

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Enfermería**

**Escuela Profesional de Enfermería**



**SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE  
SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO  
VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Mamani Cutipa, Morella Mónica**

Para optar el Título Profesional de:

**Licenciada en Enfermería**

Asesora:

**Dra. Díaz de Bellido, Susana**

**AREQUIPA –PERÚ  
2017**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

**S.D.**

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Octubre 2017

---

**Morella Mónica Mamani Cutipa**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:  
**SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMAN. AREQUIPA, 2017**

Autora: Morella Mónica Mamani Cutipa

Fecha : Arequipa, 30 de agosto del 2017

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Borrador de Tesis, se hace llegar las siguientes observaciones:

1. Revisar la segunda interrogante
2. El informe se presenta en pasado
3. Ubicación espacial, temporal, unidades de estudio, estrategia de recolección de datos
4. Corregir criterios de inclusión y exclusión
5. Las conclusiones deben responder a las interrogantes y objetivos del estudio.
6. Especificar fuente de los cuadros de trastornos de la conducta alimentaria
7. Colocar el Planteamiento Operacional en el lado izquierdo
8. Las características de las unidades de estudio no es variable.

Realizadas las correcciones, volver a presentar el Borrador de Tesis.

Atentamente,


  
Dra. Peresa Chocano Rosas  
Presidenta

  
Nutric. Rosario Soto de Zuñiga  
Secretaria

  
Mgter. Marcia Huerta Wilson  
Vocal

Arequipa, 28 de setiembre del 2016

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, luego de haber revisado y analizado el Borrador de Tesis se concluye que, habiendo subsanado las observaciones emitidas, el presente queda apto para pasar a la fase de sustentación.

  
Dra. Peresa Chocano Rosas  
Presidenta

  
Nutric. Rosario Soto de Zuñiga  
Secretaria

  
Mgter. Marcia Huerta Wilson  
Vocal

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ASUNTO:** (Decreto N° 029 –DFENF– 2016 A/T Expediente N° 1654343)

### **INFORME DE ASESORÍA DE TESIS**

**A** : Doctora Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : Doctora Susana Díaz de Bellido  
Asesora de Tesis

**FECHA** : 19 de julio del 2017

---

**ENUNCIADO:** "SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016"

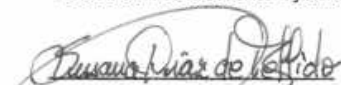
**BACHILLER:** MAMANI CUTIPA, MORELLA MÓNICA

**ANTECEDENTES:** La presente investigación surge por la inquietud de la autora de estudiar los trastornos de la conducta alimentaria en dos etapas diferentes de la vida, cuales son: la pubertad y la adolescencia, es decir, estudiantes del primer y quinto grado de secundaria. Es además impulsada por una mentalidad preventiva, que enfoca en la sintomatología primaria de los trastornos, a fin de identificarlos tempranamente e intervenir oportunamente.

Durante el desarrollo de este estudio se realizaron seis sesiones; en la **primera** se orientó respecto al enunciado y tipo de estudio, factibilidad y unidades de estudio, en la **segunda** se trató sobre el contenido del marco teórico y operacional, en la **tercera** sesión se abordó la parte estadística, en la **cuarta** sesión se comprobó la coherencia interna del estudio, en la **quinta** se revisó el tema formal y en la **sexta** se revisó introducción, paginación, dedicatorias, y orientación sobre la presentación de diapositivas, así como una revisión total del estudio.

**APRECIACIÓN PERSONAL:** Durante el estudio se observó una actitud proactiva al aprendizaje, perseverancia y entusiasmo de parte de la señorita Bachiller. Así mismo el estudio, tendrá un gran beneficio para ella misma, pues les permitirá profundizar sobre el tema de trastornos de la conducta alimentaria y la importancia de una buena educación y orientación al respecto, considerando la especial edad de la adolescencia como una variable muy importante..

Es todo cuanto la suscrita informa a usted.

  
Doctora Susana Díaz de Bellido  
Código 0658



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez.

Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M

De : Jurado Dictaminador del Proyecto de Tesis.

Asunto : Dictamen del Proyecto de Tesis:  
"SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO  
JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMAN, AREQUIPA 2016".

Autora : Morella Mónica Mamani Cutipa.

Fecha : Arequipa, 12 de Diciembre del 2016.

---


Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



---

Dra. Teresa Chocano Rosas  
Jurado Dictaminador



---

Nut. Rosario Soto de Zuniga  
Jurado Dictaminador



***UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL***

***A la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, por contribuir al desarrollo de la presente Investigación.***

***A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María por la excelente formación recibida e infundir en mí una nueva visión profesional.***



*Agradezco infinitamente*

*A mi Dios padre, por ser mi fortaleza y luz en este largo camino,  
y por haber infundido en mí la bendita vocación de Enfermería.*

*A mis amados padres JOSÉ y  
GIOVANNA por ser mi guía y  
ejemplo, por su amor y apoyo  
incondicional en mis momentos  
de debilidad, y los constantes  
sacrificios que hacen por mí día a  
día, para poder lograr mis metas,  
ustedes son el motor que me  
impulsa a ser una profesional de  
excelencia.*

*A mis queridas docentes por los valiosos  
conocimientos impartidos en bien del  
prójimo y por su excelente calidad como  
personas y profesionales.*

*A mis amados hermanos  
LIZBETH, JOSÉ JESÚS, ZOE  
SOFÍA por ser mi primer  
pensamiento, porque siempre  
buscaré ser la mejor en todo por  
ustedes y para ustedes, los amo  
mucho.*

## ÍNDICE

INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	12
ABSTRAC	13
INTRODUCCIÓN	14

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	15
1.1. Enunciado del Problema	15
1.2. Descripción del Problema	15
1.2.1. Campo, Área y Línea	15
1.2.2. Nivel del Problema	15
1.2.3. Tipo de Investigación	15
1.2.4. Análisis de Variable	15
1.2.5. Operacionalización de Variables	16
1.2.6. Interrogantes Básicas	17
1.3. Justificación del Problema	17
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO	19
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	85
5. HIPÓTESIS	86

### CAPITULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	87
1.1. Técnica	87
1.2. Instrumento	87

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	92
2.1. Ubicación Espacial	92
2.2. Ubicación Temporal	92
2.3. Unidades de Estudio	92
2.4. Criterios de Inclusión	93
2.5. Criterios de Exclusión	93
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	93
3.1. Organización	93
3.2. Recursos	94
3.3. Manejo de Resultados	94
4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	95

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE DATOS	96
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS	120

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N°1:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	97
TABLA N°2:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	98
TABLA N° 3:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PADRES EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	99
TABLA N°4:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO EN LOS PADRES DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	100
TABLA N°5:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	101
TABLA N°6:	ESTUDIANTES DE 1° AÑO DE SECUNDARIA Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016. ....	102
TABLA N°7:	ESTUDIANTES DE 5° AÑO DE SECUNDARIA Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016. ....	103
TABLA N° 8:	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.....	104

TABLA N° 9:	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA EDAD EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA LA POBLACIÓN DE ESTUDIO EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016. ....	105
TABLA N° 10:	TABLA GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016. ....	106
TABLA N° 11:	FRECUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA POR SUB-ESCALAS EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016. ....	107



## RESUMEN

**SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016.**

**SYMPTOMS OF DISORDERS OF FOOD BEHAVIOR IN STUDENTS OF THE 1ST AND 5TH YEARS OF SECONDARY EDUCATION CENTER JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA.**

**OBJETIVOS:** Precisar sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primero y quinto grado de secundaria del colegio Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.

Determinar las manifestaciones de los trastornos en la conducta alimentaria que predominan en los estudiantes del primero y quinto año de secundaria del colegio Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.

**HIPÓTESIS:** Dado que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una voluntad excesiva de alcanzar la delgadez y la perfección acarreando consecuencias negativas como la depresión y ansiedad alterando el funcionamiento biopsicosocial del adolescente.

Es probable que en la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán exista sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

**METODOLOGÍA:** Se utilizó el método de corte transversal, como técnica la Encuesta y como instrumento el formulario de preguntas con respuestas alternativas. Se trabajó con 310 estudiantes a partir de los 12 años a más, los cuadros fueron vaciados en 11 tablas estadísticas.

**CONCLUSIONES: PRIMERA.-** Los resultados muestran que la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, existe y la frecuencia de esta es menos de  $\frac{1}{4}$  de la población. **SEGUNDA.-** La sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria de mayor prevalencia identificada en los estudiantes de 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, por sub-escalas es la impulsividad. **TERCERA.-** Que más de las  $\frac{3}{4}$  de la población de estudio con sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria, es de sexo femenino su convivencia familiar es con ambos padres casados y con un ingreso mensual más del mínimo vital, casi la mitad de los estudiantes oscila entre los 15 a 17 años.

**RECOMENDACIONES: PRIMERA:** Al Director de la Institución Educativa, se realicen las coordinaciones correspondientes con el personal multidisciplinario de salud para realizar pruebas de tamizaje que complementen al diagnóstico definitivo e identificar a los adolescentes que se encuentren en condición de riesgo. **SEGUNDA:** Al Director de la Institución Educativa establecer alianzas con las Instituciones de Salud para el incentivo de programas de salud Mental y así disminuir los niveles de morbilidad adolescente infantil relacionados a trastornos nutricionales.

**PALABRAS CLAVE:** Sintomatología, Trastornos de Conducta Alimentaria, Pubertad, Adolescencia.

MORELLA MÓNICA MAMANI CUTIPA, calle San José N° 303, Jacobo Hunter .Teléf. 979002280. Correo: morellamonica@hotmail.com

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

## ABSTRACT

### **SYMPTOMS OF DISORDERS OF FOOD BEHAVIOR IN STUDENTS OF THE 1ST AND 5TH YEARS OF SECONDARY EDUCATION CENTER JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016.**

**OBJECTIVES:** Specify symptoms of eating disorders in first and second grade students at Juan Pablo Vizcardo y Guzmán High School.

To determine the manifestations of the eating disorders that predominate in the students of the first and second year of secondary school Juan Pablo Vizcardo and Guzman.

**HYPOTHESIS:** Since eating disorders are characterized by an excessive willingness to achieve thinness and perfection leading to negative consequences such as depression and anxiety altering the biopsychosocial functioning of the adolescent.

It is probable that in the Educational Institution Juan Pablo Vizcardo and Guzman there is symptomatology of the disorders of the alimentary conduct.

**METHODOLOGY:** The cross-cutting method was used as the survey technique and as an instrument the question form with alternative answers. It was worked with 310 students from the 12 years to more, the tables were emptied in 11 statistical tables.

**CONCLUSIONS:** FIRST.-The results show that the symptoms of eating disorders in the first and fifth year students of the Juan Pablo Vizcardo and Guzmán Educational Institution exist and the frequency of this is less than  $\frac{1}{4}$  of the population. SECOND.- The symptomatology of the disorders of the most prevalent food behavior identified in the students of the 1st and 5th year of secondary education of the Educational Institution Juan Pablo Vizcardo and Guzman, by sub-scales is impulsividad. TERCERA.- That More than  $\frac{3}{4}$  of the study population with symptomatology of eating disorders, female is their family coexistence is with both parents married and with a monthly income more than the vital minimum, almost half of the students oscillate between the 15 to 17 years.

**RECOMMENDATIONS:** FIRST: To the Director of the Educational Institution, the corresponding coordinations with the multidisciplinary health personnel are carried out to carry out screening tests that complement the definitive diagnosis and identify the adolescents who are at risk. SECOND: The Director of the Educational Institution establishes alliances with the Health Institutions to encourage mental health programs and thus reduce the levels of adolescent child morbidity and mortality related to nutritional disorders.

**KEYWORDS:** Symptomatology, Eating Disorders, Puberty, Adolescence.

MORELLA MÓNICA MAMANI CUTIPA, calle San José 303, Jacobo Hunter .Teléf. 979002280  
Email: morellamonica@hotmail.com

To opt for the professional title of Bachelor of Nursing.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados psicopatológicos por la conducta anormal que posee la persona frente a la ingesta de alimentos, en respuesta a un impulso psíquico multifactorial, caracterizado por la pérdida de peso voluntario que condiciona alteraciones multiorgánicas en la etapa del desarrollo puberal y la crisis evolutiva que esta conlleva en su paso hacia la adolescencia.

En el Perú, en el año 2015 la tasa de incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria fue de 2258 casos de los cuales 743 fueron de anorexia y 395 de bulimia según la OMS el índice de mortandad por anorexia y bulimia en el mundo es de 15% y el 90% de quienes sufren estas afecciones son mujeres.

Por tanto es necesario saber identificar tempranamente la sintomatología clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en el adolescente mediante la realización de proyectos de investigación y programas preventivos promocionales en salud, y permitir el afianzamiento del personal de salud y el personal docente educativo para disminuir el nivel de morbimortalidad en la etapa de la pubertad y adolescencia, y poder mejorar la calidad de vida de los adolescentes en su paso hacia la juventud .

La presente investigación esta ordenado en tres capítulos, el primero contiene el planteamiento teórico y el segundo el planteamiento operacional y el tercero resultado e interpretación de los datos.

La siguiente investigación fue realizada para obtener el título profesional de licenciada en Enfermería.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 1°y 5° año de Secundaria del Centro Educativo Juan Pablo Vizcado y Guzmán, Arequipa 2016.

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

###### 1.2.1. Ubicación del problema

- a. **Campo** : Ciencias de la Salud.
- b. **Área** : Enfermería.
- c. **Línea** : Salud mental y Psiquiatría.

###### 1.2.2. Nivel del Problema

Problema Descriptivo Exploratorio – Corte Transversal.

###### 1.2.3. Tipo de investigación

De Campo.

###### 1.2.4. Análisis de Variable

La variable es única.

### 1.2.5. Operacionalización de las variables.

	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>Características de las unidades de estudio</b>	❖ Edad	❖ De 11 a 16 años. ❖ De 17 años a más.
	❖ Sexo	❖ Masculino. ❖ Femenino.
	❖ Grado	❖ 1° año de Secundaria. ❖ 5° año de Secundaria.
	❖ Estado civil de los padres	❖ Solteros. ❖ Casados. ❖ Divorciados. ❖ Convivientes.
	❖ Convivencia familiar	❖ Con sus padres. ❖ Con su mamá. ❖ Con su papá. ❖ Con sus familiares.
	❖ Entorno social	❖ Parientes. ❖ Amigos. ❖ Solo.
	❖ Ingreso económico familiar	❖ Mínimo. ❖ Más del mínimo. ❖ Menos del mínimo
	❖ Antecedentes de problemas emocionales en la Adolescencia	❖ Ira ❖ Agresión ❖ Irritabilidad ❖ Ansiedad
<b>VARIABLE</b>		<b><i>Puntuación total de la escala EDI-2 (0-273 con una media de 14 en cada subes cala).</i></b>
<b>Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Obsesión por la delgadez.</li> <li>❖ Bulimia.</li> <li>❖ Insatisfacción corporal.</li> <li>❖ Ineficacia.</li> <li>❖ Perfeccionismo.</li> <li>❖ Desconfianza Interpersonal.</li> <li>❖ Conciencia Introceptiva.</li> <li>❖ Miedo a la madurez.</li> <li>❖ Ascetismo.</li> <li>❖ Impulsividad.</li> <li>❖ Inseguridad social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ DT (de 0 a 21 puntos).</li> <li>❖ B (de 0 a 21 puntos).</li> <li>❖ BD (de 0 a 27 puntos).</li> <li>❖ I (de 0 a 30 puntos).</li> <li>❖ P (de 0 a 18 puntos).</li> <li>❖ ID (de 0 a 21 puntos).</li> <li>❖ IA (de 0 a 30 puntos).</li> <li>❖ M (de 0 a 24 puntos).</li> <li>❖ A (de 0 a 24 puntos).</li> <li>❖ IR (de 0 a 33 puntos).</li> <li>❖ SI (de 0 a 24 puntos).</li> </ul>

### 1.2.6 Interrogantes Básicas

- a. ¿Cómo es la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán?
- b. ¿Cuál de las subescalas de los trastornos de la conducta alimentaria es la que más predomina en los estudiantes del 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia y Bulimia, son considerados psicopatológicos, por la conducta que tiene la persona frente a la ingesta de alimentos por comprometer el normal desarrollo biopsicosocial de la persona, teniendo una mayor factor de prevalencia en la pubertad y adolescencia, personas que con una personalidad aun no configurada ni aceptada se ven influenciados por los cánones de belleza actuales, que impuestos por la modernización, globalización y los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, radio ,etc.) definen que es lo bonito, deseable y atractivo ,teniendo como factor de riesgo la baja autoestima, los jóvenes adolescentes recaen en la necesidad de conseguir la belleza ilusoria perfecta con limitaciones físicas, por tanto que no sea extraño el aumento significativo de los trastornos de la conducta alimentaria.

La belleza al ser un valor subjetivo relacionado con el observar y el ser observado, depende de su valor cultural de acuerdo en la sociedad en la que se encuentre, la construcción de la imagen corporal ideal basada en creencias, valores y patrones estéticos influenciados fuertemente por la cultura occidental en cuyo contexto emergen los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria motivan la desadaptación social, familiar, laboral y resiliencia personal de la persona, estos trastornos al no ser detectados y tratados oportunamente, derivan en afecciones comunes como la depresión, ansiedad, nerviosismo, y afecciones crónicas que conllevan a un desenlace fatal en la persona y su entorno.

“La Tasa de Incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria es entre el 7.3 y 11.4 por ciento de más de 9 mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país, sufren problemas alimenticios, según demuestran estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud (MINSA)”<sup>1</sup>(49).

Estos males suelen aparecer más entre los 12 y 17 años, aunque hay menores de nueve que los padecen, predisponiendo así a una mayor tasa de complicaciones en la salud mental y biopsicosocial del adolescente en crecimiento. Comprobándose también que de cada 10 pacientes, 9 son mujeres. Además, existe un 80% de probabilidades que estos problemas vuelvan a reincidir, existiendo personas de más de 60 años que han iniciado tratamiento”<sup>2</sup>(17).

La presente investigación tiene relevancia científica porque aportara nuevos conocimientos para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 10 a 19 años de edad.

---

<sup>1</sup> Girón Dappino, J.; Pinto Ríos, M.; Villanueva Roque ,J. ; Amones Ticona ,N. ; Mendoza Salinas ,F., Fernández L.; . Boletín Epidemiológico Semanal [Internet].2010. [citado el 3 de noviembre del 2016].Recuperado a partir de:

[http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2010/BOL\\_SE\\_27.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2010/BOL_SE_27.pdf)

<sup>2</sup> Perú 21[Internet]. Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú .2014 [Citado el 3 de noviembre del 2016].Recuperado a partir de: <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>

## 2. OBJETIVOS

- 2.1. Precisar sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 1° y 5° grado de secundaria del colegio Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.
- 2.2. Determinar las manifestaciones de los trastornos en la conducta alimentaria que predominan en los estudiantes del 1° y 5° año de secundaria del colegio Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. PUBERTAD

La pubertad, transcurre entre la niñez y la adolescencia, es un periodo de maduración hormonal y crecimiento, cambios y transformaciones, considerado dinámico y progresivo, en las cuales la persona busca la identificación con sus pares y el establecimiento de su propia personalidad, siendo una persona sana en crisis evolutiva, en este proceso se consolida el pensamiento abstracto y la autoafirmación (11). La edad de inicio exacto de la pubertad en un niño depende de diversos factores ambientales, nutricionales, genéticos, el sexo y raza de la persona (12).” Por lo general, la pubertad comienza entre los 8 y 13 años en las niñas, y entre los 9 y 15 años de edad en los niños. Algunos comienzan antes o después de esas edades, y los adolescentes pueden comenzar a ver cambio relacionados con la pubertad en cualquier momento durante esos años”<sup>3</sup>(14).

Este periodo con un promedio de duración de 5 a 6 años aparece de 1 a 2 años antes en las niñas que en los niños, siendo considerado como el

---

<sup>3</sup> Kidshealth.org [Internet] .The NemoursFoundations.1995 [Actualizado 2016]. [Citado el 24 de Noviembre del 2016].Recuperado a partir de: <http://kidshealth.org/es/kids/puberty-esp.html>

marcador de inicio de la adolescencia temprana, la preocupación por la imagen corporal se agudiza durante esta etapa, la adquisición de patrones de conducta saludables durante la adolescencia se asocia con beneficios inmediatos para la salud y al retraso o prevención de causas mayores de incapacidad prematura y mortalidad durante la etapa adulta (1).

La pubertad se inicia en el Sistema Nervioso Central por factores neuroendocrinos que activan el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal actuando bajo el control genético y gonadal (13), el hipotálamo estimula la segregación de las hormonas folículo-estimulantes (FSH) y la hormona Luteinizante (LH), hormonas fundamentales para el desarrollo y maduración sexual.

La carga hormonal liberada es su cuerpo hace que vean a los miembros del sexo opuesto con una atracción que antes no sentían despertando un interés profundo por la sexualidad, el interés por captar la atención del sexo opuesto, desarrollando en muchos casos temor, ansiedad o preocupación ante los cambios en su aspecto físico.

