/04/15]
15. Infantes MH. Propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados. Rev. Jang. V 1(1). Universidad Cesar Vallejo. Trujillo, Perú. 2014. Disponible en: <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/JANG/article/view/485> [En español: revisado 30/04/15]
16. Lostaunau GC. Índice de masa corporal, consumo de alimentos y actividad física en relación con el estrés en adolescentes de una institución educativa privada, Villa María del Triunfo. Perú. 2014. [En español: revisado 20/04/15]
17. Peña FS, Romero IJ, Yumbato JR. Relación de factores familiares con el trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes, Iquitos – 2009. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Perú. 2009. [Revisado: 22/04/2015]
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Factores de riesgo. Oficina Regional. Washington, Estados Unidos. 2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

19. MINSA. Plan Estratégico. Dirección Regional de Salud la Libertad 2007-2011. Disponible en: http://www.diresalalibertad.gob.pe/doc_web/PlanEstrategico.pdf [Revisado: 21/04/2015]
20. MINSA. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Ficha familiar – HCOP – Ficha de autodiagnóstico familiar. RM 464 - 2011/MINSA. Iquitos, Perú. 2014. [Revisado: 26/04/2015]
21. Cortez R. Factores demográficos. 2010. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajo30/entorno-mercado-tecnia/entorno-mercadotecnia.shtml> [Revisado: 20/04/2015]
22. Ema M. Comportamiento de la sexualidad humana. Colombia. 2010. Disponible en: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS1/index1.htm.S35-05%2005/.PDF>. [Revisado: 20/04/2015]
23. Segovia MJ, Moreno JM. El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. *Acta Pediatr Esp.* 68(8). España. 2010.
24. Bravo M. Nutrición en adolescentes. Universidad Nacional de Rosario. Consejo de Investigaciones. Facultad de ciencias médicas. Argentina. 2013. Disponible en: <http://www.unr.edu.ar/noticia/6635/nutricion-en-adolescentes>
25. Valdés W, Leyva G, Espinosa TM, Palma CF. (Cuba, 2011). Estado nutricional en adolescentes, exceso de peso corporal y factores asociados. *Rev Cubana Endocrinol.* vol. 22(3). La Habana, Cuba. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532011000300005&script=sci_artte
26. MINSA. Examen del estado de desarrollo del adolescente. Evaluación nutricional. Dirección Regional de Salud Loreto. Historia Clínica del adolescente. Iquitos, Perú. 2014. [Revisado: 20/04/2015]
27. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Comité de Expertos. Serie de informes técnicos, 854. Ginebra, Suiza. 2009. [Revisado: 20/04/2015]
28. Rojas S. Factores individuales, eventos vitales y variabilidad genética en la génesis de la obesidad: una aproximación al abordaje integral. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab. Oct.*; 11(3). Venezuela. 2013. [Revisado: 20/04/2015]
29. García V. Autoestima. [Serie en Internet]. [Alrededor de 2 páginas]. 2010. Disponible en: www.exitoya.com. [revisado 25/04/2015]

30. Alba C. Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Psicología clínica y de salud. España. 2011.
31. Bell L, Rushforth J. Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios. Editorial Psicología Alianza, Madrid, España. 2010. [Revisado: 19/04/2015]
32. Maganto C. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad del país Vasco. 2011. España. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436 [En español: revisado 21/04/15]
33. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev. Med. Clin. Condes, 22 (vol. 1), 85-97. Bolivia. 2011. [Revisado: 20/04/2015]
34. Behar R. Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. Rev. chil. neuropsiquiatr. v.48(2). Universidd de Valparaiso. Chile. 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-2272010000300006&script=sci_arttext. [En español: revisado 20/04/15]
35. Organización Mundial de la Salud. Anorexia y Bulimia. Ginebra. 2010. Disponible en: <http://www.angelfire.com/ar/icikson/bulimia.html> [Revisado: 26/04/2015]
36. Appolinário J, Fontenelle L. Comorbilidad entre trastorno dismórfico corporal y bulimia nerviosa. Brasil. 2012. Disponible en: www.academia.edu/4267057 [Revisado: 23/04/2015]
37. Rutzstein G, Leonardelli E, Scappatura ML, Murawski B, Elizathe L, Maglio NL. Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2 en mujeres adolescentes de Argentina. Rev. Mex. trastornos alimentarios. V.4 (1). Universidad Nacional Autónoma de México. 2013. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152313719876>
38. Soria I. Teorías sobre trastornos de la conducta alimentaria. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. v. 1. n° 1. España. 2011. Disponible en: <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/trastornos%20de%20la%20conduca%20alimentaria.pdf>