### 3.2. ADOLESCENCIA.

La adolescencia término derivado del latín “*adolescere*” que significa “crecer hacia la adultez”<sup>4</sup> (23), definida por la OMS como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y los 19 años”<sup>5</sup> (18), entendiéndose como un proceso psicosocial, cognitivo emocional y de maduración biológica, donde los niños deben progresar hacia la independencia emocional de los padres, aprendiendo a trabajar con sus pares, con intereses comunes, subordinando diferencias sociales en pos de un bien común(2).

---

<sup>4</sup> Gaete V .Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet].2017[citado 24 de Marzo del 2017] ; 86(6) :436-443.Disponible en :<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

<sup>5</sup> OMS I Salud del adolescente [Internet]. WHO. [citado 1 de febrero del 2017] .Recuperado a partir de : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)

### 3.2.1. Cambios y desarrollo en el adolescente (2) (19).

El proceso de desarrollo en que el adolescente determina su identidad es lento, progresivo y tenso, en la cual cursa por periodos de depresión, confusión y desanimo, viéndose como individuos distintos, únicos y separados de todos los demás ,la presión por pertenecer a un grupo se intensifica para poder lograr un determinado status, los estados emocionales oscilan entre la madurez y las conductas infantiles, sin embargo a medida que los jóvenes se mueven y colocan las piezas en su sitio, una identidad positiva emerge en ellos gradualmente de la confusión logrando así mayor estabilidad emocional.

**a. Desarrollo Biológico (4).** Marcado por los cambios hormonales de la pubertad, influenciado por el Sistema Nervioso Central, evidenciado por la maduración neurogonadal y desarrollo de las características sexuales secundarias, y el crecimiento físico en el que los adolescentes experimentan un periodo de crecimiento acelerado las niñas entorno a los 10 u 11 años y los varones en torno a los 12 o 13 años, las niñas alcanzan su altura total en el inicio de la menarquia, y los varones experimentan un crecimiento continuo a lo largo de toda su adolescencia.

El crecimiento del esqueleto se detiene cuando se cierran las placas epifisarias, en algunos casos estas placas se cierran en la adolescencia evitando así que se alcance su estatura máxima, siendo la malnutrición la causa más común de este cierre, consecuentemente el uso de esteroides anabolizantes.

La adolescencia suele ser la etapa en la que empieza el sobrepeso , la ganancia de peso refleja el aporte energético del adolescente, su nivel de actividad física y su genética, el peso medio ganado por las mujeres es de 15.90 y en los varones de 20.40 kg, las mujeres tienden a ganar más grasa corporal, aunque estos cambios conlleven

a un retraimiento en las mujeres, es parte de su proceso natural de madurez, en cambio los varones ganan más masa muscular , el crecimiento de los órganos internos es el mismo en ambos sexo.

**b. Desarrollo Psicosocial:** Fenómeno en que los jóvenes de cada cultura responden a sus cambios corporales y su edad, según al medio ambiente que los rodea. Un desarrollo psicosocial positivo en la adolescencia se caracteriza por la competencia, la confianza, el carácter, la relación y el cariño, el adolescente que experimente un crecimiento positivo en cada una de estas áreas, madurara hasta alcanzar la inteligencia emocional, estable, confiable y productiva (4).

❖ **Teoría del desarrollo psicosocial según Eric Erikson.**

La crisis del desarrollo de la adolescencia conlleva a la configuración del sentido de identidad, viéndose como individuos únicos y separados de todos los demás. El periodo inicial de la adolescencia comienza con el establecimiento de la pubertad extendiéndose hasta que se alcance una relativa estabilidad física y emocional, el adolescente enfrenta el conflicto entre la identidad de grupo y la alienación, en el cual la presión por pertenecer a un grupo se intensifica. La conciencia del propio cuerpo forma parte de la conciencia global de uno mismo y, por algún tiempo el adolescente tratara de asimilar su nueva imagen .El proceso de desarrollo de una identidad personal lleva tiempo y es tenso con periodos de confusión, depresión y desanimo. Sin embargo, a medida que los jóvenes se mueven y colocan las piezas en su sitio, emerge en ellos una identidad positiva sucesivamente de la confusión.

**3.2.2. Crecimiento y Fases de desarrollo de la Adolescencia (2) (23)**

No existe un esquema único de desarrollo en el adolescente, en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social en forma general se presentan características comunes y un patrón progresivo de 3 fases:

<b>ADOLESCENCIA TEMPRANA: DESDE LOS 10 A LOS 13 -14 AÑOS</b>	<b>ADOLESCENCIA MEDIA: DESDE LOS 14 -15 AÑOS A LOS 16-17 AÑOS</b>	<b>ADOLESCENCIA TARDÍA: DESDE LOS 17 -18 AÑOS EN ADELANTE.</b>
<p><b>CRECIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento máximo y acelerado.</li> <li>• Alcanza el máximo de velocidad.</li> <li>• Aparecen las características sexuales secundarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se alcanza el 95% de la talla adulta.</li> <li>• Características sexuales secundarias avanzadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Físicamente maduros, continuo desarrollo y reorganización cerebral</li> <li>• Crecimiento estructural y reproductor casi completo</li> </ul>
<p><b>IDENTIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupado por los rápidos cambios corporales.</li> <li>• Ensaya diversos roles.</li> <li>• Mide su atractivo en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros.</li> <li>• Conformidad con las normas del grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del narcisismo muy autocentrado, modifica su imagen.</li> <li>• Tendencia a la introspección.</li> <li>• Posee una vida de fantasía idealista.</li> <li>• Percibe implicaciones futuras de su conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición firme de la imagen corporal y del rol sexual.</li> <li>• Identidad sexual madura</li> <li>• Fase de consolidación de la identidad estabilidad del autoestima</li> <li>• Roles sociales definidos y articulado.</li> </ul>
<p><b>DESARROLLO PSICOLÓGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizado por el egocentrismo, variando a medida que el desarrollo cognitivo progresa.</li> <li>• Existe labilidad emocional con rápidas fluctuaciones del ánimo y de la conducta, falta de control de impulsos, necesidad de privacidad y gratificación inmediata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta el sentido de individualidad la autoimagen depende de la opinión de terceros.</li> <li>• El adolescente tiende al aislamiento.</li> <li>• Tendencia a la impulsividad, siendo las aspiraciones vocacionales menos idealistas.</li> <li>• Sentimientos comunes de incapacidad, dificultad para pedir ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor estabilidad emocional, define su propia identidad.</li> <li>• Existe conciencia de los límites y limitaciones personales.</li> <li>• Adquiere aptitud para tomar decisiones independientemente y para establecer los límites.</li> <li>• Aumenta el interés por desarrollar planes a futuro, las metas vocacionales se vuelven más realistas.</li> <li>• Propensión al desarrollo de los trastornos alimentarios derivado de las ansiedades sobre la imagen corporal alentados por los estereotipos culturales.</li> </ul>

<b>Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13 -14 años</b>	<b>Adolescencia media: desde los 14 -15 años a los 16-17 años</b>	<b>Adolescencia tardía: desde los 17 -18 años en adelante.</b>
<p><b>DESARROLLO COGNITIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora su capacidad de pensamiento abstracto limitado adquirido.</li> <li>• Predomina el pensamiento concreto.</li> <li>• Compara lo “normal “con los compañeros de su mismo sexo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto</li> <li>• Se preocupa por problemas filosóficos, políticos y sociales.</li> <li>• Incremento en las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento.</li> <li>• El adolescente no acepta la norma sino hasta conocer el principio que la rige.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de un pensamiento abstracto firmemente establecido, aumento del pensamiento analítico y reflexivo.</li> <li>• Pensamiento deductivo –hipotético propio del adulto.</li> <li>• Capacidad de resolución de problemas actuando en un amplio margen de opciones.</li> <li>• Enfoca los problemas en forma comprensiva</li> <li>• Se establece la identidad intelectual y funcional.</li> </ul>
<p><b>DESARROLLO SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de independencia</li> <li>• Resistencia a los límites poniendo a prueba la autoridad.</li> <li>• Buscan afiliaciones con amigos para hacer frente a la inestabilidad generada por los cambios rápidos.</li> <li>• Punto álgido de las amistades íntimas idealizada con personas del mismo sexo.</li> <li>• Lucha por el poder en el grupo de amigos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de pares.</li> <li>• Reorientación de las relaciones interpersonales que afectan al adolescente y a su entorno familiar.</li> <li>• Conflictos importantes entre el deseo de independencia y el control</li> <li>• Empuje grande hacia la emancipación, ausencia de compromiso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de la separación emocional y física de los padres, independencia familiar.</li> <li>• Declinamiento de la temeridad al aumento de la toma de decisiones conscientes</li> <li>• Emancipación casi completa.</li> <li>• El grupo de amigos disminuye en importancia en favor de la amistad individual, se vuelven las amistades más selectivas</li> </ul>

<p><b>Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13 -14 años</b></p>	<p><b>Adolescencia media: desde los 14 - 15 años a los 16-17 años</b></p>	<p><b>Adolescencia tardía: desde los 17 -18 años en adelante.</b></p>
<p><b>DESARROLLO SEXUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoexploración y evaluación</li> <li>• Acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales.</li> <li>• Inseguridad respecto a su apariencia, comparación del cuerpo con los estereotipos culturales.</li> <li>• Interés por la anatomía y fisiología sexual, poluciones nocturnas.</li> <li>• Intimidad limitada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta la aceptación sobre el propio cuerpo.</li> <li>• Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto</li> <li>• En este periodo se toma conciencia sobre la orientación sexual, relaciones de pareja, predominando en ellos la exploración, la búsqueda y la descarga de impulsos sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergen los sentimientos eróticos de tipo adulto.</li> <li>• La tracción hacia el sexo opuesto aumenta por la carga hormonal.</li> <li>• Se define la orientación sexual</li> </ul>

### 3.3 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (4).

Se define *Alimentación* como “el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano .Es el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta “<sup>6</sup>(21) y *Nutrición* como “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo”<sup>7</sup>(22).

Se infiere que la *alimentación* es un proceso voluntario y consciente, por el cual se obtiene de los alimentos sustancias y elementos necesarios para la regulación y homeostasis celular, los nutrientes obtenidos de la degradación de los alimentos, son elementos químicos tomados por las células para la obtención de energía que se utilizara en los procesos de fisiológicos de mantenimiento, crecimiento y reparación de los tejidos, así la *nutrición* estudia la manera en como los alimentos influyen directamente en la salud, siendo éste un proceso involuntario mediante el cual consumimos, metabolizamos y procesamos los nutrientes obtenidos de los alimentos ,por tanto es importante que la alimentación sea sana y equilibrada.

Los nutrientes esenciales se dividen en 6 grupos:

- ❖ Hidratos de Carbono
- ❖ Lípidos
- ❖ Proteínas
- ❖ Vitaminas
- ❖ Minerales
- ❖ Agua

Los *hidratos de carbono*, llamados también macronutrientes, son nutrientes energéticos siendo fuente principal de combustible para el cuerpo humano,

---

<sup>6</sup> Capitulo I. Nutrición [Internet]. [Citado el 18 de Marzo del 2017].Recuperado a partir de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lda/lopez\\_g\\_m/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/lopez_g_m/capitulo1.pdf)

<sup>7</sup> OMS I Nutricion [Internet]. WHO. [citado 18 de marzo del 2017] .Recuperado a partir de: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

particularmente para el funcionamiento neurológico y el ejercicio físico, manteniendo así el buen funcionamiento fisiológico básico, estos son necesarios en cantidades relativamente grandes para poder mantener las funciones fisiológicas normales y la salud.

Los *lípidos*, segunda fuente de energía más importante para el cuerpo, grupo diverso de sustancias no hidrosolubles que incluyen los triglicéridos, fosfolípidos y esteroides, proporcionalmente contienen mucha menor cantidad de agua y oxígeno que los hidratos de carbono, el cuerpo es capaz de almacenar grandes cantidades de triglicéridos en forma de tejido adiposo grasa corporal, los lípidos o grasas se encuentran diferentes formas dentro de nuestra dieta, el colesterol es una forma de lípido que se sintetiza en el hígado y que también puede ser consumido en la dieta.

Las *proteínas*, compuesto de moléculas de carbono, nitrógeno, oxígeno e hidrógeno que son obtenidos de la dieta el cual degradamos en aminoácidos para poder sintetizar nuestras propias proteínas corporales, como las de los músculos y de la sangre, las proteínas desempeñan un papel fundamental en la construcción y reparación de nuevas células y tejidos ayudando a equilibrar el metabolismo y los fluidos corporales.

Las *Vitaminas*, ayudan en la regulación de los procesos fisiológicos, siendo esenciales para la construcción y mantenimiento de un tejido óseo y muscular sano ayudando a reforzar el sistema inmunológico, intervienen en la liberación de energía contenida en los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, se denominan micronutrientes porque se necesitan cantidades relativamente pequeños de estos nutrientes, son muy sensibles al calor, la luz, el aire y se destruyen fácilmente en un medio alcalino. Intervienen en el metabolismo, en la fabricación de hormonas, neurotransmisores, células sanguíneas o material genético, gracias a su función enzimática aceleran las reacciones químicas, no producen materia ni energía, pero intervienen en su utilización, síntesis y mantenimiento de los tejidos (23). Según su solubilidad las vitaminas se clasifican en hidrosolubles y liposolubles:

### ❖ *Vitaminas liposolubles*

Aquí se encuentran las vitaminas A, D, E y K, que junto con la grasas procedentes de la alimentación se absorben en el Intestino Delgado, en mayor porcentaje a nivel del duodeno y yeyuno y menor cantidad a nivel del íleon, pudiéndose darse toxicidad si se consumen en cantidades excesivas ya que se acumulan en el organismo.

### ❖ *Vitaminas hidrosolubles*

Estas se disuelven en agua La Vit C y las vitaminas del complejo B (tiamina, Riboflavina, Acido Nicotínico, B6, B12, AC. Pantoténico, Biotina, Folato) se absorben a través del intestino delgado para llegar directamente al torrente sanguíneo, debido a su solubilidad sobre los líquidos, no pueden ser almacenadas en los tejidos, una vez que hayan sido aprovechadas son filtradas por los riñones, la toxicidad suele aparecer como resultado de algún suplemento vitamínico.

Los *minerales*, sustancias inorgánicas que carecen de carbono poseen la función de contribuir a la regulación de las funciones corporales, regulan los fluidos y la producción de energía esenciales para la salud osteomuscular y sanguínea, contribuyendo en la excreción de los subproductos del metabolismo dañinos para el cuerpo, los minerales más importantes de la dieta son: Sodio, Cloro, Azufre, Potasio, Calcio, Magnesio, Cinc y Hierro.

El *Agua* es un nutriente inorgánico vital para la supervivencia del ser humano, su consumo adecuado asegura el equilibrio hidroelectrolítico a nivel intra y extracelular, contribuye en la regulación de los impulsos nerviosos, responsable del volumen sanguíneo, disuelve y transporta sustancias y contribuyendo a mantener la temperatura corporal.

La nutrición, está fuertemente vinculada a la actividad física, es un factor importante para alcanzar el bienestar, considerándose al bienestar como un proceso multidimensional que incluye a la salud física, emocional y espiritual del ser humano.

**Los requerimientos nutricionales en la adolescencia son (54).**

- ❖ Entre los 11 y los 14 años los requerimientos energéticos son de 2.500-2.200kcal/día para hombres y mujeres respectivamente y de los 15 a los 18 años de 3.000 a 2.200 kcal/día para hombres y mujeres respectivamente.
- ❖ Los glúcidos deben constituir del 55 al 60% de la dieta ya que son proporcionadores de energía inmediata y estructural.
- ❖ Los lípidos su principal función es la de reserva energética, estructural como fosfolípidos y reguladora como las hormonas esteroideas representan al 30 al 35% del valor calórico total.
- ❖ Las proteínas por su función regenerativa, plástica, biorreguladora y de defensa entre el 12 y 15% del valor calórico total.
- ❖ El calcio es esencial para la culminación del crecimiento de la masa ósea su requerimiento diario es de 900mg al día, la biodisponibilidad depende del alimento que proceda, las proteínas presentes en los alimentos lácteos favorecen su absorción.
- ❖ El hierro necesario para la formación de tejidos musculares y sanguíneos el requerimiento diario en varones es de 12mg/día para los varones y de 15mg/día para las mujeres para compensar las pérdidas durante la menstruación, el hierro de origen animal se absorbe en un 20% y el hierro de origen vegetal se absorbe en un 5%, se recomienda consumirlos junto con vitamina C para que su asimilación sea mayor.
- ❖ El zinc es indispensable para la síntesis de proteínas, su carencia puede provocar lesiones en la dermis caída del cabello y uñas y su déficit crónico puede causar hipogonadismo, su requerimiento diario es de 8 a 11mg/día entre los 10 a 13 años y los 14 a 19 años respectivamente encontrándose en mayor concentración en las carnes, pescados, huevos, cereales y legumbres.
- ❖ Vitamina A fundamental para el crecimiento diferenciación, proliferación y reproducción celular.
- ❖ Vitamina D esencial para el metabolismo del calcio y el fosforo.
- ❖ Las vitaminas del complejo B participan en el metabolismo energético.

### 3.4 MODULACIÓN NEUROQUÍMICA DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (3).

El comportamiento alimentario condicionada por factores de tipo hedónico, ya que es fuente de placer y bienestar y de orden simbólico en cuanto a su componente psicológico, relacional y cultural, desempeñando doble función homeostática: biológica, asegurando el equilibrio energético nutricional y social, modificándose según condiciones externas e internas, en la cual la influencia de otras pulsaciones biológicas puede llegar a distorsionarlo desembocando en enfermedades concretas como la obesidad y la anorexia . “Los núcleos hipotalámicos que han sido implicados directamente en el consumo de alimento y en la regulación del peso son el núcleo paraventricular (NPV), el Núcleo Arcuato (Arc ),el hipotálamo lateral (HL), EL Núcleo Ventromedial y el Núcleo Dorsomedial (HDM)”<sup>8</sup>(36).

#### 3.4.1 Regulación del apetito

La tasa de oxidación de los carbohidratos y la disminución del índice glucémico son los estímulos que desencadenan la sensación de hambre, la sensación de quimiorreceptores presentes en el SNC específicamente en el área hipotalámica lateral (AHL), área rica en neuronas glucosensibles.

##### 3.4.1.1 Componentes Orosensorial

La manipulación de las propiedades organolépticas (olor, gusto y textura de los alimentos) induce el consumo exagerado y promueven la obesidad.

---

<sup>8</sup> Jaimes L, Cabrera-Wrooman A, Vilches A, Guzmán C, Camacho Arroyo I. Péptidos anorexígenos y su participación en la conducta alimentaria. Rev.de Endocrino y Nutri. [Internet].2005 [Citado 15 de abril del 2017]; 13(2):67-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2005/er052b.pdf>

### 3.4.1.2 Compartimiento Gastrointestinal

La colecistocinina (CCK) estimula la liberación de enzimas pancreáticas y reduce el vaciamiento gástrico induciendo saciedad, implicada en la regulación neurosensorial de la ingesta, su efecto saciante solo dura 90 minutos.

El hígado actúa como un sensor glucémico estimula la ingesta por glucopenia y lipopenia vehiculando las señales para el hipotálamo a través del vago.

### 3.4.1.3 Factores Circulantes

- ❖ **Proteínas.** Supresoras del apetito, los opioides endógenos y la hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GHRH), estimulan la ingesta de proteínas.
- ❖ **Carbohidratos.** Supresores del apetito a corto plazo. La noradrenalina, el GABA y el NPY actúan sobre las neuronas hipotalámicas estimulando el deseo de consumo de los hidratos de carbono.
- ❖ **Lípidos.** La galanina, los péptidos opioides y la aldosterona, actúan sobre el hipotálamo medial estimulando el apetito hacia los lípidos, las dietas hipergrasas inducen la resistencia a la insulina.
- ❖ Los cuerpos cetónicos liberados durante el ayuno actúan suprimiendo el apetito, desempeñando un papel de saciedad posprandial.
- ❖ **Glucagón.** “El glucagón producido en el páncreas y el péptido glucagon-like1 (GLP-1) del intestino y el cerebro,

son potentes péptidos anorexígenos”<sup>9</sup>(34), ejerce acción anorexígena traduciendo en una reducción del tamaño de las comidas.

❖ **Insulina.** Ejerce acción anorexígena y estimulación del sistema simpático la insulina estimula la acción de los péptidos saciantes y catabólica como la **CCK** y **CRH**, la insulina es segregada en proporción al nivel de adiposidad corporal, posee dianas a nivel del SNC a donde es transportada actuando mediante la activación de la sensación de saciedad inhibiendo por consiguiente la ingesta.

❖ **Leptina.** “La leptina es producida exclusivamente en los adipocitos blancos liberada a la circulación sistémica. Las concentraciones de leptina en plasma aumenta en proporción a la masa de grasa corporal y por lo tanto se puede utilizar como biomarcador de adiposidad”<sup>10</sup>(35), las señales producidas en proporción a las reservas de grasa influyen el apetito y el gasto energético, su acción es la de reducir el apetito y activar los sistemas aferentes de regulación energética, el cerebro es el órgano diana principal del efecto anorexígeno de la leptina (34), se configura como el mensajero hormonal de las reservas lipídicas, su principal mecanismo de acción es la inhibir la expresión de NPY en las neuronas del Núcleo Arcuato .

<sup>9</sup> Arguilés Huguet JM, Busquets Rius S, Lopez-Soriano FJ. Trastornos nutricionales: Fisiopatología. SEOM [Internet]. [Citado 2 de mayo del 2017]. Recuperado a partir de: [http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_05.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_05.pdf)

<sup>10</sup> Cuenca Cano PJ, Morata Marin MG. MECANISMOS DE CONTROL DE HAMBRE – SACIEDAD Y SUS DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. Trastornos de la Conducta Alimentaria 21 [Internet]. 2015 [Citado 19 de abril del 2017]. p.2237-2259. Recuperado a partir de: [http://www.tcsevillla.com/archivos/mecanismos\\_de\\_control\\_del\\_hambre\\_y\\_la\\_saciedad.pdf](http://www.tcsevillla.com/archivos/mecanismos_de_control_del_hambre_y_la_saciedad.pdf)

### 3.5 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Un trastorno de conducta alimentaria es definido como una enfermedad psiquiátrica en el que la persona posee una extrema insatisfacción de su propio cuerpo afectando gravemente la fisiología corporal. El diagnóstico de este trastorno psiquiátrico se realiza en base a la condición y conducta del paciente debiendo cumplir con los criterios de diagnóstico esquematizados en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA), el cual describe a los tres trastornos diagnósticos con mayor frecuencia: *Anorexia Nerviosa*, *Bulimia Nerviosa*, *ED-NOS (Trastornos Alimentarios no Especificados)* (4), “en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez”<sup>11</sup>(3), englobando a una compleja patología que incluye conductas autolíticas, distorsiones perceptivas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas (5) y no simplemente de un inadecuado hábito alimentario o un excesivo deseo por adelgazar, que “conlleva alteraciones nutricionales y metabólicas, que mantienen y /o potencian las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que dieron origen a la irregularidad ingestiva y, en última instancia, al TCA en sí”<sup>12</sup>(7).

Las personas que padecen algún tipo de trastorno de alimentación juzgan su imagen corporal, en torno a cómo son percibidos por los demás, desconfiando de su propia percepción indagando frecuentemente por su imagen como si ninguna respuesta fuera aceptable ya que buscan en forma compulsiva la verificación(5). Estos pacientes ocultan y/o no descubren los síntomas

---

<sup>11</sup> Sáiz Ruiz J, García Camba de la Muela E. Trastornos de la conducta alimentaria en la actualidad .En: Sáiz Ruiz J. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. 1ª ed. España: Masson;2002.p.3-29.

<sup>12</sup> Castro Fornieles J, Toro Trallero J. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. En: Soutullo Esperón C., Mardomingo Sanz MJ . Manual de PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. XVI. Madrid: Médica Panamericana;2010. p. 181-192.

potenciando los efectos devastadores sobre su salud, por los efectos sobre el bienestar que este les proporciona, ignorando los posibles tratamientos, evitando discutir sobre los síntomas o no estando dispuesto a aceptarlos o evitarlos, los TCA pueden pasar desapercibidos hasta en un 50% de los casos (7).

### 3.5.1 Etiopatogenia (3) (7).

La etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria es sumamente compleja pero se caracteriza principalmente por 5 factores:

#### 3.5.1.1 Factores Biológicos

##### a. Factores Genéticos.

“Durante los últimos años se habría puesto de manifiesto que el principal factor que determina la vulnerabilidad de los TCA es genético”<sup>13</sup>(7), existe una mayor predisposición genética a la heredabilidad de la anorexia nerviosa y bulimia en gemelos homocigóticos de familiares en primer grado que hayan desarrollado la enfermedad, esta vulnerabilidad confiere una debilidad de los mecanismos homeostáticos que normalmente garantizan el restablecimiento del peso después de un periodo restrictivo(9),” Los estudios sugieren que los familiares de los pacientes con trastornos alimentarios tienen por si mismos de cuatro a cinco veces más probabilidades que la población en general de desarrollar estos trastornos”<sup>14</sup>(9), debiéndose a la combinación de factores genéticos y ambientales ,con un fenotipo latente único para dichos trastornos, suponiendo una alta heredabilidad (3 ),un alelo del gen Val 66 Met y BDNF

---

<sup>13</sup> Castro Fornieles J, Toro Trallero J. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ . Manual de PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. XVI. Madrid: Médica Panamericana; 2010.p.181-192.

<sup>14</sup> Llasa LE. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Llasa LE. AVANCES EN PSIQUIATRIA. Primera Edición. Perú: UCSM; 2011.p.119-145.

(factor neurotrófico derivado del cerebro) relacionado con la regulación del apetito y del peso han demostrado estar asociado a la Anorexia Nerviosa Restrictiva como a la Anorexia Nerviosa Purgativa o Bulimia Nerviosa, la herencia poligénica parece manifestarse a través de características fenotípicas que son las siguientes.

- ❖ **Reactividad a la desnutrición.** Las mujeres parecen tener mayor reactividad a la malnutrición siendo la variable dependiente la disfunción del sistema serotoninérgico en relación a los varones.
- ❖ **Reactividad al estrés.** Las situaciones estresantes precipitan al desarrollo de la bulimia nerviosa, existiendo diferencias interindividuales en la respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, diferencias determinadas en gran parte genéticamente.
- ❖ **Sexo Femenino.** La vulnerabilidad al estrés y mayor reactividad a la desnutrición, y en consecuencia las alteraciones emocionales en las mujeres añadiendo un potenciador de la vulnerabilidad femenina como lo son los estrógenos circulantes durante el periodo embrionario y fetal, al contrario de los varones en la que la testosterona parece actuar como un factor de protección y a esto se le debe añadir la presión social que padecen las adolescentes mujeres por conseguir una figura idealista, actuando todos los factores en una misma dirección.
- ❖ **Edad puberal.** Constituye un factor de riesgo la excesiva atención que pone el adolescente a su figura durante su desarrollo psicosocial, siendo más riesgoso aun en la mujer durante la pubertad precoz, por el tipo de influencias e

interacciones sociales que vive una adolescente con cuerpo de mujer.

- ❖ **Índice de Masa Corporal (IMC).** La relación entre peso y talla en la gran mayoría determinada genéticamente, en la que un índice de masa corporal alto suscitara el inicio de una dieta restrictiva, el sobrepeso y la obesidad predisponen al desarrollo de la bulimia nerviosa.
- ❖ **Neuroticismo.** Característica de una personalidad temperamental que demuestran una asociación a los TCA. Un neuroticismo elevado supone una alta inestabilidad emocional guardando estrecha relación con la AN y BN.
- ❖ **Obsesividad.** Tendencia a rumiaciones cognitivas reiteradas y al establecimiento de rituales y hábitos compulsivos característicos de la AN restrictiva, situándose en el ámbito de la obsesividad el perfeccionismo y la rigidez cognitiva muy propios de los TCA.
- ❖ **Disfunción del Sistema Serotoninérgico.** Esta disfunción o la predisposición es de carácter genético, observándose de modo similar e pacientes anoréxicos y bulímicos.

**b. Trastornos Perinatales.**

Una serie de trastornos o anomalías sufridos durante el embarazo, parto y primeros días de vida parecen influir en la aparición de los TCA, los problemas predictores de AN son: Anemia materna, diabetes mellitus, preeclampsia, infarto placentario, problemas cardiacos neonatales e hiporreactividad, en cuanto a la BN los predictores son :infarto placentario, bajo peso para la edad gestacional, talla corta para la edad gestacional, estas asociaciones sugieren que estos trastornos perinatales afectan el desarrollo del Sistema Nervioso Central,

explícitamente al sistema de neurotransmisores serotoninérgico implicados en los TCA .

*c. Factores Endocrinos.*

*Anorexia Nerviosa*

❖ **Alteraciones hipotalámicas.** El incremento de la actividad de la serotonina causado por una alteración en la función hipotalámica conduce a la reducción de ingesta alimenticia, explicando los rasgos obsesivos y la inhibición psicosexual característicos de la enfermedad, conllevándose a especular sobre un trastorno pre mórbido en la función serotoninérgica como factor de riesgo en la génesis de la anorexia.

❖ **Alteración del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides.**

Se ha observado una disminución en las hormonas T3 y T4, sin respuesta a la hormona TSH.

❖ **Hormona de Crecimiento**

La malnutrición conlleva a un aumento de la hormona de crecimiento en relación inversamente proporcional a los niveles de albumina pero sin las características propias de la hiperfunción de la GH.

❖ **Eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal**

La amenorrea es un signo cardinal de la enfermedad soliendo preceder y/o a veces anteceder a la pérdida de peso, pudiendo persistir meses o años después de la recuperación, atribuido a la disminución de opioides endógenos hipotalámicos que inhiben la secreción de la hormona luteinizante (LH) y en menor medida de la hormona foliculoestimulante (FSH). estas alteraciones hormonales se acompañan reiteradamente de ovarios poli quísticos.

### *Bulimia Nerviosa*

En la bulimia se ha observado una alteración en el sistema de neurotransmisores orexígenos, como el aumento del neuropéptido (PYY) una disminución de la secreción de colecistina hormona inductora de la saciedad, influyendo además el aumento de la capacidad gástrica, la hipofunción serotoninérgica con hiperactividad -noradrenérgica, dos sustancias que intervienen en la modulación del apetito .En pacientes bulímicos con atracones se altera la transmisión de serotonina (principal neurotransmisor generador de la saciedad) pueden contribuir a la persistencia de los atracones.

#### 3.5.1.2 Factores psicológicos.

En los pacientes con TCA, presentan trastornos de la personalidad de tipo obsesivo compulsivo sobre todo en pacientes con anorexia nerviosa, en cuanto a la bulimia existe una relación con el trastorno límite de la personalidad caracterizado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad e impulsividad.

Los TCA muy influidos biológicos y socioculturalmente, inciden en los jóvenes aun en su etapa inmadura, donde la personalidad podría desempeñar un papel predisponente, en donde el adolescente realiza esfuerzos dramáticos por mantener el peso ideal y la silueta.

Las teorías propuestas por el psicoanálisis para explicar la conducta anoréxica son 4:

1. Conducta anoréxica, conducta ascética que reprime, deseos e instintos.
2. Deseos de prolongar la infancia.

3. Forma de rechazo a la sexualidad adulta
4. Escisión del yo en: “yo central”, acarnal y desexualizado  
“yo corporal” peligroso y extraño, temiendo a la comida para favorecer el yo corporal.

### 3.5.1.3 Factores familiares

Se ha constatado disfunciones familiares en el núcleo familiar de los pacientes con TCA, tratándose de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda, observándose mayor incidencia de hábitos dietéticos, obesidad, madres con alteración de la imagen corporal e insatisfacción familiar, siendo la familia quien puede disminuir, mantener o complicar la enfermedad.

“Dado este escenario, surge la relevancia de comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlo preventiva y/o curativamente de manera más efectiva”<sup>15</sup>.

Es así que se nos presentan distintas dicotomías entendiendo a la familia como causante, versus la familia que se adapta a la enfermedad o la que padece sus consecuencias; la familia culpable o la familia víctima, las personas con trastornos alimentarios perciben a sus familias como menos adaptables, menos cohesionadas y más pobremente comunicativas comparadas con personas sin trastornos alimentarios.

El comer compulsivamente está asociado a la carencia de unión familiar encontrado comúnmente en personas con bulimia siendo los TCA entendidos como un síntoma de la

---

<sup>15</sup> Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. PSYKHE [Internet].2008 [Citado 3 de abril del 2017].17(1):81-90.Recuperado a partir de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>

disfunción familiar, la diferencia en la percepción entre madres e hijas es diferente dificultando el proceso de prevención y diagnóstico temprano, las dinámicas familiares de aglutinamiento, sobreprotección y rigidez juegan un papel importante en el desarrollo y mantención de dichos trastornos, a medida que la disfunción familiar crece, la gravedad de los trastornos de alimentación también crece (24).

Es importante reconocer el papel del condicionamiento familiar que influye en nuestra conducta alimentaria, durante la niñez la alimentación brindada por nuestros familiares influye en el desarrollo de nuestro concepto de la cantidad, frecuencia y tipo de comida que debe consumirse, debido a los rituales, asociaciones y modelos familiares, nuestra respuesta a la alimentación está condicionada hasta cierto punto, asimismo el abuso físico o sexual en la niñez puede aumentar el riesgo, en resumen el condicionamiento, las estructuras y los modelos de interacción familiares pueden contribuir al desarrollo de un trastorno alimentario (4).

Es importante recalcar que las principales carencias afectivas proceden de la familia, en la anorexia nerviosa es común encontrar cuadros depresivos previos y /o coincidentes con el inicio de problema, en la bulimia es muy común encontrar problemas emocionales y de conducta que son graves y severos cuando la bulimia también lo es (10).

#### **Factores familiares relacionados con el aumento de los TCA(54)**

- ❖ Cambios demográficos con reducción de la familia nuclear y desaparición de la familia extensa.
- ❖ Alargamiento del horario laboral de los padres.
- ❖ Incorporación de la mujer al mundo laboral para solventar

los requerimientos de la familia.

- ❖ Industrialización de la alimentación
- ❖ Cambios en los valores y actitudes, permisividad de los padres a conductas inadecuadas.
- ❖ Temor a la obesidad.

#### 3.5.1.4 Factores socioculturales

Es muy importante la influencia de los factores socioculturales en el desarrollo de los TCA, en donde la sobre abundancia se identifica con el bienestar social y a la vez la delgadez se considera como sinónimo de atractivo físico, la cultura a la delgadez y la lipofobia que impregnan hábitos en el mundo occidental en el cual la obesidad es satanizada creando un mercado de adelgazamiento del cuerpo femenino.

El principal factor sociocultural de los TCA es concebir la delgadez como modelo de belleza extrema que conlleva una dieta escasa, confirmándose que la continua realización de dietas de forma estricta y prolongada constituye un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimenticios, la bulimia y anorexia es más frecuente en las profesiones que se rigen a una dieta por sistema, ejemplo: Los bailarines, gimnastas.

El atracón se da en el contexto de las restricciones alimentarias graves, como un mecanismo fisiológicamente comprensible en el contexto de la homeostasis nutricional.

Es muy importante la atención que se brinda al estereotipo sexual que la sociedad impone a los jóvenes que los hace más vulnerables a opiniones y comportamiento de otros, por otra parte la belleza es un componente central de la femineidad y el crecimiento exponencial que han experimentado las industrias

de adelgazamiento que han creado el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado y en forma conllevando a un crecimiento exponencial de los TCA.

La falta de un modelo familiar hace que los jóvenes busquen un modelo popular en los medios de comunicación que casi siempre son cuerpos muy definidos, es probable que los adolescentes que desarrollan los TCA tengan mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios de comunicación.

### 3.5.2 Epidemiología

En lo que va del 2014 se han presentado 1,062 casos de trastornos alimenticios en general, de los cuales se presentaron 39 casos de anorexia en niños de 9 a 11 años de edad, 150 casos en adolescentes de 12 a 17 años, 105 casos en jóvenes de 18 a 29 años, 34 casos de anorexia en adultos de 30 a 59 años y 4 casos en adultos mayores de 60 años. El año pasado, estos llegaron a 2,258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 bulimia (17). “La Organización Mundial de la Salud en el año 2014 refiere que el índice de mortalidad por anorexia y bulimia en el mundo es de 15% y que el 90% de quienes sufren esas afecciones son mujeres. Entre un 5-10% de las anoréxicas y bulímicas fallecen a consecuencia de la enfermedad o por suicidio, agravándose cada vez más. La incidencia por muerte de la anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 7% en los últimos diez años, según cifras de la OMS”<sup>16</sup>(50)<sub>2</sub> los TCA se presentan casi exclusivamente en las niñas y adolescentes, con mayor prevalencia en los países industrializados.

---

<sup>16</sup> Hernández Carrizales P, Ramos Ñiquen LP, Yancaya Hernández XM. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANOREXIA NERVIOSA EN PADRES DE ALUMNOS DE SECUNDARIA EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016[citado el 17 de Mayo del 2017]. 81p. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/334/Influencia%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20educativa%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20el%20nivel%20de%20conocimiento%20sobre%20anorexia%20nerviosa%20en%20padres%20de%20alumnos%20de%20secundaria%20en%20una%20Instituci%C3%B3n%20Educativa.pdf?sequence=1>

### 3.5.3 Clasificación y Sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (5) (6) (7) (9).

Los tres trastornos alimenticios que se diagnostican con mayor frecuencia son la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y ED-NOS (Trastornos Alimentarios no Especificados) según la American Psychiatric Association (APA) (4), todo paciente que cumpla con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA) para Anorexia Nerviosa será diagnosticado como tal aunque presente ciclos de atracón-vomito, por tanto se considera como paciente con Bulimia solo aquellos pacientes que no posean Anorexia Nerviosa.

#### 3.5.3.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se define como una desnutrición debida a una inanición crónica, caracterizado por una distorsión de la imagen corporal, causado por una restricción calórica, sin relación directa con la situación económica o la disponibilidad del alimento, la base psicopatológica está dado por una preocupación excesiva por la imagen corporal y miedo profundo a aumentar de peso y/o mantener el peso mínimo normal definida como deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez, en la que los pacientes experimentan sensaciones cognoscitivas de hambre, junto con una fuerte preocupación por la comida, la manifestación conductual más evidente es el seguimiento de una dieta hipocalórica y actividad física excesiva para reducir el volumen corporal, la alimentación insuficiente se va haciéndose compulsiva, para las personas que lo padecen comer significa engordar y desencadenar un gran ciclo de ansiedad evolucionando hacia la compulsividad, su miedo a subir de peso determina su conducta alimentaria, tratándose de una fobia al volumen corporal trayendo como consecuencia la multiplicación de situaciones ansiógenas, su

humor se va haciéndose más depresivo, su imagen corporal es totalmente negativa, las ideas suicidas aparecen continuamente, el paciente percibe modificadas las dimensiones de su cuerpo, en el curso de la AN se produce un empeoramiento progresivo de la distorsión de la imagen corporal, alteración de las relaciones sociales interpersonales la desnutrición va provocando disfunciones y trastornos muy variados que junto a la deshidratación, hipotermia y la bradicardia pueden provocar la muerte .

### **I. Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR para la anorexia nerviosa son los siguientes:**

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla (pérdida de peso dando lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, o no conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento).
- ❖ Miedo intenso a ganar o aumentar de peso, incluso estado por debajo del peso normal.
- ❖ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ❖ En mujeres postpuberales, amenorrea (tres ciclos consecutivos), se considera amenorrea cuando sus ciclos se presentan solamente con la administración de hormonas.

### **II. Se distinguen dos tipos:**

- a) **Tipo Restrictivo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.
- b) **Tipo Compulsivo/Purgativo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones y/o purgas.

### III. Criterios diagnósticos según la CIE-10

- ❖ Pérdida significativa de peso (IMC<17.5).
- ❖ La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”, vómitos, purgas, ejercicios y fármacos.
- ❖ Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- ❖ Trastorno endocrino generalizado, que se manifiesta en la mujer por amenorrea y en el varón por la pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.

### IV. Comportamiento de los estudiantes con anorexia nerviosa (54).

Los estudiantes suelen ser perfeccionistas, meticulosos, acostumbran buscar un refugio a su aislamiento social, inseguridad y afán competitivo por destacar, su rendimiento académico suele ser muy alto, su perfeccionamiento obsesivo hace que dediquen muchas horas al estudio y cuando la enfermedad ya ha avanzado el rendimiento académico suele disminuir haciendo que el estudiante abandone los estudios.

### V. Diagnóstico diferencial de los trastornos de la Anorexia(54).

#### ❖ Afecciones médicas

Cáncer, SIDA, hipertiroidismo, enfermedad gastrointestinal, estas personas pueden padecer inapetencia y anorexia, pero no sufren alteración de la percepción corporal, ni miedo intenso a ganar peso.

#### ❖ Trastorno Depresivo Mayor

Pérdida significativa del volumen corporal, con ausencia de miedo por aumentar de peso o percepción alterada de la imagen corporal.

❖ **Esquizofrenia**

Estos pacientes presentan raros comportamientos alimenticios y pérdida significativa del peso pero no presentan alteración de la imagen corporal.

❖ **Trastorno por consumo de sustancias**

Estos pacientes presentan baja ingesta nutricional mas no presentan alteración de la imagen corporal.

❖ **Trastorno de ansiedad social, TOC, Trastorno dismórfico corporal.**

Estos pacientes tiene fobia a comer en público, con el TOC comportamientos compulsivos en la comida y en el trastorno dismórfico corporal preocupación por un defecto imaginario corporal.

❖ **Bulimia nerviosa.**

Los pacientes muestran episodios recurrentes de atracones, utilizando comportamientos inadecuados para no aumentar de peso, con la diferencia de que mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.