ANEXOS

Factores de riesgo biopsicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / /

HORA:

Propósito:

Respetado señor padre de familia, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por: Dácil Leonor Angulo Ríos, Amanda Raquel Montoya Dámaso, Greace Loretta Navarro Tamani, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada “Factores de riesgo biopsicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015”, con el objetivo de obtener información sobre algunos factores de riesgo que pueden estar asociados a los trastornos de la conducta alimentaria; ésta investigación nos servirá para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para que su menor hijo(a) participe en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por las investigadoras con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que la participación es voluntaria y si después de haber aceptado participar desea retirarse en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 40 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta que su hijo(a) participe en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Bachiller en Enfermería Greace Loretta NAVARRO TAMANI, al teléfono N° 947553748 o a su domicilio. Si está de acuerdo, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

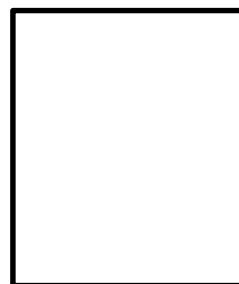
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y autorizo a mi menor hijo(a) a participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2015

.....

Firma del participante



Huella digital

¡Muchas Gracias por su valiosa colaboración!

Factores de riesgo biopsicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015

ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO

Propósito:

Muy buenos días joven/señorita estudiante, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por: Dácil Leonor Angulo Ríos, Amanda Raquel Montoya Dámaso, Greace Loretta Navarro Tamani, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada “Factores de riesgo biopsicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la IEPS Túpac Amaru, Iquitos – 2015”, con el objetivo de obtener información sobre algunos factores de riesgo que pueden estar asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por las investigadoras con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que la participación es voluntaria y si después de haber aceptado participar desea retirarse en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 40 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Bachiller en Enfermería Greace Loretta NAVARRO TAMANI, al

teléfono N° 947553748 o a su domicilio. Si está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

FIRMA DEL ASENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del asentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2015

Firma



Huella digital

¡Muchas Gracias por su valiosa colaboración!

A continuación procederemos
a aplicar los instrumentos.

ANEXO N° 3

FICHA DE REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS

Instrucciones

Lea cuidadosamente y responda con sinceridad a cada una de los datos o ítems que se le presenta, marcando solo una respuesta, la que mejor se adapte a su manera de pensar, sentir y actuar, según las indicaciones que se le dará oportunamente. De ser necesario se le repetirá la lectura y explicación. Duración: 10 minutos. Muchas Gracias.

Fecha :/...../.....

CÓDIGO:

.....

FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION	CODIFICAC.
1. EDAD	Final de etapa adolescente (15-18 a.)	1
	Inicio de etapa adolescente (12-14 a.)	2
2. SEXO	Masculino	1
	Femenino	2

3. ESTADO NUTRICIONAL IMC (Kg/m ²)	Normal	18,50 a 24,99 / (1 a -2 DE)
	Con Alteración	Bajo Peso < 16,00 a 18,49 / (< -2 a -3 DE)
		Sobrepeso ≥ 25,00 a 29,99 / (> 1 a 2 DE)
		Obeso ≥ 30,00 a ≥ 40,00 (> 2 DE)

4. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (MA= muy de acuerdo, DA=de acuerdo, ED=en desacuerdo, MD=muy en desacuerdo)	VALORACION			
	MA	DA	ED	MD
1. En general estoy satisfecho conmigo mismo	4	3	2	1
2. A veces pienso que no soy bueno en nada	1	2	3	4
3. Estoy segura(o) de que tengo algunas buenas cualidades	4	3	2	1
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	4	3	2	1
5. Siento que no tengo muchas cosas de que estar orgulloso	1	2	3	4

6. A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7. Tengo la sensación de que soy una persona muy valiosa, al igual que la mayoría de la gente.	4	3	2	1
8. Ojala me respetara a mí mismo.	1	2	3	4
9. En definitiva tiendo a pensar que soy un fracasado.	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	4	3	2	1
Total:				