## **VI. Fisiopatología de la Anorexia Nerviosa**

La fisiopatología que se produce en la anorexia nerviosa es similar al de la inanición, cuando un persona se somete a un ayuno prolongado el organismo se somete a un mecanismo de adaptación encaminados mantener y prolongar la vida, donde las funciones no vitales (crecimiento, reproducción, etc.) pasan a segundo plano, estas adaptaciones producen un deterioro funcional que limitan la capacidad del individuo para realizar sus actividades físicas y mentales (30). “Esto ocurre a nivel metabólico y neuroendocrino. El descenso notable del metabolismo puede verse como un intento de mantener la

homeostasia de la glucosa (fase inicial) y conservar las proteínas (fase final)”<sup>17</sup>, inicialmente como respuesta al descenso de la glucosa sucede la gluconeogénesis hepática, cuando el ayuno se prolonga, el organismo responde a la depleción proteica con un desplazamiento metabólico a quemar grasas para la obtención de cuerpos cetónicos con lo que se prioriza la preservación proteica, progresivamente las cetonas sirven como combustible cerebral alternativo a la glucosa, si no se interrumpe el ayuno se comienzan a utilizar las reservas proteicas desencadenando un síndrome cerebral orgánico, progresando a la confusión, obnubilación, estupor, coma y muerte (31).

#### ❖ Alteraciones bioquímicas (32)

La malnutrición modifica los sistemas de neurotransmisión, en el que las consecuencias van a constituir a una parte de las manifestaciones clínicas, y en general a contribuir a la perpetuación del trastorno.

El hipotálamo es la región cerebral que controla las señales para el consumo de alimentos, las sustancias que modulan la actividad hipotalámica (leptina, ghrelina insulina) se expresan en las regiones involucradas en la recompensa, motivación, aprendizaje, emoción y estrés. El consumo de alimentos está impulsado por sus propiedades gratificantes, aumentando así la actividad dopaminérgica en los circuitos cerebrales de recompensa, todo este proceso está determinado por la acción de la dopamina en el Núcleo Accumbens y el lóbulo frontal (33).

---

<sup>17</sup> Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch.argent.pediatr [Internet]. 2006[Citado 5 de marzo del 2017]; 104(3):253-260. Recuperado a partir de:[http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia\\_nerviosa\\_en\\_niños\\_y\\_adolescentes,\\_parte\\_1.pdf](http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_niños_y_adolescentes,_parte_1.pdf)

### ❖ Sistema Noradrenérgico

La Noradrenalina se sintetiza en el Tronco Encefálico, estimula el apetito eficazmente con preferencia a los hidratos de carbono convirtiéndola en un anabólico a través de los receptores contenidos en el Núcleo Paraventricular(3). El turnover de la noradrenalina cerebral en el hipotálamo esta disminuida en la inanición severa como en la moderada, la actividad reducida del sistema nervioso simpático se manifiesta a través de la hipotensión arterial, bradicardia e hipotermia, sus metabolitos están disminuidos, sin embargo la hiperactividad incrementa el turnover noradrenérgico.

### ❖ Sistema Dopaminérgico

La malnutrición reduce su actividad, pero la hiperactividad inducida por inanición aumenta los metabolitos de la dopamina, este junto con el sistema opioide refuerza la actividad física, uno de los fenómenos propios del trastorno anoréxico que facilitan la perpetuación del cuadro, la dopamina disminuye el apetito a través de sus efectos sobre el NPY Hipotalámico, neutralizando la respuesta alimentaria suscitada por el NPY. “Tiene importantes efectos sobre la ingesta su deficiencia es responsable de importantes estados de desnutrición...Sus valores se reducen en el ayuno y en la diabetes mellitus”<sup>18</sup> concentraciones disminuidas de dopamina producen sobrealimentación (33).

### ❖ Sistema Serotoninérgico

La serotonina se produce en el tronco encefálico caudal, el sistema serotoninérgico media la sensación de saciedad a

---

<sup>18</sup> Sáiz Ruiz J, García Camba de la Muela E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. España: Masson; 2002.

través de sus acciones en el hipotálamo, la concentración de serotonina depende del suministro de triptófano, el aumento de serotonina en el cerebro provoca anorexia, la leptina aumenta el recambio de la 5HT participando en la reducción del peso por el efecto anorexígeno que las dos conllevan (3,34), la inhibición de la ingestión alimentaria causada por la serotonina es mucho más pronunciada en mujeres, la inanición, la activación emocional y el estrés aumentan la producción central de serotonina, la hiperactividad potencia este efecto, junto con la posibilidad de este causada /mantenida por lo cambios sobrevenidos en otros factores como el sistema opioide puede determinar una mayor restricción alimentaria al incrementar la actividad serotoninérgica .

#### ❖ **Opioides Endógenos**

Los agonistas opioides incrementan la ingestión y los antagonistas la reducen, durante el estado de inanición disminuyen las tasas de beta- endorfinas y el descenso del sistema opioide contribuiría a la disminución del apetito, en el caso de estar aumentados los opioides endógenos se produciría una evolución bifásica de su efecto sobre el apetito, en la primera fase el apetito estaría incrementado con un potenciación de la ansiedad y la disforia en general a consecuencia del hambre permanente, facilitándose la idea obsesiva, y posteriormente se produciría una adaptación a la ingestión hipocalórica propia de la anorexia cronificada ,al agravarse la inanición disminuiría y se extinguiría .

#### ❖ **Neuropéptido Y**

“El NPY es una molécula clave en la respuesta hipotalámica a la inanición... Es sintetizado en las neuronas del Núcleo

Arcuato del Hipotálamo proyectado directamente en el NPV hipotalámico”<sup>19</sup>(34).Uno de los péptidos más abundante del Sistema Nervioso Central más potentes estimuladores endógenos del apetito especialmente de los carbohidratos, las concentraciones son relativamente mayores en los pacientes anoréxicos con infrapeso tratándose de una respuesta compensadora a la malnutrición, el paciente anoréxico experimenta hambre pero el paciente lo interpreta como un incremento de la ansiedad, lo que conlleva a una mayor restricción alimentaria, se ha sugerido que el aumento de NPY se debe a una regulación baja de los receptores debido a la negativa y evitación de los alimentos , en el ayuno se incrementan los niveles de NPY hipotalámico este se duplica tras 48hrs de ayuno y desciende 12hrs después de administrar leptina (6).

#### ❖ **Leptina en la Anorexia Nerviosa (6).**

La leptina informa al hipotálamo del descenso las reservas adiposas provocando las diversas alteraciones hormonales en los pacientes anoréxicos, se han localizado receptores para la leptina en los plexos coroideos y en el hipotálamo el NPY se considera el potencial mediador de sus efectos centrales, la anorexia disminuye los niveles de leptemia, siendo responsable directo de la amenorrea, de hecho cuando las mujeres se realimentan con elevación de LH ocurre de forma paralela la elevación de leptina, por tanto la leptina es requisito necesario para recuperación de la menstruación. Los pacientes anoréxicos poseen un transporte de leptina al líquido

---

<sup>19</sup> Arguilés Huguet JM, Busquets Rius S, Lopez-Soriano FJ. Trastornos nutricionales: Fisiopatología. SEOM [Internet]. [Citado 2 de mayo del 2017].Recuperado a partir de:[http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_05.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_05.pdf)

cefalorraquídeo con concentraciones menores de leptina más eficiente provocando la dificultad de ganar peso.

### 3.5.3.2 **Bulimia Nerviosa**

Definida como la ingestión frecuente de cantidades excesivas de comida, la ingestión se realiza de manera compulsiva con voracidad alimentaria, los atracones bulímicos se acompañan de conductas compensadoras por medio de purgas ( laxantes y diuréticos) y vómitos autoinducidos, estos episodios bulímicos se desencadenan al experimentar hambre bulímica causado generalmente por ayunos y restricciones alimentarias, se acompaña de intenso malestar subjetivo, tensión y ansiedad se inicia mayoritariamente en la última fase de la adolescencia o en el inicio de la edad juvenil.

El comportamiento en la alimentación está dirigido al cumplimiento de las necesidades básicas del ser humano, pero al hablar de trastornos por sobre ingesta de alimentos como la Bulimia, el hombre está condicionado por factores de tipo hedónico ,ya que siendo la alimentación fuente de placer y bienestar, deriva en trastornos por el abuso reiterado del placer, alienando el campo biopsicosocial de la persona, la elución de estados anímicos negativos, la persecución de sensaciones placenteras o la activación del sistema dopaminérgico implicado en la sensibilización neural, sean algunos de los factores predisponentes a que se realicen los atracones alimenticios.

#### **I. Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR para la Bulimia Nerviosa son los siguientes:**

Presencia de atracones recurrentes, caracterizado por:

- ❖ Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que comería la mayoría de la gente.

- ❖ Sensación de pérdida de control sobre la conducta de comer durante el episodio de ingesta voraz (sensación de no poder parar de comer, no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- ❖ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son.
  - Autoinducción del vomito.
  - Ingesta de fármacos: laxantes, diuréticos, enemas, etc.
  - Restricción alimentaria.
  - Ejercicio excesivo.
- ❖ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de más de tres meses.
- ❖ La evaluación personal está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- ❖ La perturbación no ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

## II. Así mismo el DSM-IV-TR especifica dos tipologías básicas.

- ❖ *Tipo purgante.* Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito utiliza laxantes, diuréticos enemas en exceso.
- ❖ *Tipo no purgante.* Cuando utiliza como conducta compensatoria el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## III. Criterios Diagnósticos CIE 10 para Bulimia Nerviosa.

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren:

- ❖ Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el paciente termina por sucumbir ante ellos presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- ❖ El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos.
  - Vómitos autoprovocados.
  - Abuso de laxantes.
  - Periodos intervalares de ayuno.
  - Consumo de fármacos tales como los supresores del apetito.
  - Extractos tiroideos o diuréticos.
- ❖ Si la bulimia se presenta en paciente diabético es muy común que abandone su tratamiento de insulina.

#### IV. Comportamiento de los estudiantes con bulimia nerviosa (54).

- ❖ **Predominio el deterioro personal.** El comportamiento de estos estudiantes suele ser conflictivo por la dificultad que presentan a la hora de controlar sus impulsos, dentro del aula predominaran estos conflictos:
- ❖ **Cleptomanía:** El alumno coge objetos sin consentimiento por su falta de control sobre la impulsividad.
- ❖ **Robos.** Para poder comprar los alimentos con los que realizan los atracones.
- ❖ **Promiscuidad.** Falta de control en la práctica de relaciones sexuales propiciando la práctica no segura con el posterior arrepentimiento
- ❖ **Absentismo escolar.** Los estudiantes se ausentan del colegio por su conducta impulsiva.
- ❖ **Mentiras.** Con el propósito de ocultar el atracón, los estudiantes recurren a mentiras.

## V. Diagnóstico diferencial de la bulimia (54).

### ❖ *Trastorno por atracones.*

Los pacientes presentan conductas compulsivas en la alimentación, pero ausencia de conductas compensatorias.

### ❖ *Síndrome de Kleine –Levin.*

Rara entidad neurológica caracterizada por conductas alimentarias compulsivas, pero ausencia de la preocupación por el aumento de peso y trastorno de la imagen corporal.

### ❖ *Trastorno depresivo mayor.*

Puede haber sobrealimentación, pero ausencia de conductas compensatorias.

## VI. Fisiopatología de la Bulimia (6,37).

Los pacientes con Bulimia Nerviosa tienen un IMC generalmente normales a diferencia de los pacientes con obesidad y sobrepeso los cambios cíclicos del peso pueden propiciar un incremento de la eficiencia metabólica, en donde los esfuerzos repetidos por perder peso inducen un estado de conservación de la energía que promueve la ganancia de peso, lo que conduce a mayores esfuerzos por reducirlo nuevamente, el desarrollo del ansia se acompaña por los cambios cerebrales inducidos por la sensibilización de las estructuras relacionadas con el reforzamiento apetitivo creando un estado e hiperactividad dopaminérgica que induce a la vez un estado de hipoactividad de la corteza prefrontal, incrementando la actividad de los sistemas subcorticales dopaminérgicos pudiendo llevar a una mayor sensibilización de dichas estructuras y haciendo más probable el aumento de ansia por la comida e incontrol de la ingesta en la Bulimia Nerviosa, relacionado con el déficit del control de impulsos, de igual manera la falta de inhibición de los sistemas

corticales que regulan la toma de decisiones conlleva a una pobre regulación emocional y cognitiva (38), se ha evidenciado que en los pacientes con BN se encuentran niveles disminuidos del neuropéptido estimulante de la gastrina (GRP) que actúa como un anorexígeno a nivel central .

#### ❖ Péptido YY

Los pacientes con bulimia tienen respuestas de hambre aumentadas y de saciedad disminuida, se ha observado que los pacientes poseen valores aumentados del péptido YY responsable de incontables impulsos de atracones, un fuerte estimulante de la conducta del consumo de alimentos, niveles bajos de beta-endorfina en el Líquido Cefalorraquídeo.

#### ❖ Betaendorfinas

El consumo de dulces y alimentos ricos en grasa incrementa la actividad opioide. "De este modo las concentraciones anormales de endorfina pueden relacionarse con el atracón "<sup>20</sup>(6).

#### ❖ Colecistocinina

La colecistocinina participa en la saciedad, los pacientes con bulimia tienen una respuesta disminuida a la colecistocinina. Explicando los atracones que suceden en el paciente.

#### ❖ Sistema Dopaminérgico

Se ha observado una actividad reducida del sistema dopaminérgico, dado que la dopamina participa en la respuesta placentera a los alimentos, los déficits dopaminérgicos en la bulimia nerviosa reducen a satisfacción después de comer.

---

<sup>20</sup> García Almeida JM, Olvera P. Presentación clínica de los trastornos de la conducta alimenticia. Anorexia Nerviosa. En: Tinahones Madueño FJ .ANOREXIA Y BULIMIA Una experiencia clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2003.p.51-135.

### 3.5.4 Complicaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (3)(9)(8)(6).

#### I. Alteraciones Metabólicas

Alteraciones hidroeléctricas con mayor frecuencia en pacientes bulímicos, causado por los vómitos autoinducidos y la gran cantidad de diuréticos y laxantes que usan, la más frecuente son.

- ❖ **Hipopotasemia.** Por la baja ingesta de líquidos y la pérdida de volumen ocasionando arritmias cardíacas, nefropatía y miopatía.
- ❖ **Hiperaldosterinismo.** Consecuencia de la deshidratación el cual causa edemas con fóvea.
- ❖ **Hiponatremia.** Consecuencia de la ingesta excesiva de agua, que causa dilución hidroelectrolítica, que puede provocar convulsiones y muerte denominándose intoxicación acuosa.
- ❖ **Hipoglicemia.** Atribuido a la baja ingesta de carbohidratos y reducción del tejido adiposo, puede pasar desapercibida por la ausencia del sistema nervioso simpático, enmascarando los síntomas y signos clásicos.
- ❖ **Hipercolesterolemia.** Esta se produce a expensas de las lipoproteínas de alta densidad HDL.
- ❖ **Hipercarotinemia.** Tinte color anaranjado de la piel que es más llamativo en las palmas y las plantas y en los surcos nasogenianos, respetando las escleróticas, debido parcialmente al consumo de grandes cantidades de alimentos ricos en caroteno.

Los síntomas con mayor prevalencia en estos pacientes son la fatiga, hipotermia, miastenia, irritabilidad, calambres musculares, signos de Chvostek y T Rousseau.

## II. Alteraciones endocrinas

Las alteraciones al sistema endocrino surgen de una consecuencia adaptativa de carácter regresivo frente a la pérdida de peso, el exceso de ejercicio, el tipo de alimentación y la ansiedad.

Amenorrea. Atribuida a la pérdida de peso en donde la amenorrea secundaria es más frecuente que la primaria, detectándose una disminución de los valores plasmáticos de estradiol. Hormona luteinizante (LH), Hormona Foliculoestimulante (FSH), Factor liberador de la hormona de crecimiento (GH), cuando la paciente recupera el 90% de su peso corporal reaparecen los ciclos menstruales.

En la amenorrea propia los TCA el ovario regresa a su estado prepuberal con muchos folículos inmaduros.

En el varón con anorexia se observa una disminución de los valores de la testosterona, reducción del volumen testicular y concentraciones bajas de LH Y FSH, observándose eventualmente oligospermia o azoospermia.

## III. Alteraciones Cardiovasculares

La mayor complicación de los TCA son las alteraciones en el sistema cardiovascular, con la pérdida progresiva de peso, también hay una pérdida progresiva de miocardio ventricular izquierdo y disminución del volumen de eyección, lo que conduce a una marcada disminución de la función ventricular.

Los signos y síntomas ms frecuentes son la debilidad, desmayo mareo, hipotensión ortostática, falta de aliento, dolor torácico, palpitaciones, arritmias, bradicardia, pulso débil e irregular, extremidades frías.

Estos pacientes además de presentar riesgo de muerte súbita y arritmias vinculadas con alteraciones hidroelectrolíticas (hipomagnesemia, hipocalcemia, hipopotasemia), es frecuente el prolapso de la válvula mitral, el estado de desnutrición en estos pacientes cursa con bradicardia e hipotensión, la insuficiencia cardíaca y la hipoproteinemia suele ser las responsables de los edemas en los tobillos y las acrocianosis.

#### **IV. Alteraciones Neurológicas**

Los signos y síntomas más frecuentes encontrados son la apatía, problemas de concentración, alteraciones cognoscitivas (memoria, flexibilidad cognoscitiva, etc.), ansiedad, depresión, irritabilidad y con menor frecuencia, convulsiones y neuropatía periférica, estudios científicos demuestran la disminución de la sustancia gris, correlacionándose con los índices de masa corporal bajos.

#### **V. Alteraciones hematológicas e Inmunológicas**

En los TCA es muy común encontrar anemia, leucopenia linfocitosis relativa, granulocitosis, trombocitopenia acompañado de hipoplasia e la medula ósea e incluso necrosis medular, con relación al sistema inmunitario se evidencia disminución de la capacidad bactericida granulocítica.

Entre los signos y síntomas más frecuentemente encontrados, son la fatiga, la intolerancia al frío, hematomas.

#### **VI. Alteraciones Renales**

Las alteraciones hidroelectrolíticas conllevan a una insuficiencia prerrenal, así es frecuente la elevación de los niveles de urea y creatinina en plasma que se relaciona con la dieta hipoprotéica y deficiente en líquidos la disminución de filtración glomerular y el aumento de catabolismo proteico muscular.

## **VII. Alteraciones Musculoesqueléticas**

Se ha descrito que en el transcurso de los TCA, hay un retraso en la maduración, disminución de la densidad ósea y un debilitamiento de grupos específicos de músculos debidos a una grave desnutrición proteica denominado miopatía proximal, así como fracturas patológicas. La amenorrea hipoestrogénica se asocia con osteopenia que progresa en osteoporosis potencialmente irreversible de localización lumbar y coxal, disminución de la masa muscular, estatura baja, detección del crecimiento óseo.

## **VIII. Alteraciones Oro faciales y Gastrointestinales**

Es muy frecuente la hipertrofia de las glándulas parótidas debido a las modificaciones hidroeléctricas causado por los vómitos, purgas y la sobrehidratación, aparecen descalcificaciones en la cara interna de los dientes, caries dentales y erosión del esmalte dental a consecuencia del ácido gástrico vehiculado por los vómitos, hinchazón de las mejillas y el cuello, dolor y eritema en la laringe, reflujo y desgarro gastroesofágico, gastritis, hematemesis, dilatación aguda del abdomen debido al retraso del vaciamiento gástrico y la prolongación del tránsito intestinal, produciendo sensación de plenitud prolongando la restricción alimentaria.

El abuso de laxantes estimulantes provoca estreñimiento grave y colon catártico e interrupción de la función colónica por la degeneración de los plexos de Auerbach, y esteatorrea debido a una malabsorción y la gastroenteropatía perdedora de proteínas.

Se presenta también daño hepatocelular debido a la desnutrición con aumento de las transaminasas GPT y GOT.

## **IX. Alteraciones Cutáneas.**

Los pacientes con TCA desarrollan lanugo aislante de la piel por ausencia de grasa con una coexistente pérdida de cabello, el aspecto de la piel suele ser seco y agrietada, marca de autolesiones, acné, signo de Russell, petequias y hemorragias conjuntivales después de cada emesis.

### **3.5.5 Tratamiento farmacológico (3).**

El tratamiento psicofarmacológico debe integrarse en un tratamiento individualizado que tenga en cuenta la multifactorialidad, debe integrarse como un elemento más en la restauración del estado nutricional, los programas de educación en salud y la psicoterapia, en los TCA no existe un tratamiento farmacológico específico a todos los pacientes, si existe una importante desnutrición se debe priorizar su corrección.

El tratamiento farmacológico responde a dos criterios básicos. El primero es el tratar las consecuencias médicas del trastorno ya que sus complicaciones son de riesgo vital por lo que la corrección farmacológica en este caso es priorizada. Por ejemplo, la hipopotasemia complicación de la conducta purgativa debe ser corregida de inmediato; el segundo es aspecto es brindar tratamiento farmacológico para controlar la enfermedad misma.

Los fármacos psicoactivos se utilizan para mejorar el cumplimiento de otros tratamientos específicos, atacando las bases del trastorno a cerca de la naturaleza de la enfermedad.

#### **3.5.5.1 Tratamiento farmacológico de la Anorexia**

##### **❖ Neurolépticos**

La utilización de neurolépticos se limita al cuadro clínico

caracterizado por una importante inquietud y ansiedad psicomotora que plantea dificultades de tratamiento en un marco terapéutico adecuado.

Al considerar que los principales síntomas de la anorexia nerviosa se debe a un exceso de la actividad dopaminérgica, *la pimocida*, mostró un efecto positivo en la ganancia de peso y una cierta mejoría sobre la actitud general, disminuyendo la fobia a engordar y una mayor motivación. En pacientes crónico aparentemente intratables se utiliza clorpromacina menos de 300mg administrados durante periodos breves.

“Ante la inanición, puede producirse una autofagia de proteínas musculares que conlleve a hiperproducción de neurotransmisores como la dopamina que contribuya a la agitación. Al bloquear los receptores dopaminérgicos, se favorece el reestablecimiento del equilibrio de la neurotransmisión cerebral y la normalización de la ingesta”<sup>21</sup>, los neurolépticos más usados la periciazina, la pimozida, la clotiapina, la propericiazina (15-100mg/día) y la clorpromazina (39).

#### ❖ **Benzodicepinas**

Los pacientes con anorexia nerviosa padecen ansiedad por la presión que el ambiente ejerce para que ganen peso y su temor a que ello se produzca para reducir la ansiedad anticipatoria con relación a la ingesta de alimentos se recomienda administrar 0.25-0.50mg. de *loracepam* una hora antes de las comidas. “La sedación así obtenida puede, además de tomarle

---

<sup>21</sup> Borrego Hernando O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Inf. Terap. del Sist. Nac. de Salud [Internet].2000 [Citado 18 de abril del 2017];24(2):44-50. Recuperado a partir de : <https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>

más realizable su alimentación, contener la urgencia imperiosa de la paciente de realizar ejercicios luego de haber comido”<sup>22</sup>(40), clorazepato: 50-100mg/día, diazepam o alprazolam 30mg/día en ansiedad severa (39).

#### ❖ Antidepresivos

La utilización de antidepresivos se justifica porque coexisten trastornos afectivos, obsesivos o de predominio de ansiedad, puede potenciar las alteraciones metabólicas, la mayor parte de los síntomas depresivos desaparecen al normalizarse el estado nutricional, entre los antidepresivos tricíclicos los de mayor uso clínico son la clomipramina, amitriptilina e imipramina.

Dentro de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina) no es recomendable el uso de la fluoxetina ya que produce pérdida del apetito y cierta excitación en pacientes ya hiperactivas (40).

#### ❖ Otros psicofármacos (39)

La ciproheptadina se utiliza en formas graves de malnutrición, las sales de litio se utiliza como un estabilizador del ánimo y ayudar en el objetivo de la ganancia de peso, sin embargo su uso conlleva a un alto riesgo de intoxicación por la alteración hidroelectrolítica.

### 3.5.5.2 Tratamiento farmacológico de la bulimia

El tratamiento farmacológico consigue reducir el número de atracones y las experiencias más positivas son con el uso de

---

<sup>22</sup> Langellotti A, Cascú A, Chandler E. Farmacoterapia en los trastornos alimentarios (TA) [Internet]. [Citado el 28 de Abril del 2017]. Recuperado a partir de [http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/farmacoterapia\\_en\\_los\\_trastornos\\_alimentarios\\_0.pdf](http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/farmacoterapia_en_los_trastornos_alimentarios_0.pdf)

antidepresivos y estudios con otros fármacos como los anticomociales, el litio y la fenfluramina han resultado desalentadores y equívocos (3).

## I. Antidepresivos

El mecanismo de acción de estos fármacos se relaciona con la inhibición de la recaptación de serotonina por parte de las neuronas cerebrales está indicado en niños mayores de 8 años y adolescentes en trastornos depresivos moderados a graves (38).

El tratamiento de la bulimia con antidepresivos se asocia con la alteración del estado de ánimo de entre los Inhibidores Selectivos de la Receptación de la Serotonina (ISRS) el fármaco más utilizado es la fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, o citalopram, su utilización se justifica por la implicación de las vías monoaminérgicas centrales relacionadas con la serotonina (5-HT) intervienen en el control de la conducta alimentaria y los mecanismos de saciedad, y que los antidepresivos podrían ejercer así su acción antidepresiva en la patología obsesiva y depresiva por ansiedad y por un déficit en el control de impulsos que acompañan a los trastornos de la conducta alimentaria, en la bulimia mejora el estado de ánimo depresivo, el ansia por los carbohidratos, el número de vómitos y atracones, la pérdida de control de los impulsos (3,39).

Los antidepresivos resultan eficaces como uno de los componentes del tratamiento inicial, las dosis de los antidepresivos e IMAO para el tratamiento de bulimia nerviosa son similares al tratamiento de depresión, no se deben prescribir tricíclicos (imipramina, desipramina, o amitriptilina) a los pacientes con riesgo de suicidio ya que al

principio resulta eficaz reduciendo la frecuencia de atracones y vómitos, pero una vez suspendido los efectos muscarínicos, adversos (sedantes, anticolinérgicos, hipotensores) propician el abandono del tratamiento, además de sus efectos colaterales cardiológicos (3,10).

### **Efectos adversos e interacciones más relevantes (38)**

#### **a. Fluoxetina**

- ❖ La fluoxetina se debe introducir con precaución en pacientes con historial de convulsiones.
- ❖ Los pacientes con tratamiento de fluoxetina pueden experimentar pérdida de peso, acatisia, hemorragia cutánea tipo equimosis y purpura.
- ❖ Nunca debe administrarse un ISRS con IMAO al menos deben transcurrir 5 semanas desde la interrupción del tratamiento con fluoxetina.

#### **b. Fluvoxamina**

- ❖ En raras ocasiones se ha descrito hiponatremia, reversible al suspender la medicación
- ❖ Puede producir un leve efecto laxante al contener manitol.
- ❖ Se han descrito trastornos hemorragias cutáneas y mucosas.
- ❖ Se ha notificado midriasis, debiendo tenerse cuidado en pacientes con presión intraocular elevada.
- ❖ Debe esperarse al menos una semana entre la interrupción de la medicación con fluvoxamina y la administración con cualquier IMAO.

- ❖ Se ha descrito elevación de los niveles plasmáticos de los antidepresivos tricíclicos .

## II. Inhibidores de la monoaminooxidasa

La acción farmacológica de los IMAO es la inhibir la enzima MAO responsable de la degradación de los neurotransmisores de serotonina, noradrenalina y dopamina.

### a. Fenelzina (8)

- ❖ Tratamiento de estados depresivos de origen diverso
- ❖ Puede aparecer hipotensión ortostática severa, insomnio, temblores y aumento de peso
- ❖ Dosis diaria de 60 a 90mg/día es superior al placebo en reducción a la frecuencia de atracones sin embargo es posible también recaídas después de 6 meses de tratamiento
- ❖ Considerar los antidepresivos para reducir la frecuencia de los atracones y vómitos
- ❖ Para la prevención de recaídas la continuación del antidepresivo con un mínimo de 9 meses.
- ❖ Se observan mejores resultados la combinación de psicoterapia y farmacoterapia que cada una independientemente.
- ❖ Puede ser necesario probar de manera secuencial distintos antidepresivos para conseguir un efecto óptimo

La característica principal en los pacientes bulímicos es el déficit de la actividad serotoninérgica este déficit es

responsable de la disminución de la inhibición que produce la serotonina sobre la ingesta de carbohidratos postulándose a que las dietas deficientes en triptófano contribuyan al descenso de la serotonina el medio simpático lo que conlleva a una incapacidad de controlar los impulsos dando lugar a los atracones y conductas purgativas descontroladas, la fluoxetina (40-60mg diarios) permite un gran alivio de los vómitos, así como en el control y el descenso del peso, se observa en los pacientes la búsqueda de la delgadez, anhelo por los carbohidratos, insatisfacción corporal (40).

El perfil psicológico de las candidatas a buena respuesta a serotoninérgicos incluye a las pacientes colaboradoras y responsables con patología obsesiva o depresiva manifiesta (39).

### **III. Estabilizadores del Ánimo**

Se ha descartado el uso de carbonato de litio por las frecuentes alteraciones hidroelectrolíticas cuando coexisten comportamientos purgativos (diuréticos, vómitos y laxantes) en la bulimia nerviosa (3), sus efectos beneficiosos potenciales son ensombrecidos por el riesgo de toxicidad que surge en los pacientes, el empleo de litio se ha sugerido en pacientes con gran inestabilidad afectiva, de interés más contemporáneo son los fármacos antiepilépticos tales como el topiramato que se considera útil en los trastornos alimenticios por su antiimpulsividad y efectos en la pérdida de peso .

### **IV. Benzodiacepinas**

Las benzodiacepinas tienen efectos hipnóticos, ansiolíticos,

anticonvulsivantes, amnésicos y miorelajantes, provocando alteraciones del apetito que pueden aumentar o disminuir el apetito que se presentan generalmente al inicio de la terapia y desaparecen con la administración prolongada (41).

Los diversos trastornos afectivos pueden desencadenar los atracones, destacando la ansiedad, la intensificación de la ansiedad preprandial puede ser combatida con benzodicepinas indicadas una hora y media antes de comer, la sedación así obtenida puede, además de tornarle más realizable su alimentación, contener la urgencia imperiosa de realizar ejercicios luego de haber comido, este beneficio debe contrarrestarse con el riesgo o abuso de sustancias presentes en estos pacientes por lo que deben utilizarse con cautela (3,40), los fármacos de mejor elección son clorazepato (50-100mg/día), diazepam (30mg/día) o alprazolam (dosis según peso y estado clínico) en ansiedad severa en ambas patologías.

## **V. Antagonistas de Opiáceos**

Los opiáceos endógenos pueden influir sobre la regulación de la ingesta observándose buenos resultados en la combinación de fluoxetina y naltrexona que cuando se utilizan de forma aislada cada uno de estos fármacos, esto abre una vía alternativa de tratamiento único con antidepresivos (3).

### **3.5.6 Tratamiento Cognitivo- Conductual de los Trastornos de la Conducta Alimentación (3).**

La aproximación en los “niveles de cuidado” sitúa de forma empírica el tratamiento cognitivo conductual tiene un gran peso debido a su eficacia al producir resultados positivos, la tendencia actual de los

tratamientos es la confluencia multidisciplinaria, como la educación en nutrición, la estructuración ambiental para normalizar la comida y el peso, el entrenamiento en demora para el tratamiento de atracones, la exposición y prevención de respuesta para las conductas purgativas, como una intervención familiar, el incremento de la autoconciencia, el manejo de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, e incluso una interpretación dinámica en estadios de tratamiento más avanzados.

La terapia cognitivo-conductual, trata de producir cambios en las conductas, creencias actitudes y emociones distorsionadas en los pacientes.

El tratamiento psicológico debe enfocarse en lograr cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal de manera que disminuya la importancia a la delgadez, en el tratamiento se diferencian tres grandes fases:

#### ***Primera fase. Cuidados y protección***

Lo primero es proteger la vida, incrementar la autoconciencia, lograr establecer una conexión y colaboración sincera con el paciente es una tarea fundamental la motivación se facilita si se le propone al paciente estudiar algunas decisiones necesarias para establecer el tratamiento.

#### ***Segunda fase. Tratamiento***

En la que se pide al paciente una corresponsabilidad de autocuidado y el afianzamiento de sus habilidades de afrontamiento.

#### ***Tercera fase. Prevención de recaídas***

La generalización de los resultados necesita un programa de prevención de recaídas en la cual el paciente tiene que afrontar situaciones de alto riesgo en los que pueden volver a resurgir conductas anómalas o se manifiesten algunos aspectos que necesiten n trabajo más profundo.

#### ❖ **Tratamiento de la Insatisfacción Corporal (42)**

El objetivo es abordar el problema central del cuadro la insatisfacción del paciente con su imagen corporal actuando sobre el componente perceptual de dicha distorsión a través de experimentos conductuales (técnicas de dibujo, marcado de siluetas, imágenes, videos distorsionados, espejos deformados) o mediante reconstrucción cognitiva (sobreestimación de alguna parte del cuerpo), se le ayuda a darse cuenta de la visión daltónica de su figura, en el caso de presentar sentimientos y conductas de repulsia hacia el propio cuerpo (evitar mirarse, vestirse o desvestirse frente a espejos, evitar usar determinada ropa), actuar en contra de esquema disfuncional .

Tratar aspectos subyacentes del trastorno (43)

- Desarrollo
- Formación de la identidad
- Preocupación por la imagen
- Autoestima en áreas diferentes al peso y la figura corporal
- Dificultades con la sexualidad y abusos
- Regulación de los afectos
- Expectativas relacionadas con el género
- Disfunción familiar
- Manejo de responsabilidades y habilidades sociales.

#### 3.5.7 **Tratamiento Psicosocial(3)**

Un elemento fundamental que explica la razón por la cual este modelo puede ser eficaz es el concepto de sinergia entre las fases y los módulos de tratamiento, el paso logrado al alcanzar una fase nueva es un efecto reforzador que le permite al paciente sentirse con posibilidades de continuar su proceso, lo mismo ocurre con los grupos de plan de vida, padres y psicoterapia que funcionan de manera concertada entre sí.

El grupo de trabajo puede ser generador de una patología, tanto el grupo familiar como el de referencia o influencia, puede cambiarse a un sentido positivo conteniendo un principio corrector, siempre y cuando esa fuerza que posee, los parámetros que se desarrollan pueda converger en un sentido terapéutico, el grupo es el objeto y método de trabajo en el que no solo se piensa en el paciente como individuo, sino como un sujeto anudado a un grupo familiar y social, debe ponerse de relevancia la importancia que tiene el cuidado y el análisis permanente del vínculo del equipo tratante con los pacientes y con los grupos familiares en tanto actúan como caja de resonancia de los conflictos que ellos mismos analizan .

### 3.5.8 Valoración y Tratamiento Nutricional (3)

#### ❖ Actitud del paciente

- El paciente desconfía del médico especialista porque teme que atente contra el status que ha adoptado y del que teme salir.
- El paciente vienen obligado a recibir el tratamiento, no voluntariamente, en consecuencia no solo no colabora, sino que mantienen reforzada la conducta de engaño que mantiene ante la familia y sociedad para ocultar su conducta
- El medico tampoco confía en lo que dice el paciente.

#### ❖ Rehabilitación nutricional

- En todos los pacientes debe determinarse el peso óptimo
- Establecer un patrón regular de ingesta sin atracones.
- Aumentar la variedad de alimentos que se consume
- Corregir las deficiencias nutricionales
- Reducir las restricciones alimentarias
- Animar a incorporar patrones de ejercicio saludables sin que estos sean excesivos.

### ❖ Antropometría y Evaluación Nutricional.

La valoración inicial y el seguimiento del estado nutricional del paciente es primordial para el conocimiento de sus características anatómicas y evaluación de su situación familiar. La determinación de la talla y el peso corporal, junto a la edad y el sexo son necesarios para conocer su aproximación a la normalidad ponderal y determinar el IMC, para servirnos en el cálculo de las necesidades y diseñar el tratamiento dietético o de nutrición artificial si es preciso.

El control del perímetro braquial, de la cintura, cadera o muslo, son útiles para evaluar los cambios en el peso corporal que pueden atribuirse a modificaciones en el compartimiento graso o magro.

La medición de los 4 pliegues cutáneos en la zona tricipital y bicipital del brazo, pliegue subescapular y suprailíaco, permiten cuantificar con mayor precisión la grasa corporal y la densidad corporal.

### ❖ Tratamiento Nutricional

La finalidad del tratamiento de los TCA en general es:

- Tratar las complicaciones físicas de la enfermedad.
- Conseguir un peso que no ponga en riesgo la salud.
- Proporcionar educación en salud para instaurar un comportamiento nutricional saludable.
- Normalizar los aspectos psicológicos del persona incluyendo la actitud entre la alimentación y la aceptación del propio cuerpo, el autoestima y el estado de ánimo.

El tratamiento nutricional en AN es corregir la malnutrición energético-proteica y las consecuencias de la misma y normalizar los patrones alimentarios. Esto implica alcanzar un peso saludable y

la recuperación de los ciclos ovulatorios normales (6).

#### ❖ **Implementación (6)**

Dependiendo de la gravedad del estado nutricional y la actitud del paciente y el estado de colaboración del paciente se optará por el empleo de una dieta oral natural suplementada con productos dietoterapéuticos; nutrición artificial enteral, y en casos excepcionales, nutrición parenteral. Es necesario de pautar el tratamiento lento y progresivamente para evitar los riesgos de sobrealimentación.

El tratamiento nutricional debe colaborar con el tratamiento psiquiátrico, tratar de conseguir el mejor estado nutricional posible evitando las situaciones de riesgo, es imprescindible que el especialista que atiende los aspectos somáticos del paciente, capte su confianza y mantenga un estrecho contacto con el equipo psiquiátrico, para aprovechar al máximo la interrelación existente entre la evolución de ambos aspectos .

#### ❖ **Síndrome de realimentación (44)**

Durante la realimentación se reincorporan electrolitos como el fósforo, potasio y magnesio desde el espacio intravascular dado que la reserva de estos están de por sí disminuidos las concentraciones sanguíneas disminuyen con el paso de estos al espacio extravascular, afectando directamente la contractibilidad cardíaca y genera arritmias que pueden ser letales .(bradicardia, QRS disminuido 20%, Ondas T 30% más bajas, Intervalo QT prolongado asociados particularmente a arritmias ventriculares y muerte súbita, el incremento rápido de peso debe evitarse particularmente en la primera semana de tratamiento. Podría ser reflejo de retención hídrica y no de un incremento de masa corporal. El balance hídrico debe mantenerse negativo o lo más neutro posible, la vigilancia de

la densidad urinaria ayuda a distinguir casos de retención hídrica por ingesta excesiva de líquidos, el aporte calórico e hídrico deben ser gradualmente incrementados para no favorecer el SR.

#### ❖ **Dieta Oral (6)**

Habitualmente si la situación no es grave, se inicia con tratamiento oral natural inicialmente con unas 1000 a 1500 kcal y progresivamente se irá aumentando el aporte calórico según los requerimientos estimados, el personal de enfermería debe controlar la cantidad realmente ingerida y las normas básicas de actuación (reposo tras las comidas, evitación de hábitos purgativos, y ejercicio físico intenso, etc.

#### ❖ **Nutrición enteral (6)**

La nutrición enteral por sonda debe reservarse para aquellos casos que no responden adecuadamente al tratamiento conservador (ausencia de ganancia temporal en los que existe desnutrición severa), ocasionalmente en pacientes no severamente desnutridos seleccionados, el empleo del soporte nutricional artificial puede facilitar la recuperación física y emocional especialmente si concurren déficits cognitivos asociados, entre las ventajas de este tipo de nutrición es que se asegura un aporte adecuado de los requerimientos nutricionales, replecciona la masa corporal celular y mejora la función cognitiva.

#### ❖ **Calculo de necesidades**

De las características antropométricas, contando con la edad y el sexo se deducen los requerimientos teóricos de energía, proteínas, agua y micronutrientes en condiciones basales, la fórmula que por lo general es usada es la de Harris Benedict para el gasto de energía basal (GEB).

- **Varones**

$GEB = 66.47 + (13.75 \times \text{peso en Kg.}) + (5 \times \text{talla en cm.}) - (6.76 \times \text{edad en años}).$

- **Mujeres**

$GEB = 655.1 + (9.56 \times \text{peso en Kg.}) + (1.85 \times \text{talla en cm.}) - (4.68 \times \text{edad en años}).$

❖ **Recomendaciones Generales (43)**

- Comidas frecuentes y pequeñas con alta densidad de nutrientes, ricas en carbohidratos desde la primera hora del día.
- Los suplementos líquidos son muy útiles pues ocupan un volumen pequeño y tienen un tránsito más rápido que las comidas sólidas.
- Deben llevarse a cabo medidas periódicas de peso y otras determinaciones antropométricas, registro de la dieta incluyendo lugar, hora y compañía adaptar una dieta para normalizar la alimentación, escogiendo alimentos que en un principio no causen inquietud excesiva al paciente.
- Los alimentos rechazados serán introducidos gradualmente.
- Evitar saltarse las comidas
- Limitar la comida disponible mientras se come.
- Limitar la disponibilidad de comidas peligrosas en el hogar.
- Identificar los momentos de mayor atracción y planificar actividades incompatibles con ellos
- Hacer un registro de la ingesta diaria resulta útil para que el paciente sea consciente y responsable de sus avances.

3.5.9 **El rol de la familia en la recuperación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (55).**

- ❖ La familia debe procurar buenos hábitos alimenticios, establecer

horarios de comida y ambientes placenteros sin conflictos sobre los alimentos.