5. AUTOIMAGEN CORPORAL (MA = muy de acuerdo, DA = de acuerdo, ED = en desacuerdo, MD= muy en desacuerdo)	MA	DA	ED	MD
1. Me siento satisfecha al examinar el aspecto físico que tengo	4	3	2	1
2. Pienso que mis nalgas, caderas, cintura o muslos son demasiado grandes en relación al resto de mi cuerpo.	1	2	3	4
3. Utilizo ropas que resalten mi figura corporal (escotes, minifalda) como cualquier chica(o) de mi edad.	4	3	2	1
4. Me siento tan mal con mi aspecto físico o figura corporal que aveces no me queda más que gritar o llorar.	1	2	3	4
5. Sé que mi cuerpo no es perfecto, pero todo me funciona bien, por eso lo acepto tal como es.	4	3	2	1
6. Evito situaciones donde mi cuerpo sea observado por otras personas (piscina, playa, gimnasio) porque me da vergüenza.	1	2	3	4
7. Asisto a fiestas y reuniones sociales, sin sentirme mal con respecto a mi imagen o figura corporal.	4	3	2	1
8. Cuando veo la forma del cuerpo de otros jóvenes de mi mismo sexo, los comparo con el mio de forma desfavorable.	1	2	3	4
9. Ninguna situación o circunstancia me hace sentir acomplexado/a o avergonzado/a por mi cuerpo.	4	3	2	1
10. Ver mi figura o imagen corporal reflejada en un espejo, me hace sentir mal por que no me gusta.	1	2	3	4
Total:				

OBSERVACIONES:

.....
.....

¡Muchas gracias por su amabilidad de contestarnos!

EVALUACIÓN:

1. ESTADO NUTRICIONAL:

- a) Normal: cuando obtenga valores entre 18,50 a 24,99 (1 a -2 DE)
- b) Con Alteración: que comprende tres situaciones, que son:
 - Bajo Peso: cuando obtenga valores entre $< 16,00$ a $18,49$ (< -2 a -3 DE)
 - Sobrepeso: cuando obtenga valores entre $\geq 25,00$ a $29,99$ (> 1 a 2 DE)
 - Obeso: cuando obtenga valores entre $\geq 30,00$ a $\geq 40,00$ (> 2 DE)

2. AUTOESTIMA:

- Total de puntos: 40 que equivale al 100%
- Autoestima Alta: De 30 a 40 puntos logrados
 - Autoestima Baja: De 10 a 29 puntos logrados

3. AUTOIMAGEN CORPORAL:

- Total de puntos: 40 que equivale al 100%
- Satisfacción con la imagen corporal: De 30 a 40 puntos logrados
 - Insatisfacción con la imagen corporal: De 10 a 29 puntos logrados

Factores de riesgo biopsicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, en estudiantes secundarios de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos – 2015

ANEXO N° 4

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EATING DISORDER INVENTORY – EDI-3)

Instrucciones

Lea cada ítem y señale con una X en la columna que más se adecúa al comportamiento o hábito alimentario que considere que corresponde a su persona en el último mes. Marque: N = Nunca, CN = Casi nunca, AV = A veces, AM = A menudo, CS = Casi siempre y S = Siempre. Duración: 20 minutos.

N°	SUBESCALAS	VALORACION					
		N	CN	AV	AM	CS	S
I. BUSQUEDA DE DELGADEZ							
01	Como de todo (dulces, pan, fideos) sin preocuparme	0	1	2	3	4	5
02	Pienso en que debo ponerme a dieta	5	4	3	2	1	0
03	Si como demasiado (en exceso), no me siento culpable	0	1	2	3	4	5
04	Estoy preocupado/a, quisiera ser una persona más delgada	5	4	3	2	1	0
05	Doy la importancia debida a mi peso corporal	0	1	2	3	4	5
06	Me aterroriza la idea de engordar	5	4	3	2	1	0
07	Si engordo un kilo, no me preocupa seguir ganando peso	0	1	2	3	4	5
08	No hago dietas o dejo de comer, para bajar de peso	5	4	3	2	1	0
	Total:						
II. BULIMIA							
		N	CN	AV	AM	CS	S
01	Suelo comer más cuando estoy disgustado/a	0	1	2	3	4	5
02	Suelo controlarme para no llenarme de tanta comida	5	4	3	2	1	0
03	He ido a comilonas y sentía que no podía parar de comer	0	1	2	3	4	5
04	No pienso en darme un atracón (comer gran cantidad)	5	4	3	2	1	0
05	Como moderado delante de otros, pero a solas me doy un atracón.	0	1	2	3	4	5
06	No tengo ideas de intentar vomitar para perder peso	5	4	3	2	1	0