- ❖ No premiar ni castigar con comida.
- ❖ Los padres serán siempre el ejemplo de los hijos, ellos imitan la selección de comida de las personas que admiran.
- ❖ Mantener una relación fluida y cercana con los hijos.
- ❖ Realizar comentarios positivos sobre la apariencia física de los hijos.
- ❖ Darse tiempo para conocer el entorno amical de los hijos, es bueno saber si se puede contar con ellos cuando sus hijos atraviesen momentos de dificultad.
- ❖ Enseñar a los hijos a tener una visión crítica sobre las nuevas modas y tendencias que impone la sociedad
- ❖ Estar alertas a los cambios previos a la manifestación de los síntomas clásicos de la anorexia y la bulimia.
- ❖ Si existe la sospecha de que el adolescente presente sintomatología de un trastorno de este tipo, es recomendable pedir evaluación por un médico psiquiatra, psicólogo o terapeuta familiar especializados en el tema.
- ❖ Recuperar las comidas en familia.
- ❖ Erradicar el sentimiento de culpa de los padres.
- ❖ Mantener el optimismo en la familia.

### 3.6 ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

#### 3.6.1 Prevención primaria (52)

Comprende al conjunto de medidas orientadas a prevenir la aparición de una enfermedad mediante el control de los factores predisponentes y desencadenantes (51), La prevención primaria se centra en brindar educación nutricional, fomentar el ejercicio físico educarlos en la mejora de habilidades personales como la resiliencia autoestima y habilidades sociales y educarlos en aceptación e informarles sobre los cambios biopsicosociales suscitados en la pubertad y adolescencia (54).

Las intervenciones de prevención primaria específicas para los trastornos de la conducta alimentaria son (54).

- ❖ Intervención psicoeducacional
- ❖ Educación criticista hacia los medios de comunicación
- ❖ Intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA.

La sensibilización y formación de los profesionales de la salud en atención primaria de la salud y del personal docente de las instituciones educativas para la realización de programas de prevención conjunta es prioritaria e este grupo etéreo, el enfoque que se ha brindado a los trastornos alimenticios de obesidad y sobrepeso puede generar mensajes contundentes que generen otros problemas alimenticios privativos, por lo tanto se deben reducir los factores de riesgo, con la premisa básica de “no maleficiencia” incluyendo tres componentes de riesgo clave (52).

- ❖ Desalentar el uso de dietas restrictivas y conductas no saludables para el control del peso, promocionando en su lugar la alimentación

saludable, mediante las loncheras y quioscos saludables accesibles a los recursos económicos de la comunidad estudiantil y la actividad física.

- ❖ Fomentar estrategias educativas que favorezcan la aceptación corporal y el autoestima, promover una imagen corporal positiva, incluyendo los factores ambientales y socioculturales que generen insatisfacción corporal, mejorar el afrontamiento efectivo del medio y la resiliencia.
- ❖ Mejorar las habilidades de comunicación entre los jóvenes, generar ambientes saludables donde se eliminen las burlas en relación al peso proporcionando un espacio para discutir acerca del maltrato asociado al peso, generar actividades de intervención focalizadas en reducir la denigración verbal implementando políticas claras en contra de las burlas por la apariencia física en colegios y organizaciones comunitarias, trabajar con las familias y adolescentes para disminuir la costumbre de hablar sobre el peso aunque los comentarios brindados sean bien intencionados, explorar otras opciones como realizar actividades recreativas y saludables en familia.

Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, a menudo complementarias<sup>23</sup>(54).

**a. Estrategia poblacional:** Es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma

**b. Estrategia de alto riesgo:** Es de tipo individual y se dirige a

---

<sup>23</sup> Navarro Alarcón MM. Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria. [Trabajo de fin de Máster en Internet]. Internet: Universitat Oberta de Catalunya: 2016]. [Citado el 12 Mayo del 2017].52p. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>

aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial.

### 3.6.2 Programas psicoeducativos de prevención primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en las Instituciones Educativas (54).

- ❖ **“Body Project”**. Basado en la disonancia cognitiva y la terapia racional emotiva, se activan recursos y una postura crítica frente a la idealización cultural de la delgadez, se aplica en tres o cuatro sesiones mostrando eficacia en la reducción de los TCA y una menor utilización de los servicios de salud mental.
- ❖ **“Sorority body image program”**. Derivado de body project pero con aplicación a pares con lazos estrechos, contempla únicamente dos sesiones y de fácil implementación.
- ❖ **“Peso Saludable”**. Centrado en cambios lentos y graduales en la dieta y ejercicio, dirigido a enseñar a los participantes a cómo mantener un peso saludable mediante cambios graduales en la dieta y ejercicio.
- ❖ **“Weight to eat”**. Programa dirigido a cambiar ideas, actitudes y conductas hacia la nutrición, mejorar la autoimagen y eficacia frente a las presiones sociales sobre alimentación, aplicándose en 10 sesiones.

Por tanto es necesario que los profesionales de la salud, personal docente y entorno familiar se afiancen en pos del bienestar de los adolescentes, futuros jefes de familia, cuidando sus conductas, actitudes, lenguaje y el tipo de indicaciones brindadas para evitar contribuir involuntariamente al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

### 3.6.3 El papel de la familia en la prevención de los TCA (54).

Las recomendaciones van lineadas en pos de ayudar a disminuir una adolescencia problemática y desorientada, a menudo los padres más desorientados que los hijos.

- ❖ Mantener una alimentación saludable rica en nutrientes necesarios para que los adolescentes completen un correcto desarrollo biopsicosocial.
- ❖ Realizar al menos una comida al día en casa junto a todos los miembros de la familia.
- ❖ Facilitar la comunicación y mejorar la autoestima
- ❖ Evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen corporal.
- ❖ Evitar las bromas y desaprobaciones sobre el peso, imagen y forma de comer de los niños y adolescentes.
- ❖ Otorgar responsabilidades adecuadas a la edad de cada uno de los hijos.
- ❖ Crear un clima de confianza que facilite y potencie la expresión de los sentimientos.
- ❖ Evitar la sobreprotección de los hijos y respetar la intimidad mutua.
- ❖ Potenciar y favorecer que el acto de comer sea un acto de convivencia.

### 3.6.4 Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de la salud en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (53).

#### 1.-Patrón 1: Percepción -Mantenimiento de la salud

- ❖ Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080).
- ❖ Gestión ineficaz de la propia salud (00078).

## **2.-Patrón 2: Nutricional –metabólico.**

- ❖ Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
- ❖ Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005).
- ❖ Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195).
- ❖ Deterioro de la mucosa oral (00045).
- ❖ Deterioro de la integridad cutánea (00046).
- ❖ Perfusión tisular periférica ineficaz (00204).
- ❖ Déficit de autocuidado: Alimentación (00102).
- ❖ Riesgo de sobrepeso (00234).

## **3.-Patrón 3: Eliminación.**

- ❖ Estreñimiento (00011).
- ❖ Diarrea (00013).
- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

## **4.-Patrón 4: Actividad y Ejercicio**

- ❖ Fatiga (00093).
- ❖ Retraso en el Crecimiento y Desarrollo (00111).
- ❖ Déficit de Autocuidado: Vestido (00109).
- ❖ Déficit de Autocuidado: Alimentación (00102).
- ❖ Riesgo de deterioro de la función cardiovascular(00239)
- ❖ Planificación ineficaz de las actividades (00199).
- ❖ Fatiga (00093).

## **5.-Patrón 5: Descanso -Sueño**

- ❖ Trastorno de patrón de sueño (00198).

#### **6.-Patrón 6: Cognitivo perceptual**

- ❖ Trastorno de la percepción sensorial (visual) (00122).
- ❖ Conocimientos deficientes (00126).

#### **7.-Patrón 7: Autopercepción –Autoconcepto.**

- ❖ Desesperanza(00124)
- ❖ Trastorno de la identidad personal(00121)
- ❖ Baja autoestima crónica(00119).
- ❖ Trastorno de la imagen corporal (00118)

#### **8.-Patrón 8: Rol relaciones.**

- ❖ Desempeño ineficaz del rol (00055).
- ❖ Procesos familiares disfuncionales (00063).
- ❖ Riesgo de violencia autodirigida (00140).
- ❖ Cansancio del rol cuidador (00061).
- ❖ Deterioro de la interacción social (00052).
- ❖ Riesgo de suicidio (00150).

#### **9.-Patrón 9: Sexualidad.**

- ❖ Disfunción sexual (00059).
- ❖ Patrón sexual ineficaz (00065).

#### **10.-Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés**

- ❖ Afrontamiento inefectivo (00069).
- ❖ Negación ineficaz (00072).

#### **11.-Patrón 11: Valores y creencias.**

- ❖ Sufrimiento espiritual (00066).

### 3.6.5 Diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentes en los TCA (46, 48).

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Ejecución			Evaluación (NOC)
		M	T	N	
<p><b>Dominio 2: Nutrición.</b>  <b>Clase 1: Ingestión.</b>  <b>Dx.</b>  <b>Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales (0002) r/c Ingesta diaria insuficiente c/p peso corporal inferior en un 20% o más respecto al peso ideal.</b></p> <p><b>Objetivo:</b>            Lograr un adecuado aporte de nutrientes según las necesidades metabólicas.</p>	<p><b>Ayuda para ganar peso (1240).</b>            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar los niveles séricos de albúmina, linfocitos y electrolitos.</li> <li>• Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico.</li> <li>• Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.</li> </ul> <p><b>Manejo de la nutrición (1100).</b>            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</li> <li>• Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales.</li> </ul> <p><b>Manejo de los trastornos de la alimentación (1030).</b>            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar estado nutricional del paciente: Peso e IMC.</li> <li>• Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente y la familia</li> <li>• Control de peso diario.</li> <li>• Acompañar al paciente al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas y tentempiés.</li> <li>• Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de sensibilización a medida que el paciente incorpora nuevas medidas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.</li> </ul>	<p>x</p> <p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p><b>Estado nutricional: Ingestión de nutrientes(1009).</b>            Indicadores :            – (100902) Ingestión protéica.            – (100906) Ingestión mineral.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones de enfermería (NIC)	Ejecución			Evaluación de Enfermería (NOC)
		M	T	N	
<p><b>Dominio 6: Autopercepción.</b>  <b>Clase 3: Imagen Corporal</b>  <b>Dx.</b>  <b>Trastorno de la imagen corporal r/c</b>  <b>Alteración de la Autopercepción c/p</b>  <b>sentimientos negativos sobre el propio cuerpo</b>  <b>Objetivo:</b> modificar el aspecto viso espacial y valoración cognitiva de su imagen</p>	<p><b>(4370) Entrenamiento para controlar los impulsos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción inmediata.</li> <li>• Ayudar al paciente a evaluar e resultado del curso de acción elegido.</li> </ul> <p><b>(5395) Mejora de la autoconfianza.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar al paciente para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.</li> <li>• Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la conducta.</li> </ul> <p><b>(5400) Potenciación de la autoestima</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes</li> <li>• Abstenerse de realizar críticas negativas .</li> <li>• Ayudar al paciente a afrontar los abusos y las burlas.</li> <li>• Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.</li> </ul> <p><b>(5100) Potenciación de la socialización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar las actividades sociales y comunitarias</li> <li>• Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.</li> </ul>				<p><b>Autoestima(1205)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (120501) Verbalizaciones de autoaceptación.</li> <li>– (120502) Aceptación de las propias limitaciones.</li> <li>– (120518) Descripción de estar orgulloso.</li> </ul>

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Ejecución			Evaluación de Enfermería (NOC)
		M	T	N	
<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p> <p><b>Ansiedad(00146) r/c crisis situacional c/p angustia</b> <b>Objetivo</b> Controlar la respuesta de ansiedad</p>	<p><b>Disminución de la ansiedad (5820)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>• Animar a la familia a permanecer con el paciente.</li> </ul> <p><b>(5880) Técnica de relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad</li> <li>• Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.</li> <li>• Mantener la calma de una manera deliberada</li> </ul> <p>Proporcionar ansiolíticos según se precise.</p> <p><b>(4700) Reestructuración cognitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median la excitación emocional.</li> <li>• Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones irracionales por racionales.</li> </ul> <p><b>(4310) Terapia de actividad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual y/o actividades recreativas favoritas.</li> <li>• Instruir a la familia para que ofrezca un refuerzo positivo para la participación en actividades.</li> </ul>				<p><b>Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (140312) Expone pensamiento basado en la realidad.</li> </ul> <p><b>Autocontrol de los impulsos (1405).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (140503) Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas.</li> <li>– (140515) Evita situaciones de alto riesgo</li> </ul>

#### 4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**4.1. Autor(es):** Guzmán Velasco, Merly Matilde y Manchego Zevallos, Rommy Ethiel.

**Título:** **Presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de 4° y 5° de secundaria del colegio nacional nuestra señora de los dolores. Arequipa-2005”.**

**Conclusión:** Se concluye que entre los alumnos de 4° y 5° año de Secundaria del Colegio Nacional Nuestra Señora de los Dolores existe presencia de los trastornos de la conducta alimentaria con características psicológicas en, conciencia introspectiva, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, el estado civil de los padres es casado, con un ingreso económico más del sueldo mínimo vital y la convivencia es con ambos padres.

**4.2. Autor:** Monroy Condori, Maribel.

**Título:** **“Prevalencia de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en dos Colegios de Arequipa, 2006”.**

**Conclusión:** En una muestra de población escolar mixta de 12 a 17 años de edad distribuidos en dos colegios nacional y particular en la ciudad de Arequipa la prevalencia de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria encontrada en el colegio nacional es mayor (12.6%), respecto del colegio particular (6.9%).

En forma comparativa la prevalencia según sexo muestra que en varones no difiere en ambos colegios (6.6%), en mujeres la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria es mayor en el colegio nacional (19.6%), respecto del colegio particular (9.9%), el peso promedio, talla e IMC son mayores en estudiantes del colegio particular, encontrándose un mayor riesgo de anorexia restrictiva en el colegio nacional.

**4.3. Autor:** Espinoza Chilca, Lizbeth Kelly.

**Título:** **“Influencia de los factores socioculturales en la conducta**

**alimentaria de las estudiantes de del tercer año de la facultad de Enfermería, Universidad Católica de Santa María, 2014”.**

**Conclusión:** Se concluye que la edad promedio de las estudiantes es de 17 a 20 años de edad de género femenino, católicas, solteras, con un ingreso económico de los padres de 1500 a 2500 soles mensuales en su mayoría han consumido productos dietéticos para perder peso, perciben mayor influencia sobre la imagen corporal de los anuncios televisivos con una ingesta de alimentos de 2 a 3 veces al día con falta de control al comer y ejercicio excesivo con respecto a la percepción de imagen se sienten normales, con la creencia de que después de un día de atracón se compensa con un día de ayuno, más de la mitad está insatisfecho con su imagen corporal.

## 5. HIPÓTESIS

Dado que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una voluntad excesiva de alcanzar la delgadez y la perfección acarreado consecuencias negativas como la depresión y ansiedad alterando el funcionamiento biopsicosocial del adolescente.

Es probable que en la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán exista sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

##### 1.1. TÉCNICA

En la presente investigación se utilizó *el cuestionario* para ambas variables por ser el más adecuado para el logro de los objetivos y como instrumento se utilizara *la cedula de preguntas* con la escala EDI-2 .

##### 1.2. INSTRUMENTO (15)

Como instrumento se utilizó la cédula de preguntas del Eating Disorder Inventory EDI-2, siendo el más adecuado por evaluar la sintomatología y las características psicopatológicas, que acompañan la Anorexia Nerviosa(AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

El Eating Disorder Inventory (EDI) en su primera versión fue creado por David M. Garner, Olmsted y Polivy en 1983. Esta escala de auto-reporte, mide las características psicológicas y distintas áreas conductuales asociadas a la sintomatología de relevancia clínica en la Anorexia y Bulimia nerviosa, presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez (26), representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan Trastornos de la Conducta

Alimentaria o que se encuentren en riesgo de desarrollar este tipo de conductas en el futuro. Inicialmente contaba con 64 ítems siendo puntuadas mediante escala de Likert de 6 puntos siendo agrupadas en 8 subescalas que se correlacionan positivamente, a la cual las tres primeras escalas (*obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal*) miden los comportamientos y actitudes propias de la persona, las siguientes cinco subescalas (*inefectividad, baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a madurar*) evalúan las características psicopatológicas del individuo, posteriormente 8 años después, en el año 1991 se le adicionaron 27 ítems en 3 subescalas contando finalmente con 91 ítems distribuidos en 11 escalas que evalúan la sintomatología del trastorno del comportamiento alimentario configurándose como el EDI-2.

El EDI -2, puede aplicarse a un grupo de sujetos de 12 años en adelante y cuenta con una serie de publicaciones que avalan su validez en el campo de los Trastornos Alimenticios. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria (28), la aplicación es individual y colectiva, el tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos aproximadamente.

La puntuación total que se brinda a la escala oscila entre 0 y 273 puntos, posee mayor relevancia el valor cualitativo del estudio de cada una de las 11 escalas que brinda el instrumento, mientras mayor sea la puntuación obtenida en cada escala mayor será la manifestación del rasgo evaluado (27), “un punto de corte de 14 en la subescala de motivación para adelgazar indica, tanto la probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación, como la existencia del mismo”<sup>24</sup> (29), se establece un punto de corte global del EDI-2 de 80 puntos para la puntuación total, con una sensibilidad del 91% y especificidad del 80%, y de 105 puntos con una sensibilidad de 82% y especificidad del 89% (18b).

---

<sup>24</sup> Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica [ Internet ]. España: Universidad Complutense de Madrid Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2[Citado 3 de Mayo del 2017].Recuperado a partir de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/INVENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA%20\(EDI-2\)/EDI-2\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/INVENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA%20(EDI-2)/EDI-2_F.pdf)

A continuación se presentará la definición de las once escalas descritas en la escala EDI-2(15).

1. **Conciencia interoceptiva:** Descrita como la capacidad para identificar las propias emociones y sensaciones, esta escala evalúa las alteraciones de la conciencia interoceptiva que repercute en la inadecuada identificación de las sensaciones viscerales del hambre y saciedad estableciéndose como factor psicopatológico de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. **Desconfianza Interpersonal:** Esta escala evalúa la dificultad de una persona para expresar sus propios sentimientos y pensamientos el desinterés por establecer relaciones íntimas interpersonales y el sentimiento general de alienación de la persona.
3. **Ineficacia:** Esta escala evalúa la inseguridad y el sentimiento de incapacidad, relacionada con la baja autoestima, autoevaluación negativa acompañado por sentimientos de vacío y soledad.
4. **Perfeccionismo:** Dicha escala evalúa el grado en el que la persona cree que debe poseer un rendimiento personal excepcional, convencido de que los demás solo esperan de él resultados excelentes.
5. **Insatisfacción Corporal:** en esta escala se evalúa la percepción propia del sujeto y la insatisfacción con la forma general de su cuerpo.
6. **Bulimia:** Esta escala evalúa en el sujeto, la presencia los pensamientos constantes referentes a la comida, al exceso del consumo de ésta, induciéndose posteriormente al vómito.
7. **Obsesión por la delgadez:** Manifestación clínica que se expresa por un fuerte impulso por estar más delgado y un intenso temor a la obesidad o sobrepeso.
8. **Miedo a la madurez:** Evalúa el deseo de la persona de volver a la

seguridad de su infancia, la privación de alimentos limita la madurez psicobiológica de la persona ya que desemboca en una apariencia prepuberal haciendo que se sienta aliviado frente a la confusión de la adolescencia.

9. **Ascetismo:** Evalúa la tendencia a buscar la virtud mediante ideales espirituales como el sacrificio y la autodisciplina, superación y control de las necesidades corporales.
10. **Impulsividad:** Esta escala mide la dificultad que tiene la persona para controlar sus impulsos, la tendencia a la agitación, consumo de drogas, autodestrucción y el daño de las relaciones interpersonales.
11. **Inseguridad Social:** Dicha escala el complejo de inferioridad que podría poseer el adolescente y la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias y de escasa calidad.

De aplicación individual y colectiva, el tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos aproximadamente.

#### **Criterio Operativo Escalar**

El inventario EDI-2 cuenta con 91 afirmaciones de las cuales 27 son formuladas inversamente, agrupadas en 11 escalas, el formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos, describiendo su comportamiento según ocurra “nunca” a “siempre”.

- ❖ 5="siempre"
- ❖ 4="casi siempre"
- ❖ 3="frecuentemente"
- ❖ 2="en ocasiones"
- ❖ 1="rara vez"
- ❖ 0="nunca"

Siendo 8 escalas generales referidas a rasgos psicológicos y la sintomatología que son clínicamente relevantes para identificar los trastornos de la conducta alimentaria

- ❖ Obsesión por la delgadez (DT)..... (1, 7, 11, 16, 25,49, 32).
- ❖ Bulimia (B)..... (4, 5, 28, 38, 46, 53 ,61).
- ❖ Insatisfacción corporal (BD)..... (2,9,12,19,31,45,55,59,62).
- ❖ Ineficacia (I)..... (10,18,20,24,27,37,41,42,50,56).
- ❖ Perfeccionismo (P)..... (13, 29, 36, 43, 52,63).
- ❖ Desconfianza interpersonal (ID)..... (34,54,15,17,23,30,57).
- ❖ Conciencia interoceptiva (IA)..... (8,21,26,33,40,44,47,51,60,64).
- ❖ Miedo a la madurez (MF)..... (3, 6, 14, 35, 48, 22, 39,48).

Y 3 escalas adicionales que evalúan las actitudes conductuales de la persona.

- ❖ Ascetismo (A) ..... (66, 68, 71, 75, 78, 82, 86,88).
- ❖ Impulsividad (IR) ..(65,67,70,72,74,77,79,81,83,85,90).
- ❖ Inseguridad social (SI)..... (69, 73, 76, 80, 84, 87,89, 91).

La corrección y calificación del EDI-2 se realiza por escalas, la forma de corrección de dichas respuestas varia al tomar en cuenta que existen afirmaciones redactadas de forma inversa, la puntuación otorgada a las afirmaciones hechas en forma directa son de la siguiente manera.

Siempre	: 3	A veces	: 0
Casi siempre	: 2	Pocas veces	: 0
A menudo	: 1	Nunca	: 0

En el caso de las afirmaciones inversas las puntuaciones se invierten, las respuestas dadas en sentido asintomático no deben contribuir a acrecentar la puntuación de la escala, a mayor puntuación obtenida mayor será la especificidad de padecer un trastorno alimenticio.

La finalidad del EDI-2 es la identificar casos vulnerables por lo que es conveniente aplicarlo en poblaciones normales, es necesario que los sujetos que superen un punto de corte se debiera continuar con la realización de entrevistas más profundas.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

La investigación se llevó a cabo en la Institución Educativa Nacional Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, de gestión pública directa, ubicado en el distrito de Jacobo Hunter en la Av. Viña del Mar n° 1300 esta Institución Educativa de nivel secundaria, que actualmente cuenta con dos turnos (diurno y vespertino), el turno de la mañana cuenta con 18 secciones y en el turno de la tarde con 14 secciones entre 1° y 5° de secundaria haciendo un total de 32 secciones, atendiendo a un total de 926 estudiantes.

La institución educativa es de material noble, el terreno cuenta con un área de 3 hectáreas.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

El presente estudio es coyuntural para el 2016, la obtención de datos y la elaboración del proceso de estructuración e informe final se realizará en los meses de Noviembre a Abril del 2017.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

La población objetivo estuvo constituida por los alumnos de 1° y 5° de secundaria, el 1° año de secundaria cuenta con siete secciones (A, B, C, D, E, F, G) comprendiendo a 177 estudiantes y el 5° año de secundaria que cuenta con 6 secciones (A, B, C, D, E, F) comprendiendo a 133 estudiantes, con un total de 310 estudiantes entre ambos grados educativos, que constituye el universo a estudiar.

### **2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ❖ Estudiantes que deseen participar en el estudio.
- ❖ Estudiantes que asistieron en el momento de aplicado el instrumento.
- ❖ Estudiantes del 1° y 5° de secundaria

## 2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- ❖ Estudiantes que no asistieron en el momento de aplicado el instrumento.
- ❖ Estudiantes de otros grados y secciones.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. ORGANIZACIÓN

- ❖ Se coordinó con la autorización del Decanato de la Facultad de Enfermería de la UCSM.
- ❖ Se coordinó con el Director y Subdirectores de la Institución Educativa para poder obtener el permiso correspondiente.
- ❖ Se coordinó la Oficina de Bienestar y Tutoría estudiantil.
- ❖ El horario de la recolección de datos fué en la mañana y en la tarde.
- ❖ Se motivó a los a los estudiantes de 1° y 5° de secundaria a participar.
- ❖ El instrumento se aplicó directamente a estudiantes del 1° y 5° año de secundaria con la finalidad de poder detectar tempranamente la sintomatología de los TCA, procediéndose después a la captación de estudiantes adolescentes en riesgo para poder ser derivados a la oficina de psicología y nutrición y ser sensibilizados posteriormente con sesiones educativas sobre la buena alimentación y autoestima ,para así poder obtener los resultados esperados y sobretodo en beneficio de los jóvenes estudiantes.

### 3.2. RECURSOS

#### 3.2.1. Recursos Humanos

- ❖ La investigadora

### **3.2.2. Recursos Materiales**

- ❖ Cedula de encuesta, Inventario EDI-2.
- ❖ Material de escritorio.
- ❖ Computadora personal con software de base datos y procesamiento estadístico

### **3.2.3. Recursos Económicos**

- ❖ Propios de la investigadora quien realiza la investigación.

### **3.2.4. Recursos Institucionales**

- ❖ Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.

## **3.3. MANEJO DE RESULTADOS**

- ❖ Jerarquización de resultados
- ❖ Sistematización de datos
- ❖ Interpretación de datos estableciendo vinculación a través de descripción crítica, relación y comparaciones.
- ❖ Una vez recolectados los datos estos se analizaran e interpretaran en tablas estadísticas empleando estadística descriptiva.

#### 4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	2016												2017																			
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto de Investigación	x	x	x	x	x	x																										
Elaboración del marco teórico							x	x	x	x	x	x																				
Recolección de datos											x	x	x																			
Estructuración de resultados													x	x	x	x	x	x	x	x												
Elaboración del informe final																					x	x	x	x	x	x	x	x	x			



### **CAPITULO III**

## **RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

## 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N°1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO EN EL CENTRO  
EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO  
Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

<b>Género</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Masculino	160	51.61
Femenino	150	48.39
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con ficha socioeconómica,  
Arequipa 2017.

En la tabla N°1 se observa que en relación al género el 51.61% de la población estudiada son de sexo masculino y el 48.39% son de sexo femenino, de lo que se deduce que más de la mitad de la población de estudio son de sexo masculino.

TABLA N°2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD EN EL CENTRO EDUCATIVO  
JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

<b>Edad</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
12 a 14	177	57.10
15 a 17	121	39.03
18 a más	12	3.87
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con ficha socioeconómica,  
Arequipa 2017.

En la tabla N°2 se observa que en relación al grupo etario la población de 15 a 17 años alcanzaron el mayor porcentaje con un 50.65% y el menor porcentaje con un 3.87% la población etaria son de 18 años a más.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio se encuentra en la fase de la Adolescencia media.

**TABLA N° 3**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PADRES EN EL  
CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO  
Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

<b>Estado Civil</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Solteros	28	9.03
Casados	149	48.06
Convivientes	106	34.20
Divorciados	27	8.71
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con ficha socioeconómica, Arequipa 2017.

En la tabla N°3 se observa que según el estado civil, que el 48% de los padres son casados siendo el mayor porcentaje, y un menor porcentaje de 8.71% son padres divorciados.

De lo que se deduce que más de la mitad de los padres de la población estudiada son casados, sin embargo, más de la cuarta parte son convivientes.

TABLA N°4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO EN LOS PADRES  
DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN  
AREQUIPA, 2016.**

Ingreso Económico	Fr	%
Mínimo	131	42.26
Más del mínimo	151	48.71
Menos del mínimo	28	9.03
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con ficha socioeconómica, Arequipa 2017.

En la tabla N°4 según el ingreso económico se observa que el 48.71% de los padres de la población estudiada, percibe un sueldo de más del mínimo vital, y un menor porcentaje de 9.03% ganan menos del sueldo mínimo vital.

De lo que se deduce que es posible ambos padres trabajen siendo este un factor de riesgo externo dado que el rol familiar juega un rol importante en el origen y la rehabilitación de los trastornos mentales.

TABLA N°5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL  
CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-  
AREQUIPA, 2016.**

<b>Convivencia Familiar</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Con ambos padres	194	62.58
Con el padre	20	6.45
Con la madre	44	14.20
Con familiares	29	9.35
Solo	23	7.42
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con ficha socioeconómica, Arequipa 2017.

En la tabla N°5 se observa que el 62.58% de la población de estudio convive con sus padres, y el 7.42% de la población vive solo.

Es preocupante el porcentaje de 7.42% de estudiantes que viven solos, ya que no tendrían un guía psicoemocional durante la etapa de la adolescencia, donde podría estar gestándose crisis vitales durante su desarrollo.

TABLA N°6

**ESTUDIANTES DE 1° AÑO DE SECUNDARIA Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

<b>Población de estudio</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Asintomáticos	112	63.28
Presencia de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria	65	36.72
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N° 6 se observa que el 63.28% de la población de estudio no presenta alteraciones psiquiátricas con respecto a la alimentación y el 36.72% de la población presenta sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

De lo que se deduce que más de la cuarta parte de la población de estudio correspondiente al 1° año de secundaria necesita atención primaria de salud por presentar sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

**TABLA N°7**  
**ESTUDIANTES DE 5° AÑO DE SECUNDARIA Y PRESENCIA DE**  
**SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**  
**ALIMENTARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO**  
**VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

<b>Población de estudio</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Asintomáticos	64	48.12
Presencia de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.	69	51.88
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N° 7 se observa que el 48.12% de la población de estudio son asintomáticos, y en el 51.88% de los estudiantes del 5° año de secundaria se observa presencia de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

De lo que se deduce que más del 50% de la población de estudio correspondiente al 5° de secundaria presenta trastornos de la conducta alimentaria.

**TABLA N° 8**

**PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES  
DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA EN EL CENTRO EDUCATIVO  
JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

Grado Género	1°		5°		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	11	16.92	12	17.40	23	17.16
Femenino	54	83.08	57	82.60	111	82.84
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100.00</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N° 8 se observa que el mayor porcentaje 83.08% de la población con sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria se presenta en el sexo femenino de 1° año de secundaria y el menor porcentaje de 16.92% corresponde al sexo masculino de 1° año de secundaria.

De lo que se deduce que más de las 3/4 de los trastornos de la conducta alimentaria se presenta en niñas en progreso a la adolescencia lo que puede afectar su desarrollo psicosocial y que la preocupación de los varones por su imagen va en aumento de acuerdo a su edad.

TABLA N° 9

**PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA EDAD EN ESTUDIANTES  
DE 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO  
JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN -AREQUIPA, 2016.**

Edad	Población de estudio		Presencia de Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
12-14 Años.	112	63.64	65	48.51	177	57.10
15-17 Años.	55	31.25	66	49.25	121	39.03
18 a más.	9	5.11	3	2.24	12	3.87
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100.00</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N° 9 se observa que el mayor porcentaje de 63.64% no presentan sintomatología de la conducta alimentaria en la edad de 12 a 14 años y un 48.51 % en la misma edad si lo presenta.

Un menor porcentaje de 5.11% en la edad de 18 años aun no lo presentan, y el 2.24% en esta misma edad presenta sintomatología de la conducta alimentaria.

De lo que se deduce que más de la mitad de la población no presenta sintomatología en la edad de 12 a 14 años y casi la mitad de la población de estudio en la edad de 15 a 17 años, lo que evidencia que la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria es más marcada y evidente durante la adolescencia media.

TABLA N° 10

**TABLA GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ESTUDIANTES DE 1° Y 5° AÑO DE  
SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO  
VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

Grado	Asintomáticos		Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1°	112	63.64	65	48.51	177	57.10
5°	64	36.36	69	51.49	133	42.90
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100.00</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>	<b>310</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N° 10 que el 63.64% de los estudiantes de 1° de secundaria son asintomáticos y el 48.51% de la población restante presenta sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria, en el grado de 5° de secundaria el 36.36% de la población son asintomáticos y el 51.49 % presenta sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

De lo que se deduce que más de la mitad de la población de estudio correspondiente al 5° de secundaria presenta sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

**TABLA N° 11**

**FRECUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA POR SUB-ESCALAS EN ESTUDIANTES  
DE 1° Y 5° EN EL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO  
VIZCARDO Y GUZMÁN-AREQUIPA, 2016.**

SUBESCALA	Estudiantes con sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria			
	1°		5°	
	Fr	%	Fr	%
I. Obsesión por la delgadez	171	5.64	134	4.55
II. Bulimia.	169	5.57	162	5.50
III. Insatisfacción corporal.	238	7.85	214	7.27
IV. Ineficacia.	347	11.45	238	8.08
V. Perfeccionismo	303	10	323	10.97
VI. Desconfianza Interpersonal.	283	9.34	258	8.76
VII. Conciencia introceptiva.	333	10.99	388	13.17
VIII. Miedo a la madurez.	270	8.91	323	10.97
IX. Ascetismo.	233	7.69	259	8.79
X. Impulsividad.	413	13.62	393	13.35
XI. Inseguridad social.	271	8.94	253	8.59
<b>Total</b>	<b>3031</b>	<b>100.00</b>	<b>2945</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora con el Instrumento (Escala EDI-2), Arequipa 2017.

En la tabla N°11 se observa que en relación a las subescalas el mayor porcentaje de 13.62% en el 1° grado de secundaria y el 13.35% en el 5° grado de secundaria corresponden a la subescala de impulsividad y un menor porcentaje de 5.57% en el 1° año de secundaria se muestra en la subescala de bulimia, y de 4.55% en el 5° año de secundaria se ubica en la subescala de obsesión por la delgadez.

De lo que se deduce que menos de la cuarta parte de la población de estudio presenta impulsividad, entendiéndose como una manera de actuar rápida y desmedidamente sin medir las consecuencias de sus actos, por una falta de madurez a la hora de gestionar emociones ya que el nivel de maduración cerebral en el adolescente aun es incompleta.

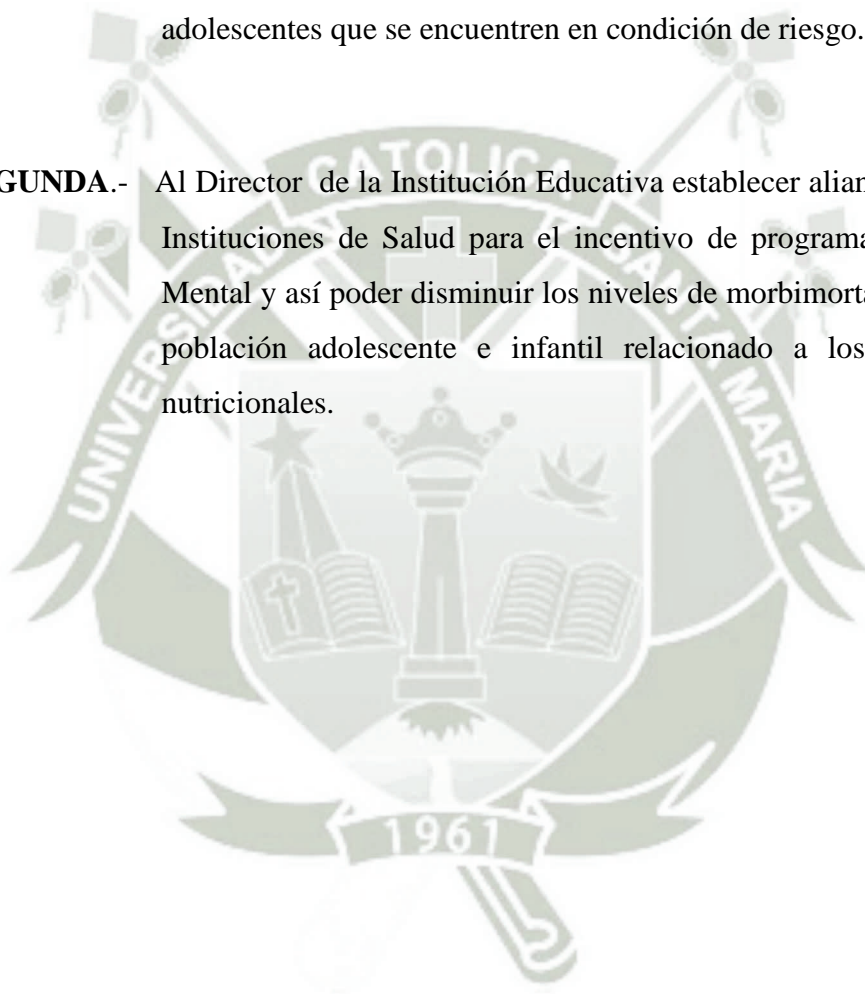
## CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** Los resultados muestran que la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, existe y la frecuencia de esta es menos de  $\frac{1}{4}$  de la población.
- SEGUNDA.-** La subescala de mayor prevalencia en la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de 1° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, es la impulsividad.
- TERCERA.-** Que más de las  $\frac{3}{4}$  de la población de estudio con sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria, pertenece al grupo de estudiantes del 5° año de secundaria con mayor incidencia en el sexo femenino .

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.-** Al Director de la Institución Educativa, se realicen las coordinaciones correspondientes con el personal multidisciplinario de salud para realizar pruebas de tamizaje que complementen al diagnóstico definitivo e identificar a los adolescentes que se encuentren en condición de riesgo.

**SEGUNDA.-** Al Director de la Institución Educativa establecer alianzas con las Instituciones de Salud para el incentivo de programas de salud Mental y así poder disminuir los niveles de morbilidad en la población adolescente e infantil relacionado a los trastornos nutricionales.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Santrock JW. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA. Novena edición. España: Mc Graw-Hill;2003.
2. L.Wong D. Unidad seis INFANCIA INTERMEDIA Y ADOLESCENCIA. En: Rollins HJ. Enfermería Pediátrica. Ed. España :Mosby -Doyma Libros;1995.p.394-471.
3. Sáiz Ruiz J, García Camba de la Muela E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. España: Masson; 2002.
4. Thompson L J, Manore MM, Vaughan AL. Nutrición. España: Pearson Educación; 2008.
5. Moreno Domínguez S, Villar Rodríguez S, Características clínicas tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En: E. Caballo V, Ángel Simón MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. España: Pirámide; 2001.p.261-289.
6. García Almeida JM, Olvera P. Presentación clínica de los trastornos de la conducta alimenticia. Anorexia Nerviosa. En: Tinahones Madueño FJ .ANOREXIA Y BULIMIA Una experiencia clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2003.p.51-135.
7. Castro Fornieles J, Toro Trallero J. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. Manual de PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. XVI. Madrid: Médica Panamericana; 2010.p.181-192.
8. Russell G. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría .Psiquiatría Editores .España: Psiquiatría Editores; 2003. p.995-1042.

9. Llasa LE. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Llasa LE. AVANCES EN PSIQUIATRIA. Primera Edición. Perú: UCSM; 2011.p.119-145.
10. Toro TJ. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. 2.ª edición.España: Ars Medica;2001.



**INFOGRAFIA VIRTUAL**

11. Díaz de Blas MD, Galán MJ, Kazlauskas S .La Pubertad. En: Kazlauskas S Zarpardiel I. Fundamentos de Ginecología [Internet]. Capitulo2. 2009 [Citado 23 de noviembre del 2016]. Recuperado a partir de: [http://redlagrey.com/files/Fund\\_gineco\\_arenas\\_SEGO.pdf](http://redlagrey.com/files/Fund_gineco_arenas_SEGO.pdf)
12. Muñoz Calvo M.T, Pozo Román .Pubertad normal y sus variantes. Pediatr Integral [Internet].2011[citado el 24 de noviembre del 2016]; XV (6): 507-518. Disponible en : [http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4\\_-Pubertad\\_PI\\_6.pdf](http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4_-Pubertad_PI_6.pdf)
13. Temboury Molina MC. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria[Internet].2009[citado el 24 de noviembre del 2016];11(16):127-142.disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-1018-pdf/2.%20desarrollo%20puberal.pdf>
14. Kidshealth.org [Internet] .The NemoursFoundations.1995[Actualizado 2016]. [Citado el 24 de Noviembre del 2016]. Recuperado a partir de: <http://kidshealth.org/es/kids/puberty-esp.html>
15. Guerrero Canale D. Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana. [Tesis en Internet]. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011. [citada 4 de Diciembre del 2016]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/631?show=full>
16. Fernández de Mosteyrín, T, Leal Leturia, I, Mancha Álvarez-Estrada, A, García-Camba de la Muela E. Conciencia interoceptiva en pacientes obesos: implicaciones para el tratamiento.psiquiatria.com[Internet]. 2010 Febrero [citado 4 de diciembre del 2016]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/trastornos\\_de\\_alimentacion/conciencia-interoceptiva-en-pacientes-obesos-implicaciones-para-el-tratamiento/#](http://www.psiquiatria.com/trastornos_de_alimentacion/conciencia-interoceptiva-en-pacientes-obesos-implicaciones-para-el-tratamiento/#)
17. Perú 21[Internet]. Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú .2014 [Citado el 3 de noviembre del 2016].Recuperado a partir de: <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>

18. OMS I Salud del adolescente [Internet]. WHO. [citado 1 de febrero del 2017]. Recuperado a partir de : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
19. Bordignon NA, El desarrollo psicosocial Eric Erickson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación [Internet]. 2005 [Citado el 3 de diciembre del 2016]. Vol2(2):50-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/695/69520210/>
20. Teoría psicosocial del desarrollo humano de Erik Erikson [Internet]. Network-Press.Org. [Citado el 4 de Marzo del 2017]. Recuperado a partir de : <http://www.bcasas.org.pe/red/sites/default/files/Teoria%20psicosocial%20del%20desarrollo%20humano%20de%20Erik%20Erikson.pdf>
21. Capitulo I. Nutrición [Internet]. [Citado el 18 de Marzo del 2017]. Recuperado a partir de: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lda/lopez\\_g\\_m/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/lopez_g_m/capitulo1.pdf)
22. OMS I Nutricion [Internet]. WHO. [citado 18 de marzo del 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
23. Gaete V .Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado 24 de Marzo del 2017] ; 86(6) :436-443. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
24. Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. PSYKHE [Internet]. 2008 [Citado 3 de abril del 2017]. 17(1):81-90. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>
25. Hospital Infantil de San José.org.co [Internet]. Colombia. Hospital Infantil Universitario De San Jose; 2013 [actualizado 2013; citado 12 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/instancias/coductaalimentacia.html>