N°	BULIMIA	VALORACION					
		N	CN	AV	AM	CS	S
07	Como o bebo lo que deseo, sin esconderme de los demás	0	1	2	3	4	5
08	Hago cosas para bajar de peso, como: ejercicios físicos, tomar pastillas, laxantes, etc.	5	4	3	2	1	0
	Total:						
	III. INSATISFACCIÓN CORPORAL						
01	Creo que mi barriga/estómago, es demasiado grande	5	4	3	2	1	0
02	Me siento satisfecho/a con la figura que tiene mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
03	Pienso que los muslos de mi pierna, son demasiado gruesos	5	4	3	2	1	0
04	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
05	Creo que mis caderas son demasiado anchas	5	4	3	2	1	0
06	Creo que el tamaño de los muslos de mi pierna, es el adecuado	0	1	2	3	4	5
07	Creo que mis nalgas son demasiado grande	5	4	3	2	1	0
08	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
	Total:						

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su amabilidad de contestarnos!

CALIFICACION:

Puntaje Total: 120 puntos, que equivale al 100%. Se considera riesgo \geq al 75%

1. Sin Riesgo de Trastornos Alimentarios: cuando el puntaje sea menor de 84 puntos (< del 70%) en las tres subescalas: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Obsesión por la Delgadez.
2. Riesgo de Trastornos Alimentarios: cuando el puntaje es de 84 a 120 puntos (\geq a 70%) en las tres subescalas: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Obsesión por la Delgadez

ANEXO N° 5
MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
		Autoestima	Es la valoración y respeto que muestra tener hacia su propia persona el sujeto de estudio. Será evaluado como: - Autoestima alta: Cuando obtiene de 30 a 40 puntos. - Autoestima baja : Cuando obtiene de 10 a 29 puntos.	Nominal	Escala de Valoración de la Autoestima de Rosenberg
		Autoimagen Corporal corporal	Es la valoración del aspecto físico del cuerpo, que puede expresarse con escasa o excesiva preocupación con la propia imagen. Será medido como: - Autoimagen Corporal Satisfactoria: si logra de 30 a 40 puntos. - Autoimagen Corporal Insatisfactoria: si logra de 10 a 29 puntos.	Nominal	Test breve de Autoimagen
VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	Referido a la presencia o ausencia de sintomatología relacionada con los trastornos alimentarios de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), que evidencie el adolescente en estudio, al momento de la recolección de datos. Fue medido como:	Sin Riesgo de Trastornos Alimentarios	Cuando logra un puntaje de 90 a 120 puntos (\geq a 75%) en las tres subescalas que evalúan actitudes y/o conductas relacionadas con el comer y la satisfacción con la forma del cuerpo: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez. Cuando logra un puntaje menor de 90 puntos (menor del 75%) en las tres subescalas: Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez.	Nominal	Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-3.
		Riesgo de Trastornos Alimentarios		Nominal	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE INDEPEN DIENTE FACTORES DE RIESGO BIOPSICOLO GICOS	Definido como las características genéticas y biográficas, de personalidad o actitudinal, inherentes al individuo, que tienen la probabilidad de favorecer un comportamiento que puede predecir dificultades de salud, en el corto o largo plazo, ante un determinado evento vital, que expresen los adolescentes en estudio, al momento de la entrevista. Fue medido con los siguientes indicadores:	Edad	Años cumplidos que refiere tener el estudiante de secundaria al momento del estudio. Fue medido como: Inicio de etapa adolescente: si tiene entre 12 a 14 años Final de etapa adolescente: si tiene entre 15 a 18 años	Nominal	Edad
		Sexo	Características físicas y biológicas que diferencian y definen al varón de la mujer, en su sexualidad a lo largo del ciclo vital. Fue valorado como: Masculino: características que lo identifican como varón Femenino: características que lo identifican como mujer.	Nominal	Sexo : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Estado nutricional	Es la valoración del volumen corporal, expresado en la relación peso y talla del IMC en los adolescentes. Fue medido como: - Normal: cuando obtenga valores entre 18,50 a 24,99 - Con Alteración: si obtiene Bajo Peso (16 a 18,49), Sobrepeso (25,00 a 29,99) y Obesidad ($\geq 30,00$ a $\geq 40,00$)	Ordinal	Peso Talla