26. Garrote RD, Palomares RA. Educación y salud en la adolescencia: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete[Internet].2011[Citado el 13 de Febrero del 2017].Nº26:55-70.Disponible en: [https://previa.uclm.es/ab/educacion/ensayos/ensayos26/pdf/26\\_4.pdf](https://previa.uclm.es/ab/educacion/ensayos/ensayos26/pdf/26_4.pdf)
27. La orientación psicopedagógica ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. REOP[Internet].2011[Citado el 13 de Febrero del 2017 ].22(3):240-254.Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/viewFile/11279/10800>
28. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria[Internet].2009[Citado el 15 de Febrero del 2017].Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alim\\_compl\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl(4_jun).pdf)
29. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica [Internet]. España: Universidad Complutense de Madrid Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2[Citado 3 de Mayo del 2017].Recuperado a partir de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/INVENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA%20\(EDI-2\)/EDI-2\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/INVENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA%20(EDI-2)/EDI-2_F.pdf)
30. Soto A. Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y bulimia [Internet ]. [Citado el 12 de febrero del 2017].p.239-256. Recuperado a partir de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11331/CC-77%20art%2019.pdf;jsessionid=5232BA9CB63E23DDEF81EEE7D7B0712?sequence=1>
31. Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch.argent.pediatr [Internet]. 2006[Citado 5 de marzo del 2017]; 104(3):253-260. Recuperado a partir

- de:[http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia\\_nerviosa\\_en\\_ni\\_os\\_y\\_adolescentes,\\_parte\\_1.pdf](http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf)
32. Toro J. Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. An Psico [Internet]. 1999 [Citado 7 de marzo del 2017].30(2):79-95. Recuperado a partir de:<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61419/88371>
  33. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria Eating disorders. Bol. Med. Hosp.Infant. [Internet]. 2008 [Citado 19de Marzo del 2017];65(6). Recuperado a partir de:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600014](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014)
  34. Arguilés Huguet JM, Busquets Rius S, Lopez-Soriano FJ. Trastornos nutricionales: Fisiopatología. SEOM [Internet]. [Citado 2 de mayo del 2017].Recuperado a partir de: [http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_05.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_05.pdf)
  35. Cuenca Cano PJ, Morata Marín MG. MECANISMOS DE CONTROL DE HAMBRE – SACIEDAD Y SUS DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. Trastornos de la Conducta Alimentaria21 [Internet]. 2015[Citado 19 de abril del 2017].p.2237-2259 .Recuperado a partir de:[http://www.tcasevilla.com/archivos/mecanismos\\_de\\_control\\_del\\_hambre\\_y\\_la\\_saciedad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/mecanismos_de_control_del_hambre_y_la_saciedad.pdf)
  36. Jaimes L, Cabrera-Wrooman A, Vilches A, Guzmán C, Camacho Arroyo I. Péptidos anorexígenos y su participación en la conducta alimentaria. Rev.de Endocrino y Nutri. [Internet].2005 [Citado 15 de abril del 2017]; 13(2):67-74.Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2005/er052b.pdf>
  37. Hernández EV, Trava GM, Bastarrachea SR, Laviada MH. Trastornos bioquímicos y metabólicos de la bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva. Salud Mental[Internet].2003[Citado 25 de abril del 2017];26(3):9-

15. Recuperado a partir de: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2603/sm260309.pdf>
38. Gómez Suárez M. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA BULIMIA NERVIOSA [Tesis de Grado en Internet]. [Cáceres]: Universidad de Extremadura; 2015[Citado el 28 de Marzo del 2017].Recuperado a partir de : [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3857/TFGUEX\\_2015\\_Gomez\\_Suarez.pdf?sequence=1](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3857/TFGUEX_2015_Gomez_Suarez.pdf?sequence=1)
39. Borrego Hernando O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia.Inf. Terap. del Sist. Nac. de Salud [Internet].2000[Citado 18 de abril del 2017];24(2):44-50. Recuperado a partir de : <https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>
40. Langellotti A, Cascú A, Chandler E. Farmacoterapia en los trastornos alimentarios (TA) [Internet]. [Citado el 28 de Abril del 2017]. Recuperado a partir de [:http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/farmacoterapia\\_en\\_los\\_trastornos\\_alimentarios\\_0.pdf](http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/farmacoterapia_en_los_trastornos_alimentarios_0.pdf)
41. Bolaños Ríos P, Cabrera Rodríguez R. INFLUENCIA DE LOS PSICOFÁRMACOS EN EL PESO CORPORAL. Trast. Cond.Alim.8[Internet].2008[Citado 19 de abril del 2017],p.813-832. Recuperado a partir de: [http://www.tcasevilla.com/archivos/influencia\\_de\\_los\\_psicofarmacos\\_en\\_el\\_peso\\_corporal2.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/influencia_de_los_psicofarmacos_en_el_peso_corporal2.pdf)
42. AVERROES Centro de Psicología Clínica y Logopedia [Internet].Córdoba. Anorexia nerviosa purgativa: Terapia cognitivo-conductual .2017 [Citado 19 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <http://averroespsicologos.blogspot.pe/2011/11/anorexia-nerviosa-purgativa-terapia.html>
43. Gómez –Martínez S, Nova Rebato E, Veses Alcobendas AM, Gheorghe A,Marcos Sánchez A. Manual práctico de Nutrición y Salud. Nutrición y trastornos del comportamiento alimentario [Internet].p.283-293. [Citado 19 de abril del 2017]. Recuperado a partir de :

[https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual\\_de\\_nutricion\\_new/Manual\\_Nutricion\\_Kelloggs\\_Capitulo\\_18.pdf](https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_18.pdf)

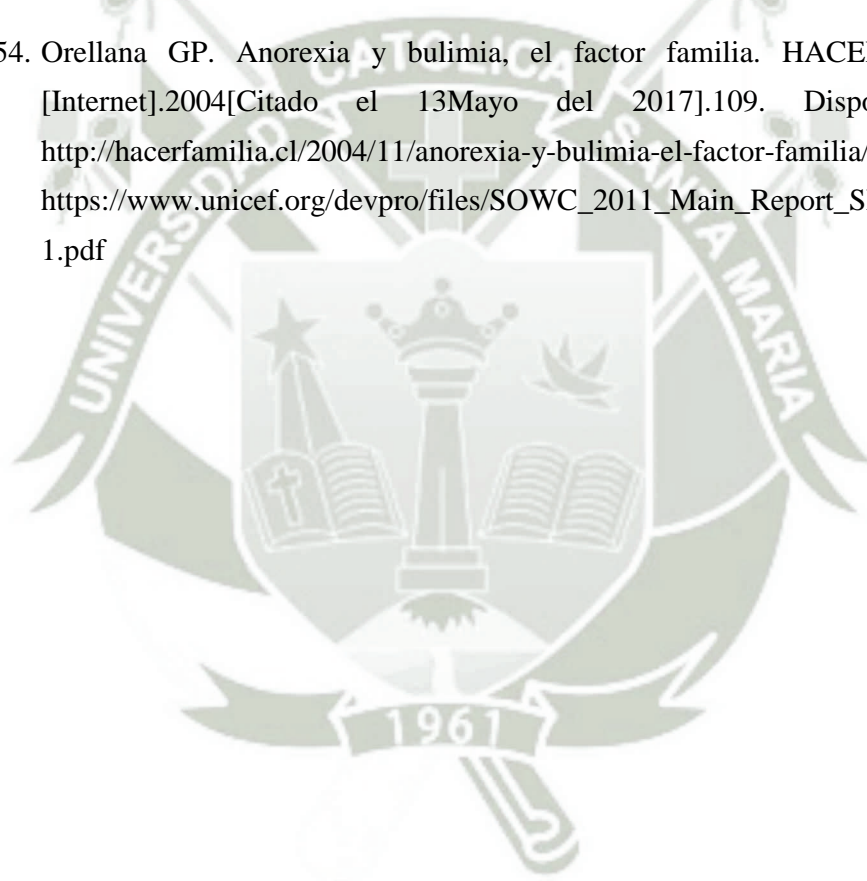
44. Miranda- Sánchez S. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2010 [Citado 20 de abril del 2017].67:4-18. Recuperado a partir de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anorexia.pdf>
45. Nieto García E, Casado Lollano A, Garcia Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet].España: FAECAP; 2008. [Citado 21 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia\\_cuidados\\_trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf)
46. Cilleros Sánchez MC, Duran Vivas MJ. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE IMAGEN CORPORAL EN ANOREXIA NERVIOSA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005[Internet]. Cáceres: Universidad de Extremadura. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. [Citado 21 de abril del 2017].p.1-25. Recuperado a partir de : <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/45/47/73/45477332167636934288028717216272889661>
- Pino Gutiérrez A, Rigol Cuadra A, Badenas Orts L, Miguel García C, Piñar Rodríguez S, Romeu Labayen M. PROCESO ENFERMERO ORIENTADO A PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. EU d’Infermeria[Internet]. [Citado 21 de abril del 2017].p.1-14. Recuperado a partir de [:http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65876/1/Inf\\_SM\\_TCA.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65876/1/Inf_SM_TCA.pdf)
47. González García M. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TCA.10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2009[Internet].Principado de Asturias: Servicios de Salud del Principado de Asturias. [Citado 22 de abril del 2017].p.1-12. Recuperado a partir de : <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/>

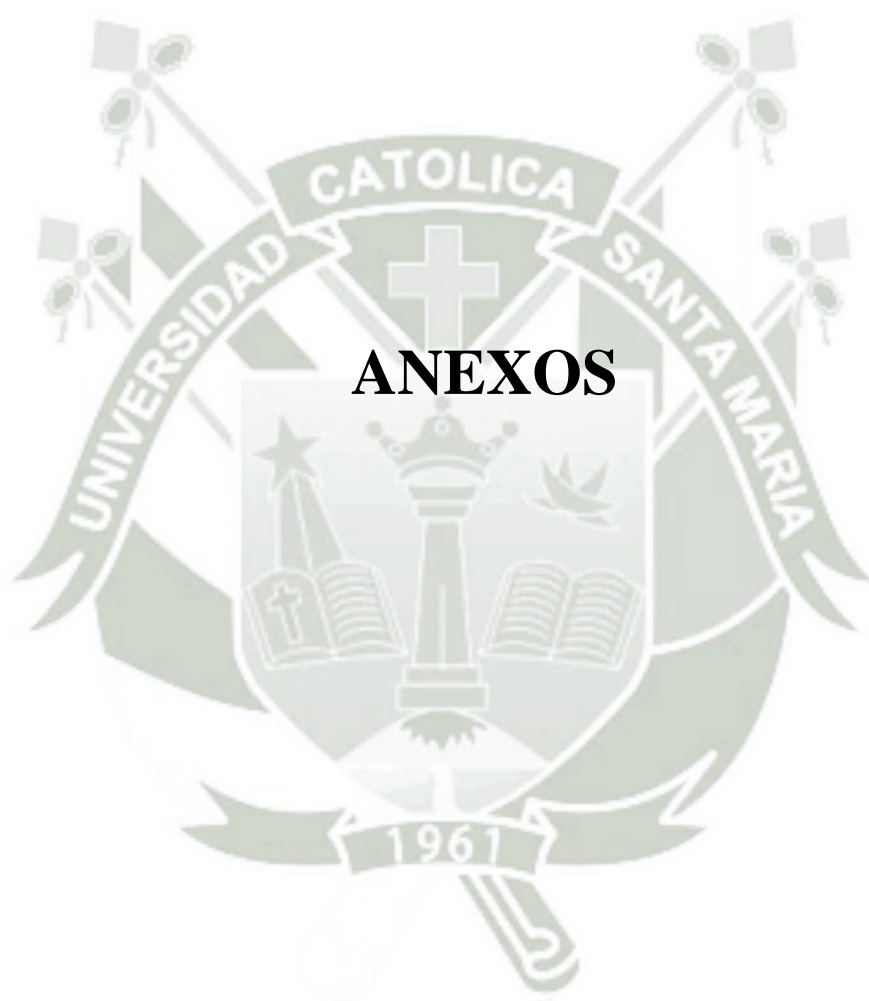
assetstore/15/03/64/150364286599861030711127824846880598795

48. Girón Dappino, J.; Pinto Ríos, M.; Villanueva Roque ,J. ; Amones Ticona ,N. ; Mendoza Salinas ,F., Fernández L.; . Boletín Epidemiológico Semanal [Internet].2010. [citado el 3 de noviembre del 2016].Recuperado a partir de:[http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2010/BOL\\_SE\\_27.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2010/BOL_SE_27.pdf)
49. Hernández Carrizales P, Ramos Ñiquen LP, Yancaya Hernández XM. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANOREXIA NERVIOSA EN PADRES DE ALUMNOS DE SECUNDARIA EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. [Tesis de grado en Internet].Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016[citado el 17 de Mayo del 2017]. 81p. Recuperado a partir de:<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/334/Influencia%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20educativa%20de%20enfermer%C3%A1da%20en%20el%20nivel%20de%20conocimiento%20sobre%20anorexia%20nerviosa%20en%20padres%20de%20alumnos%20de%20secundaria%20en%20una%20Instituci%C3%B3n%20Educativa.pdf?sequence=1>
50. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. Arch Med Interna [Internet].2011[Citado el 10 de Marzo del 2017 ]. XXXIII(1):11-14. Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
51. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol clínico. Rev. Med. Clin. Las Condes [Internet]. 2015 [Citado el 10 Mayo del 2017].26:24-33. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-los-trastornos-conducta-alimentaria-S0716864015000061>
52. Fajardo GD, Pardilla LA , Ruiz GF. Plan Estadarizado para pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria ingresados en una Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Salud Madrid [Internet]. [Citado el 11 Mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e->

4e7e-bd08-b573c84db01e/64cc12ee-0e5d-4ae2-9138-  
8263a66b8ab2/7cc6adfe-27f6-4046-80fe-  
ec113f1c2c72/Plan\_pacientes\_tca\_rodriguez\_lafora.pdf

53. Navarro Alarcón MM. Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria. [Trabajo de fin de Máster en Internet].Internet : Universitat Oberta de Catalunya :2016]. [Citado el 12 Mayo del 2017].52p. Disponible en : <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>
54. Orellana GP. Anorexia y bulimia, el factor familia. HACERFAMILIA [Internet].2004[Citado el 13Mayo del 2017].109. Disponible en: <http://hacerfamilia.cl/2004/11/anorexia-y-bulimia-el-factor-familia/>. [https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_SP\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf)





## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, llena todos tus datos en esta ficha. En caso no cuentas con los datos exactos, llena el espacio con valores aproximados. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco. Muchas gracias.

- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_
- Año y sección en el que te encuentras:  
\_\_\_\_\_
- Religión que profesas:  
\_\_\_\_\_
- Estado civil de tus Padres  
Mínimo ( ) Más del mínimo ( ) Menos del mínimo ( )
- Personas con las que vives  
Con tus padres ( ) Con tu madre ( ) Con tu padre ( )  
Con otros familiares ( ) Solo ( )

## EDI-2

**Instrucciones:** Debes contestar a las frases que se proponen a continuación. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos y actitudes que experimentas.

En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas, debes elegir una, la que mejor te describa. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	= 0
Pocas veces	= 1
A veces	= 2
A menudo	= 3
Casi siempre	= 4
Siempre	= 5

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre o no, y no dejes ni una pregunta en blanco. Recuerda que la encuesta es anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta, solo marca lo que esté más de acuerdo con tu experiencia.

### Contesta a todas las frases con sinceridad

- 1) Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 2) Creo que mi estómago es demasiado grande.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 3) Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 4) Suelo comer cuando estoy disgustado.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 5) Suelo hartarme de comida.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 6) Me gustaría ser más joven.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
  
- 7) Pienso en ponerme a dieta.
 

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre

- 8) Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 9) Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 10) Me considero una persona poco eficaz.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 11) Me siento muy culpable cuando como en exceso.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 12) Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 13) En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 14) La infancia es la época más feliz de la vida.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 15) Soy capaz de expresar mis sentimientos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 16) Me aterroriza la idea de engordar.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 17) Confío en los demás.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 18) Me siento solo en el mundo  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 19) Me siento satisfecho con mi figura  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 20) Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 21) Suelo estar confuso con mis emociones.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 22) Preferiría ser adulto a ser niño.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 23) Me resulta fácil comunicarme con los demás.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 24) Me gustaría ser otra persona.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 25) Exagero o doy demasiada importancia al peso .  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 26) Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 27) Me siento incapaz.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 28) He ido a comilonas en las que he sentido que no podido dejar de comer.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 29) Cuando era pequeño intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 30) Tengo amigos íntimos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 31) Me gusta la forma de mi trasero  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 32) Estoy preocupado porque quería ser una persona más delgada.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 33) No sé qué es lo que ocurre en mi interior.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 34) Me cuesta expresar mis emociones a los demás.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 35) Las exigencias de la vida adulta son excesivas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 36) Me fastidia o ser el mejor en todo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 37) Me siento seguro de mí mismo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 38) Suelo pensar en darme un atracón.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 39) Me alegra haber dejado de ser un niño.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 40) No sé muy bien cuando tengo hambre o no.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 41) Tengo mala opinión de mí.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 42) Creo que puedo conseguir mis objetivos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 43) Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 44) Temo no poder controlar mis sentimientos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 45) Creo que mis caderas son demasiado anchas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 46) Como con moderación delante de los demás.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 47) Me siento hinchado después de una comida normal.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 48) Creo que las personas son más felices cuando son niños.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 49) Si engordo un kilo me preocupa que pueda seguir ganando peso.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 50) Me considero una persona valiosa.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 51) Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 52) Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 53) Pienso en vomitar para perder peso.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- Necesito mantener cierta distancia con la gente, me siento incomodo si alguien se acerca demasiado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 54) Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 55) Me siento emocionalmente vacío en mi interior.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 56) Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 57) Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 58) Creo que mi trasero es demasiado grande.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 59) Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 60) Como o bebo a escondidas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 61) Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 62) Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 63) Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 64) La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 65) Me avergüenzo de mis debilidades humanas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 66) La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 67) Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 68) Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 69) Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 70) Soy comunicativo con la mayor parte de la gente.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 71) Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 72) La abnegación me hace sentir más fuerte emocionalmente.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 73) La gente comprende mis verdaderos problemas.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 74) Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 75) Comer por placer es signo de debilidad moral.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 76) Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 77) Creo que la gente confía en mi tanto como merezco.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 78) Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 79) Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 80) Los demás dicen que me irrito con facilidad.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 81) Tengo la sensación de que todo me sale mal.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 82) Tengo cambios de humor bruscos.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 83) Me siento incomodo por las necesidades de mi cuerpo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 84) Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 85) El sufrimiento te convierte en una persona mejor.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 86) Sé que la gente me aprecia.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 87) Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 88) Creo que realmente se quién soy.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 90) Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 91) Creo que realmente se quién soy.  
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces  
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....  
.....estudiante del Centro Educativo Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, perteneciente al..... Grado de secundaria, mediante este documento reconozco haber sido informada/o sobre el estudio de investigación “Sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes del 1°y 5° año de Secundaria del Centro Educativo Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, Arequipa 2016”, y acepto participar de forma voluntaria y responsable brindando información real para los fines necesarios.

Reconozco que la información que se provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma: .....

Arequipa,.....Diciembre del 2016.



Huella índice derecho



# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA "JUAN PABLO VISCARDO Y GUZMAN"

Gerencia Regional de Educación - Arequipa - UGEL Arequipa - Sur  
Código modular - 0309492



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

## CONSTANCIA

El Director de la Institución Educativa Diversificada Pública "Juan Pablo Viscardo y Guzmán", del Distrito de Hunter, comprensión de la Unidad de Gestión Educativa Local Arequipa Sur y de la Dirección Regional de Educación Arequipa.

### HACEN CONSTAR:

Que, la Señorita MORELLA MONICA MAMANI CUTIPA, Bachiller de Enfermería de la Universidad Católica Santa María, aplicó el Proyecto de Investigación de Tesis Denominado "SINTOMATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA", en los estudiantes de la Institución Educativa "Juan Pablo Viscardo y Guzmán" en los grados de 1° a 5° de Educación Secundaria de Menores en ambos turnos que atiende el Plantel, aplicando fichas de encuesta del 19 al 23 de diciembre del año lectivo 2016, misma que lo hizo con responsabilidad y seriedad durante su permanencia a quien se le exhorta a seguir trabajando con el mismo empeño en el futuro.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que crean conveniente.

Hunter, 21 de junio del 2017.

M. Brandy R. Silva Salazar  
DIRECTOR  
C.M. 03259492



*Universidad Católica de Santa María*

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

## INFORME N° 0542 -CB- 2017

**A** : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2017-0542

**Fecha** : 19 de julio de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL 1° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN, AREQUIPA 2016.

Autor(es):

**MAMANI CUTIPA MORELLA MONICA**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **26 %** en el escenario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
AREQUIPA  
24 JUL 2017  
Firma: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
AREQUIPA  
Mgter.(e) KARINA ROSAS PAREDES  
Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas