

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
Escuela de Formación Profesional de Enfermería



TRABAJO DE TESIS:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRANSTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL TERCERO
AL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL C.E.G.N.E.
FEDERICO FROEBEL. AYACUCHO. 2008”

Asesor:

Lic. Indalecio Tenorio Acosta

Presentada por:

Rocío Lorena Roca Quispe

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AYACUCHO – PERU

2009

DEDICATORIA

A mis Padres cuyo afecto, comprensión ha sido mi inspiración... por ser los mejores y estar conmigo incondicionalmente, gracias porque sin ellos y sus enseñanzas no estaría aquí ni sería quien soy ahora, a ellos les dedico esta tesis, a mis hermanos quienes han sido mi aliciente; a mi querida familia y mis amigo(a)s que me han entregado su amor y apoyo siempre. A todas las personas que han creído en mí.

Rocío Lorena

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por brindarme la oportunidad de estudiar en sus aulas y cumplir la meta de ser profesional,

A la Facultad de Enfermería, que mediante sus docentes me ha permitido desarrollar conocimientos y competencias en la ciencia de Enfermería

Al Asesor del presente estudio, por su gran apoyo incondicional al presente estudio.

Al Jurado Evaluador: Mg. Herlinda Calderón Gonzáles, Enf. Fedora Siles Cruz, Enf. Ruth Anaya Bonilla, por su valioso apoyo y guía al presente estudio.

A mi querido Colegio, Federico Froebel, por brindarme su apoyo incondicional siempre.

A mi familia, por siempre creer en mí y guiar mis pasos.

A mis queridos amigos, por su apoyo y comprensión incondicional.

A todas las personas que creyeron en mí.

A dios por haberme dado la vida para compartirla con mi hermosa familia.

SUMARIO

Introducción	1
CAPITULO Marco Teórico	7
CAPITULO II Análisis y Discusión de Resultados	33
CAPITULO III Conclusiones y Recomendaciones	59
Bibliografía	62
Anexos	67

INTRODUCCION

A inicios del siglo XXI a nivel del mundo aparece una nueva epidemia extendiéndose entre las sociedades industrializadas, afectando sobre todo a los (as) adolescentes; este problema viene a ser **el trastorno de conducta alimentaria TCA (anorexia y bulimia)** que va incrementándose peligrosamente alarmando a quien lo padece, a la familia y a los diferentes especialistas en medicina, sociología, psicología, entre otros.

El trastorno de conducta alimentaria, concretamente la anorexia y bulimia, han estado presentes a lo largo de la historia desde las culturas antiguas, por ejemplo en las celebraciones de Roma la población acostumbraba a darse atracones en su alimentación para luego vomitar y seguir comiendo.

Sin embargo, en nuestros días existe mayor preocupación respecto a ello, debido al incremento de la población con esta problemática y por sus consecuencias como: relaciones conflictivas, ulcera de estómago y esófago, riesgo de paro cardíaco por falta de potasio, problemas dentales, caída del

pelo, sequedad de la piel, muy bajo rendimiento intelectual y físico, alteraciones menstruales, entre otras; con riesgo de muerte.

La bulimia y anorexia generalmente empieza a principios de la adolescencia cuando las (os) jóvenes intentan las dietas restrictivas y reaccionan con hartazgos, en la bulimia purgándose mediante laxantes, pastillas para la dieta o medicamentos para reducir líquidos o induciendo el vomito. Mientras tanto en la anorexia la conducta alimentaria es restrictiva, se someten a dietas severas, descuartizan la comida en trozos pequeños teniendo en cuenta las calorías que consumen, temor a comer en sociedad.

El incremento alarmante de los adolescentes que desarrollan la enfermedad de la anorexia y bulimia es sorprendente, se puede ver que cada vez es mayor el número de adolescentes que adquieren la enfermedad llegando a ser destructiva para su salud

Perpiña, C (1990:538) plantea que “en aquellos que inician el trastorno se asocia al fracaso del individuo para adaptarse a las demandas en un momento dado, por críticas respecto a su imagen, o por haber padecido algún acontecimiento vital que implique un cambio brusco en la vida del adolescente...”

Minuchin (1977:538), manifiesta que “destacan los factores de riesgo individuales, familiares y socioculturales para los trastornos de conducta alimentaria. Dentro de la estructura familiar menciona la importancia de una serie de variables que dificultan el desarrollo de autonomía e independencia. Es así que son enfermedades devastadoras multicausales producidas por una compleja interacción de factores que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, disfunción familiar y una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en el cual hay una obsesión por la delgadez, provenientes de diversos factores de riesgo como inestabilidad emocional, baja autoestima, problemas sociales, problemas familiares, entre otros.

Así mismo la ropa diseñada y modelada para cuerpos delgados, los jóvenes cuya autoestima se basa en la aprobación externa y en la apariencia física; los deportes que premian la figura esbelta, la proliferación de anuncios de programas para la reducción de peso, la funcionalidad familiar son factores de riesgo en los (as) adolescentes para el trastorno de conducta alimentaria. Si bien, la bibliografía señala los factores de riesgo del trastorno de conducta alimentaria (anorexia-bulimia), es necesario caracterizar dichos factores de riesgo en nuestra región, porque también existe publicidad en prendas de vestir, modelos de moda, restaurantes de comidas rápidas muy tentadoras pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante; un entorno familiar conflictivo, con carencia afectiva u otras características de disfuncionalidad pueden convertirse en factores de riesgo.

Por lo expuesto se planteó el enunciado siguiente:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trastorno de conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en los adolescentes del Tercero al Quinto grado de Educación secundaria del Centro Educativo de Gestión No Estatal *Federico Froebel* de la ciudad de Ayacucho. 2008”?

Los objetivos del estudio fueron:

General:

Conocer los factores de riesgo asociados al trastorno de conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en los (as) adolescentes del Tercero al Quinto Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo de Gestión no Estatal *Federico Froebel*. Ayacucho. 2008

Específicos:

- Determinar la asociación entre el factor de riesgo: funcionalidad familiar, con el trastorno de conducta alimentaria.
- Identificar la asociación entre el factor de riesgo: autoestima con el trastorno de conducta alimentaria.
- Precisar la asociación entre el factor de riesgo: sexo con el trastorno de conducta alimentaria
- Identificar la asociación entre el factor riesgo: grado de escolaridad con el trastorno de conducta alimentaria
- Precisar la asociación del factor de riesgo: edad con el trastorno de conducta alimentaria
- Determinar la asociación del factor de riesgo grado de escolaridad de los padres de familia con el trastorno de conducta alimentaria
- Analizar la asociación factor riesgo ocupación de los padres con el trastorno de conducta alimentaria
- Identificar adolescentes con trastorno de conducta alimentaria.

La hipótesis propuesta fue:

Los factores de riesgo asociados al trastorno de conducta alimentaria (anorexia-bulimia) son: funcionalidad familiar, grado de escolaridad, sexo, autoestima, edad, grado de escolaridad de los padres, ocupación de los padres en los (as) adolescentes del Tercero al Quinto Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel. Ayacucho. 2008

La importancia del estudio se sustenta en que los resultados permitirán conocer la realidad objetiva y visibilizar el problema de TAC, contribuyendo en la adopción de medidas preventivas por parte del Centro Educativo, en coordinación con lo sectores correspondientes. En la ciudad de Ayacucho también viene incrementándose paulatinamente con un porcentaje de 5% anual

en adolescentes de la clase media tal como manifiesta la institución de Salud Mental Arquideocesana de esta ciudad, por tanto es necesario que a nivel de adolescentes de los colegios se conozca y profundice los conocimientos sobre factores de riesgo, para que los estudiantes y profesionales de enfermería intervengan en el ámbito de Salud Pública, diseñando estrategias de promoción y prevención de este trastorno de conducta; y los resultados constituyan una base para futuras investigaciones.

La población de estudio

Fueron colocados 274 adolescentes del Tercero al Quinto grado de educación secundaria del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel, de la ciudad de Ayacucho. 2008. Se escogió este centro educativo porque durante mi formación en el nivel secundario pude observar estudiantes con exagerada preocupación sobre su imagen corporal, obsesionados (as) por imágenes de "figuras famosas y esbeltas", sobrevalorando el cuerpo delgado, por ser más atractivo.

Muestra

Estuvo conformado por (274) adolescentes matriculados en el año académico 2008, del Tercero al Quinto grado de educación secundaria del mismo Centro Educativo; siendo el muestreo por conveniencia.

Materiales y métodos

El trabajo tiene un enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, donde se utilizó una evaluación como una técnica de recolección de datos, e instrumentos de recolección de datos el test de Apgar Familiar (Smilkstein), Test de Autoestima (Pick de Weis), Test de Trastornos de la Alimentación (EAT 26 – Asociación Mundial de Desórdenes de la Alimentación), aplicados a 274 adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel.

Se validó el instrumento con 10 estudiantes del tercero al quinto grado de educación secundaria del Centro Educativo Particular San Antonio de Ayacucho mediante la prueba de Alfa de Cronbach.

Se utilizó el SPSS versión 13.0 y los resultados son presentados en cuadros simples y de doble entrada.

Contrastando la hipótesis se determina que la funcionalidad familiar y la autoestima se constituyen en factores de riesgo para ocasionar los trastornos de Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia) de los adolescentes del Tercero al Quinto Grado de Educación Secundaria; ($p < 0.05$); mientras que la edad, sexo, grado de escolaridad del adolescente, ocupación y grado de instrucción del padre y madre no se constituyen en factores de riesgo ($p > 0.05$).

Las limitaciones encontradas durante el desarrollo del trabajo fue la escasa bibliografía relacionado a los antecedentes de trabajos de investigación similares, lo que restringe el ejercicio comparativo con otras poblaciones de estudio.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Behar (2002) – Chile, publicó los resultados de un estudio en el que aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, los que evalúan el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontrando en escolares de III y IV Medio de la V Región del país que el riesgo era de un 18%, en adolescentes con sobrepeso era de 41%. Alrededor del 95% de los sujetos con trastorno alimenticio son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes.

Anagalyz O., Fernández A y Osorio M. (2003) – México -. En su investigación sobre “Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma”. Estudió un grupo de familias pertenecientes a un área de salud del municipio Cienfuegos, con el objetivo de valorar la percepción que tiene cada grupo generacional sobre el funcionamiento de sus respectivas familias, así como los signos de alarma presente en ellas. Utilizaron el instrumento APGAR para diagnosticar el funcionamiento familiar. Predominaron las respuestas positivas para los componentes del APGAR familiar, crecimiento espiritual, resolución y participación. Los adultos mayores consideraron con mayor frecuencia que sus familias eran funcionales, mientras que en el resto de los grupos etéreos el mayor porcentaje de sus miembros, consideró lo contrario; no encontramos diferencias estadísticas significativas entre estas variables. En las familias disfuncionales se presentaron de manera marcada los signos de alarma. De 155 encuestadas, 101 (65.2%) aprecian que su familia es disfuncional, casi todos los grupos etéreos influyen por igual en estos resultados la juventud en un 69.6%, los adolescentes con un 66.7% y los adultos con un 63.8%.

Arias L., Julián, Herrera J. (1994). En su investigación “Prácticas de salud y su relación con las características socio familiares de estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia”. Realizaron un estudio descriptivo. La muestra incluyó 349 estudiantes. La evaluación de la funcionalidad familiar, mostró disfunción en 66% de los estudiantes. Para evaluación de Funcionalidad familiar se utilizó (APGAR familiar). Con respecto a la funcionalidad familiar fue 16 puntos. Esto quiere decir que 50% de los estudiantes presentaban un APGAR por debajo este puntaje, 34.1% mostraba buena función familiar, 41.3% informaron disfunción familiar leve, 18.1% disfunción familiar moderada.

Crisp y Cols (2002), llevaron a cabo un minucioso estudio en nueve escuelas de Londres. Verificaron el volumen de casos graves en nueve

escuelas existentes entre las muchachas de más de 16 años que cursaban estudios en esas escuelas. Encontraron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Es decir, existían significativas diferencias de incidencia en función de la clase social, habida cuenta que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel socioeconómico claramente superior al representado en las escuelas públicas.

Cyra S., Daroca O. y Velasco A. (2003). Universidad Católica Bolivariana "San Pablo", trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de las ciudades de la Paz, Santa Cruz y Tarija. El objetivo principal de la investigación fue detectar la prevalencia y la población en riesgo de los trastornos de conducta alimentaria, en adolescentes entre 13 y 20 años de tres ciudades de Bolivia, en relación al sexo, asistencia a determinado tipo de establecimiento educativo (particular, fiscal) y lugar de residencia (ciudades de la Paz, Santa Cruz y Tarija). Encontraron una prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria del 44% entre el total de adolescentes encuestadas. La población identificada con alto riesgo de desencadenar trastornos de la conducta alimentaria corresponde al 25.9% de la población

La Fundación Internacional CBA (1988), demuestran que en los últimos años la incidencia de los trastornos alimentarios ha aumentado de una manera alarmante. Por ejemplo, el estudio realizado en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, demuestran que el 87% de las adolescentes (en edad promedio de 15 años) han realizado dietas restrictivas para bajar de peso.

Phelps (1993). Realizó un estudio en la que evaluó a todas las chicas de 12 a 18 años ubicadas en el mismo distrito escolar de Búfalo.

Se les pasó una encuesta a todas las alumnas situadas en Middle School, de 12 a 14 años, y a todas las de High School, de 14 a 18 años. Los resultados fueron ambiguos ya que en el High School, las de mayor edad, las prácticas patógenas para perder peso habían disminuido, mientras que en Middle School en ese mismo periodo de 8 años, el porcentaje de niñas se medicaban para adelgazar había parado del 0.8% al 6% y de niñas vomitadoras había pasado del 3.8% al 11.4%.

Universidad de Leeds, en Inglaterra (2004). Trabajaron con 213 niñas y 166 niños de 9 años. Hallaron que los niños presentaban una baja autoestima, un evidente deseo de adelgazar y altos niveles de restricción de comida. Pero ese deseo de adelgazar y la motivación para seguir una dieta mantenían en los niños y las niñas de todos los niveles de peso.

Con estos resultados se puede concluir que la interiorización en los niños de los modelos estéticos corporales empieza a edades muy tempranas, al igual que los anhelos de adelgazar y llevar a cabo alguna dieta.

Thelen y Cormis (1995). La información verbal que los padres dan a sus hijos, fue estudiada en una investigación en donde veían las características de 118 niños y niñas de 9 a 10 años y se constató que tres de cada cuatro padres o madres alentaban a sus hijos e hijas para que controlaran su peso.

Se percibía como más frecuente y presente la acción adelgazante ejercida por las madres, madres que en un 86% habían practicado dietas en alguna ocasión y que en un 57% lo habían hecho más de tres veces a lo largo de su vida.

Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA), en Argentina 1 de 25 adolescentes sufre bulimia o anorexia y 1 de cada 10 padece

algún desorden alimentario (el 90% son mujeres de 14 a 18 años). Para la Asociación Argentina esa cifra asciende a 20% de la población.

Román E. (2002), realizó un estudio sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimenticia en Arequipa, para lo cual utilizó una muestra conformada por 28 casos vistos en los consultorios públicos y privados, de los últimos años, todos de sexo femenino.

Considerando el anterior, el 25% de la población general corresponde a los grupos de edad de 10 a 19 años, se estimó un número aproximado algo mayor de 150,000, por lo que los 18 casos comprobados representarían la incidencia aproximada de 19/100,000 en 10 años. La edad de inicio del trastorno fluctuó de 12 a 19.5 años, con una edad mínima de 14.3 años. La condición socioeconómica cultural fue: media el 15%, media alta en el 68%, alta en el 7%. Los diagnósticos finales fueron anorexia en 16 casos (57%), bulimia en 6 casos (21%), bulimarexia en 6 casos (21%).

Harley F. (2002), realizó una investigación descriptiva comparativa "trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares", en el cual buscó especificar las características importantes de un trastorno alimentario según el tipo de colegio: público y privado. La muestra estuvo conformada por 361 casos. Todas mujeres adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria, pertenecientes a tres colegios (dos privados y uno público de Lima Metropolitana) con edad promedio de 16 años, estando el rango de edades entre 13 y 18 años.

2.2. BASE TEORICA:

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.2.1. CONCEPTO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, etc., son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando mayor incidencia en los últimos años. Son síndromes y no enfermedades específicas con una causa, curso y patología comunes. Están mejor conceptualizadas como síndromes y son, por tanto, clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan, existiendo en ellos una importante interacción entre la psicología y la fisiología.

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen producidos por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales, y de la personalidad, presiones familiares, una posible alteración genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay un exceso de alimentación y una obsesión por la delgadez.

Diagnósticamente hablando, la Anorexia aun se describe utilizando los tres criterios originales propuestos por Russell y Bearwood como núcleo de los cuatro criterios que requiere el Diagnostic and Statistical Manual (Manual diagnóstico y Estadístico), en su cuarta edición (DSM-IV), Estos criterios incluyen rechazo a mantener el peso de acuerdo a una proporción normal acorde con la estatura y la edad, miedo a ganar peso y ausencia del ciclo menstrual o amenorrea. Los cuatro criterios describen una distorsión severa de la imagen corporal, en la cual la imagen del cuerpo es la medida predominante de la autoestima, despreciando la seriedad de la enfermedad.

La bulimia se describió por primera vez, muchos años después de que fue descrita la Anorexia, tiene significativamente distintas características (Russell, 1970). Los pacientes diagnosticados de Bulimia encajan en el comportamiento de trastorno de ingesta y en algunos tipos de comportamientos compensatorios para evitar la ganancia de peso. El actual criterio del DSM-IV incluye episodios de trastorno de ingesta con una sensación de pérdida de control. Los atracones se describen como distintos episodios de sobreingesta en los cuales consumen una elevada cantidad de comida, muchas más de la "normal" para esa consideración. El comportamiento compensatorio puede ser tanto el tipo purgativo: autoinducción al vomito, abuso de laxantes o de diuréticos, práctica excesiva de ejercicio, ayuno o dietas estrictas. Para coincidir con el criterio clínico acorde con el DSM-IV, los atracones y el comportamiento compensatorio resultante debe darse como mínimo en dos ocasiones de sobreingesta/compensación también experimenta insatisfacciones significativas con su cuerpo y peso.

2.2.2. LA ANOREXIA y BULIMIA EN EL SIGLO XX

La interpretación etiopatogénica de la anorexia en el siglo XX presenta diferentes interpretaciones. Trascurre en un periodo en el que los autores consideraban que la causa de la anorexia era de origen nervioso. (Garner y Garfinkel, 1997 y Turón, 1997)

Sheehan, en 1938, aclara que se equivocó demostrando que la anorexia es diferente a la caquexia hipofisiaria de origen isquémico (Turón, 1997)

Con el movimiento psicoanalítico se llega a la hipótesis psicológica. Es Janet (1903), quien da una nueva orientación al análisis y descripción del trastorno. La anorexia la conceptualiza de origen emocional y describió dos tipos de enfermedad: obsesiva e histérica.

Freud, padre del psicoanálisis, interpreta a la anorexia como una forma de melancolía en la pubertad. A pesar de sus interpretaciones etiológicas, en sus escritos sobre psicoterapia desaconsejaba el tratamiento psicoanalítico para este tipo de pacientes (Freud, 1905)

Ambos autores, sin embargo, pasaron por alto la importancia de los factores socioculturales de la anorexia (Toro, 1996)

En la década de los 40 se describen, por diferentes autores, algunos casos clínicos en los que están presentes episodios de sobre ingesta, autoinducción de vómitos y abuso de laxantes. Es también en esa época cuando comienza a registrarse el deseo de estar delgada o el temor a la obesidad como un hecho común en la anorexia (Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998)

Hilde Bruch, psicoanalista americana, es la primera en referirse, en 1962, a un trastorno de la imagen corporal que formaría parte de la alteración perceptual y conceptual (Brownell y Fairburn, 1995; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1996; Silverman, 1997; Turón, 1997; Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998). A pesar de su formación psicoanalítica, Brunch reconoció que el tratamiento psicodinámico en si, tal como Freud (1905) avanzó, no era eficaz en la anorexia (Bruch, 1978).

La autora menciona la autonomía de la personalidad anoréxica, la autoestima, la obsesión si como la adaptación e integración social; no olvida la susceptibilidad al estrés de posibles trastornos asociados, las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicósomáticas de la malnutrición (Garner y Garfinkel, 1997). Pero junto a todos estos factores la doctora Bruch valora la indudable influencia de los agentes socioculturales (en Guillemot y Laxenaire, 1994; Toro, 1996; Turon, 1997)

Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana en 1963 estudió el incremento de pacientes anoréxicas tras la segunda guerra mundial. Atribuyó el desarrollo de este trastorno a la emergencia de una sociedad opulenta con una tendencia de las familias de clases social media dirigida hacia los hijos. La autora expone que la anorexia es más frecuente en mujeres que en varones, pues a pesar de una posible independencia, estas siguen estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos. (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino 1999)

Fueron los criterios diagnósticos de Feighner para la anorexia, el punto de partida para detectar y evaluar la enfermedad, aunque se han ido modificando gracias al consenso de especialistas de la Sociedad Americana de psiquiatría, APA. La edad de inicio que proponía Feighner queda relegada y en las posteriores clasificaciones de la Sociedad Americana de Psiquiatría existe un acuerdo unánime en que la anorexia suele aparecer en la primera adolescencia, sin que ello implique que no aparezca en adultos (Halmi, Brondland y Rigas, 1975; Turón, Fernández y Vallejo, 1992; Raich, 1994)

Así mismo, la pérdida de peso, necesaria para la definición de anorexia ha pasado del 25% propuesto por Feighner y el DSM – III, al 15% en los criterios del DSM – III – R y del DSM – IV.

Aparece en el DSM – III la negativa de mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y altura. En la misma clasificación se marcan los aspectos más relevantes del trastorno: temor al aumento de peso y distorsión de la imagen corporal (Toro y Vilardell, 1987; Raich, 1994)

Actualmente, el DSM – IV, Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (1995) y el CIE – 10, clasificación Internacional de

las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1992), son los criterios diagnósticos más utilizados para la interpretación de la anorexia.

Wulff, en 1932, caracterizaba el síndrome clínico en 4 puntos: episodios de voracidad, hipersomnolencia, depresión apática y una alteración en el modo de subestimación de la imagen corporal (en Chinchilla, 1995).

A pesar de ello, Binswanger, en 1944, con el caso de Ellen West, detalló con precisión una paciente bulímica que había padecido anteriormente de anorexia. En sus escritos detallaba que la terapia psicoanalítica era ineficaz en estas patologías, como ya lo había expresado Freud en 1905 (en Beumont, 1991 y Jonson y Connors, 1994)

En la década de los sesenta, la bulimia era considerada aún como un síntoma (citado en Toro, 1996). Se amplía la preocupación por el fenómeno bulímico, pero la atención se limita a la bulimia de los pacientes con anorexia y obesidad. Al final de esta década es cuando la bulimia empieza a valorarse como entidad nosológica "autónoma" en personas con normopeso.

El científico chileno, Dorr-Zegers, publicó en 1972 tres casos de hipergafia seguida de vómitos. Describió el trastorno como síndrome independiente, relacionado con la anorexia, las neurosis obsesivo - compulsivas y las adicciones. (En Vanderreycken y Van Deth, 1994)

Vandereycken (1994), resalta las aportaciones de especialistas franceses y alemanes, aunque pasaron desapercibidas en la literatura anglosajona de la época.

Stundark, en 1976, publicó los criterios diagnósticos de la bulimia pero omitiendo los vómitos y abuso de laxantes como conductas compensatorias tras la sobreingesta. Tales criterios se hallan

prácticamente iguales en el DSM-III (APA, 1980) bajo el nombre de Bulimia.

2.2.3. DEFINICION DE LA ANOREXIA Y BULIMIA:

La anorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso corporal y la comida, una conducta dirigida hacia la pérdida de peso, patrones de manipulación de la comida peculiares, miedo intenso a la ganancia de peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea.

La bulimia es una enfermedad que se define por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados de una sensación de pérdida de control. Luego, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar o consumir laxantes en exceso, para prevenir el aumento de peso.

2.2.4. EPIDEMIOLOGIA DE LOS TCA

Aunque ya actualmente son muchos los trabajos realizados en TCA sobre epidemiología. Los resultados obtenidos son muy dispares.

Durante los últimos 30 años, los métodos epidemiológicos se han ido aplicando a los estudios de TCA contribuyendo significativamente a ampliar el conocimiento de estos. Los estudios epidemiológicos van dirigidos a tasar la incidencia y prevalencia del trastorno en distinto sectores de la población. Se han estudiado factores de riesgo, curso y resultado de los trastornos.

En un trabajo presentado por Stunkard, en 1997, sobre TCA en los últimos 25 años, hace una referencia a los estudios epidemiológicos sobre Anorexia, bulimia. El autor expone el progreso científico que se refleja en el diagnóstico, pautas, etiología y tratamiento. Según dicho

autor el trastorno que mayor éxito ha obtenido en el área epidemiológica ha sido, hasta la fecha, la Bulimia

Los estudios epidemiológicos en Anorexia presentan problemas. La mayor dificultad estriba en la baja tasa del trastorno. Ello quiere decir que se requiere hacer estudios con grandes poblaciones para obtener datos significativos. Por ello, los estudios realizados son de casos presentados en hospitales; las muestras estudiadas no son representativas de la población general, sino de un sector ya afectado. Así mismo los problemas que representa obtener muestras fuera de hospitales y centro de salud son elevados.

Numerosos trastornos, y no solo los trastornos alimentarios, se reparten entre el conjunto de la población según grados variables. De este modo, sería mas juicioso no mostrar que un individuo presenta tal o cual trastorno, sino evaluar la proporción en la que lo presenta. Esta delicada cuestión, que vuelve a encontrar una frontera entre lo normal y lo patológico, es fundamental en el terreno de las conductas alimentarias. Aunque pueden definirse como criterios diagnósticos preciosos para los pacientes hospitalizados, no permiten tener en cuenta los individuos de la población general que presentan conductas alimentarias patológicas en un menor grado. Y si bien, estos criterios permiten realizar un diagnóstico con una razonable precisión en un individuo hospitalizado, no sucede lo mismo para distinguir de manera innegable a un sujeto afecto de otro indemne, entre la población general. (Guillemot y Laxenaire. 1994)

En el terreno de las conductas alimentarias, se observa claramente el sesgo que se produce por ello, cuando se sabe que la mayor parte de las pacientes tienen a minimizar e incluso negar, el comportamiento alimentario patológico.

Por otro lado cuando se utilizan criterios precisos, se puede subrayar que varían de un país a otro, especialmente en el caso de la anorexia, en lo que respecta a la intensidad de la pérdida de peso requerida para plantear el diagnóstico, o bien la presencia o no de amenorrea. Además, estos criterios tienden a modificarse con el tiempo dentro de una misma región. (Jeammet. 1989)

Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas, la prevalencia de TCA parece estar aumentando en los últimos años, situándose entre un 1 y un 4 % de adolescentes y mujeres jóvenes según datos de la American Psychiatric Association, 1994. (APA, 1994; Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998)

Según Round (1999), existen en los Estados Unidos seis millones de personas que padecen TCA. En el Reino Unido están actualmente diagnosticadas 140.000 pacientes con anorexia y bulimia. Claro está que estos datos, explica el autor, son casos registrados, dado el secreto que ocupa el desorden alimentario. Lo que va quedando claro que los pacientes suelen ser mujeres en su mayoría, en una proporción de 10:1. La edad de estas abarca desde los 8 a los 80 años, pero la franja de edad para la anorexia y bulimia es entre los 15 a 25 años.

Tanto la frecuencia de aparición como la relevancia de la anorexia han ido cambiando con el paso del tiempo (Fitchter, 1989; Willi, 1990; Fernández y Turon, 1998), la proporción según el sexo está a favor de las mujeres; aunque se presenta también en los varones, según el DSM – IV; más del 90 % de los casos de anorexia se observan en mujeres y un 10% de los casos son varones, con incremento paulatino.

En lo que concierne al nivel socioeconómico de los pacientes, muchos autores están de acuerdo en que la anorexia aparece esencialmente en las clases sociales altas y medias superiores. Esto parece algo menos

cierto para el caso de la bulimia, mas frecuente según Pyle en las clases medias. Sin embargo otros autores actualmente hallan trastornos alimentarios en clases sociales de niveles inferiores (Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

En cuanto a la edad de aparición, Halmi y Falk, en 1981, estudiaron esta variable en la anorexia, observando dos picos de frecuencia, a los 14 años y medio y a los 18 años de edad, periodos que corresponderían a los momentos en los que la dependencia respecto a la familia se ve más alterada. Hay que advertir que estos dos picos de frecuencia no han sido contradecidos en estudios posteriores: hoy día se admite que la edad media de aparición de la anorexia en los jóvenes oscila en un promedio entre los 16 y 17 años, estableciéndose el primer contacto con el medico, por lo general, alrededor de los 19 años, sin embargo se conocen casos que se presentan desde los 13 años de edad. (Halmi y Falk, 1981; Ardí y Dantchev, 1989; Guillemot y Laxenaire, 1994)

Por otra parte, parecen existir verdaderas profesiones de "riesgo" para la aparición de los TCA, de tal manera que Garner y Garfinkel (1979), aplicando el Eating Attitude Test (EAT) a una población de bailarinas y estudiantes de escuela de modelos, comprobaron que la anorexia y las preocupaciones relativas a la figura y a la alimentación, están altamente representadas (6.5% de casos de anorexia); esta predisposición es evidente en el subgrupo donde las presiones derivadas de la competitividad por lo externo son mas intensas.

Maloney (1983) confirma el riesgo incrementado de trastornos anoréxicos y bulímico en una población de bailarinas de ballet clásico. Sin embargo, Everes, en 1987, realizó un estudio sobre la cantidad de nutrientes que ingerían las estudiantes universitarias de ballet frente a un grupo control, estudiantes universitarias de otras carreras. Midió, así mismo, los síntomas de anorexia a través del EAT. El 28,6% de

bailarinas (n=21), consumían menos de 2/3 de la cantidad necesaria de energéticos para una dieta equilibrada frente al 10,3% del grupo control (n=29). El 33% de las bailarinas y el 13.8% del grupo control daban puntuaciones por encima del punto de corte del EAT. Los resultados indican que ambos grupos (bailarinas universitarias y estudiantes universitarias) podían llegar a padecer riesgo de salud debido a una deficiente nutrición y desarrollar anorexia.

La proporción de varones bulímicos varía según estudios del 2 al 20%. En este caso se podría lamentar la falta de datos epidemiológicos que permitan facilitar cifras más precisas referentes a la bulimia, Pyle en su trabajo cita que un 97% de una muestra de enfermos bulímicos que habían ido sido visitadas por el psiquiatra eran mujeres.

Sullivan, Bulik y Kendler, hallan limitaciones en los estudios epidemiológicos de la bulimia. En primer lugar el foco principal de muchos estudios ha sido la prevalencia de la bulimia. Pero ya que la tendencia de la sintomatología bulímica es de tener altibajos en cuanto a la severidad de estos (Herzog, Keller, Lavori y Bradburn, 1991), las prevalencias halladas son pues relativas.

El segundo aspecto a destacar sería que los sujetos en muchos estudios, sólo atraviesan parcialmente la edad de riesgo para la bulimia. El tercer aspecto sería el que la mayoría de los estudios utilizan muestras técnicamente restrictivas o bien casos identificados de muestras referentes, ello plantea límites a los resultados.

2.2.5. ETIOPATOGENIA

El modelo multidimensional ve en los TCA el resultado, en un sujeto concreto, del inter-juego de fuerzas organizadas en los niveles biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Desde esta

perspectiva, el grado de protagonismo de una u otras fuerzas caería en el individuo según su repertorio genético e historia personal, la etapa de desarrollo por la que transita, el momento evolutivo en que se encuentra su trastorno y la situación del microsistema (familiar y social) que envuelve a ambos (Halmi, 1996; Wals y Delvin, 1998).

LOS FACTORES DE RIESGO que intervienen en la génesis y desarrollo de estos síndromes son familiares, biológicos, psicológicos y socioculturales.

a. FACTORES FAMILIARES:

Entre los diversos patrones estructurales familiares observados hoy día, existen familias reconstituidas y mezcladas, padres/madres sin pareja, por elección o involuntariamente, parejas sucesivas, padres homosexuales, hijos con padres de acogida y familias sin hogar. Existen pruebas de que la forma mediante la cual una familia apoya el crecimiento y desarrollo de sus hijos es mucho más importante que sus características estructurales concretas. El compromiso constante de los padres con hijos, su capacidad y voluntad de proveerles de un entorno seguro y culto para desarrollarse constituyen las características fundamentales para que un niño se desarrolle. (Perrin, E. 1997)

Diversos aspectos del funcionamiento familiar ayudan a los jóvenes a adquirir una sensación de seguridad y autoestima, el aprender habilidades sociales apropiadas, responder a las normas, limitar y controlar su cólera y agresión. Sin embargo, ningún tipo específico de familia conlleva automáticamente ventajas o desventajas para un adolescente. Familias de estructuras diversas son capaces de favorecer un desarrollo saludable de sus hijos y de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. La constelación familiar solo

proporciona el marco a partir del cual se conoce como funciona una familia. (Perrin, E. 1997)

La disfunción familiar suele manifestarse porque algunos de sus miembros se hacen sintomáticos, y son familias propensas a enfermar. Gran número de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar, y los miembros de estas suelen consultar por molestias poco definidas (náuseas, vómitos, dolores osteomusculares, etc.), o por manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos, del comportamiento o ansiedad. (De La Revilla, L. 1992)

Aunque todavía son escasos, los datos procedentes de estudios gemelares y familiares sugieren que la herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar TCA.

Los estudios familiares en la anorexia han mostrado una tendencia a la ocurrencia familiar en este trastorno y una alta correlación entre anorexia y trastornos afectivos (Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green, 1977; Toro, Castro, Nicolau, Cervera, Toro, Zaragoza, Blecua, 1995)

En un estudio de 30 pares de gemelas realizado en Londres, 9 de los 16 pares de gemelas monozigóticas y 1 de 14 pares de gemelas dizigóticas eran concordantes para la anorexia (Holland y col. 1984). En una ampliación posterior de este mismo estudio los autores (Holland y col, 1988) concluyeron que los datos obtenidos indicaban una predisposición genética que podía manifestarse bajo condiciones adversas como son una dieta inapropiada o estrés emocional. Así mismo proponían que tal vulnerabilidad genética podía implicar una particular topología de la personalidad o bien una susceptibilidad

general a la inestabilidad psíquica, principalmente en trastorno afectivos o bien directamente a una disfunción hipotalámica.

Los estudios de familias en anorexia han mostrado un incremento de la frecuencia de trastornos afectivos en parientes de primer grado de pacientes anoréxicos al ser comparados con parientes de primer grado de sujetos control. En dos estudios controlados no se halló una prevalencia mayor de trastornos alimentarios en parientes de primer grado de personas afectas de trastorno afectivo. Ello puede indicar que para que se manifieste la anorexia es preciso que exista una predisposición independiente a este trastorno, sobreañadida a una predisposición a los trastornos afectivos (Halmi, 1996). Se encontraron más casos de anorexia y bulimia en pariente de primero y segundo grado de pacientes anoréxicos al compararlos con un grupo de control de familiares de pacientes no anorexias con otras enfermedades psiquiátricas (Strober y col. 1985).

Lázaro, Toro, Canalda, Castro, Martínez y Puig, en 1996, llevaron a cabo un estudio retrospectivo con el fin de evaluar en un grupo de 108 pacientes con anorexia las características sociodemográficas, psicológicas, clínicas y las alteraciones hormonales derivadas de la malnutrición propia de la anorexia. Entre los antecedentes psiquiátricos familiares en la investigación, destacaron los trastornos afectivos (11.8% madres, 6.3% padres y 7.9% abuelos), y la dependencia (5.5% padres, 0.8% madres y 7.1% abuelos)

b. FACTORES BIOLÓGICOS:

SEXO Y TCA

TCA es más común en mujeres que en hombres, con proporciones de 10:1 en Anorexia y 20:1 en Bulimia (Carlat y Camargo, 1991; Lucas, Beard, C.O'Fallon y Kurland, 1991).

No hay evidencia en cuanto a diferencia de sexos en TCA de estos factores genéticos. Sin embargo, si existe una alteración genética en la patogénesis de Anorexia (Holland, Siccote y Treasure, 1988; Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991), esto no aparece respecto al género. Los factores biológicos parecen tener importancia en la regulación del peso corporal y en habilidad de hombres y mujeres a mantener un bajo peso, pero no hay evidencias claras de que sea esto tan importante. (King, 1998)

La anorexia aparece con características similares, curso y evolución en ambos sexos (Hall, Delahunt y Ellis, 1985; Crisp, Bruns y Bhat, 1986)

Russell, en 1970, originalmente sugirió un trastorno endocrino común en anorexia que incluía disfunción eréctil en hombres y amenorrea e mujeres, presentando ambos una disminución de la libido.

El DSM – IV, sin embargo, no aporta criterios de trastornos endocrinos en mujeres. La bulimia en hombres tiene rasgos clínicos distintos que en mujeres. Los hombres afectados desarrollan el trastorno más tarde que las mujeres, tienen alta prevalencia de obesidad premorbida y podrían tener un menor control estricto del cuerpo y peso (Carlat y Camargo, 1991)

En ausencia de aclaraciones en las explicaciones biológicas para diferenciar el sexo en incidencia, muchos estudios tienen explicaciones psicológicas y culturales. Opinan que los hombres están menos influenciados por presiones culturales para estar delgados (King, 1998).

Los hombres homosexuales tienen alto rango de TCA y comportamientos alimentarios anormales así como una elevada satisfacción con su físico frente a hombres heterosexuales (Yager, Kurtzman, Landsverk y Weismuir, 1998; Silberstein, Mishkind y Striegel-Moore, 1989; Brand, Rothblum y Solomon, 1992; French, Story, Remafedi, Resnick y blue, 1996).

Se han detectado, en los sujetos afectos de anorexia y bulimia, anomalías de la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en los ejes hipotálamo-hipofiso-adrenal y gonadal que no son totalmente atribuibles a la pérdida de peso o al caos alimentario presente en estos pacientes y que, por tanto, podrían encontrarse entre los factores etiopatogénicos. La respuesta favorable a los tratamientos psicofarmacológicos o el hecho de que aparezcan preferentemente en individuos que aun no han alcanzado la madurez psicosexual son argumentos a favor de la importancia de los factores neurobiológicos en el origen o el mantenimiento de estas patológicas. A ello hay que añadir los efectos de la inanición, que por sí mismos pueden dar lugar a la llamada "neurosis de desnutrición", caracterizada por la emergencia de una serie de síntomas psiquiátricos entre los que desatacan actitudes y conductas anómalas relacionadas con la alimentación (Kaplan, 1990; Halmi, 1996).

c. FACTORES PSICOLOGICOS:

Entre ellos cabe señalar la presencia habitual de desencadenantes de orden psicológico, el polimorfismo característico de la clínica y el curso de estos síndromes, la respuesta a terapias psicológicas o la presencia de ciertos rasgos de personalidad, principalmente obsesivos, que parecen predisponer a la aparición de TCA (Lamí, 1996)

d. FACTORES SOCIOCULTURALES:

Los primeros estudios epidemiológicos comparados se realizaron en Inglaterra hace 25 años y demostraron que la anorexia era mas frecuente en alumnos de escuelas privadas. Ella condujo a una reflexión acerca de la importancia de la clase social en el desarrollo del TCA. Más tarde se identificaron grupos de riesgo definidos por variables demográfico-culturales. Actualmente se sabe que el contexto ideológico y social entra en la etiopatogenia de los TCA.

La dieta, independiente de que se haya hincado por motivos médicos o estéticos, puede preceder a la perdida de peso en aquellos casos en que la reducción ponderal fue secundaria a otros procesos, como intervenciones quirúrgicas, trastornos digestivos o depresiones.

Un estudio realizado por Jacobovits, en 1977, demostró como el 82% de las estudiantes que asistían a escuelas superiores o bien estaban haciendo alguna dieta o se veían sometidas a algún tipo de esfuerzo para conservar su peso bajo control.

Los cambios alimentarios y el adelgazamiento se ven propiciados en un contexto social donde la delgadez es deseable, colmando en un

principio, las necesidades de aprobación del adolescente y alimentando su autoestima (Lamí, 1996)

Abramson, en 1999, publica unos datos extraídos del New York Times, donde el control de peso supone una industria de 32 millones de dólares anuales y la cifra de personas sometidas a dietas era de 65 millones en 1986 y de 48 millones en 1991.

La venta de alimentos recomendados y los apoyos de dieta que se venden sin receta continúan aumentando (Noble, 1991)

Herman y Polivy concluyeron en 1987, que era normal que los individuos de nuestra sociedad se preocupasen de su peso y dedicasen su atención a cambiarlo. El estilo normal de la vida de hoy requiere un ejercicio periódico. La forma de comer normal requiere dietas periódicas.

Además, tales comportamientos anómalos unidos a la carga genética, edad, sexo y el correspondiente estado neurohormonal del sujeto, en ciertos mecanismos de neurotransmisión reguladores del apetito y de la conducta alimentaria. Elementos sociales e individuales, culturales y biológicos, inician y perpetúan un proceso que se concreta en una manera de dirigirse caracterizada por su alto gran poder para provocar alteraciones neurobiológicas y ambientales. El conflicto entre necesidades nutricionales y capacidad de control voluntario de las mismas, constituye el sustrato de una secuencia sintomática progresiva, que explicaría la evolución sufrida por ciertos individuos inicialmente anoréxicos que en un plazo más o menos prolongado desarrollan bulimia y otro trastorno de conducta alimentaria. (Halmi, 1996)

Cuando los pacientes inician una dieta, el control de impulsos podrían ser relativamente fuerte y llevar al sujeto a estados de déficit nutricional más o menos severos por medio de la privación. En algunos casos (quizá caracterizados genéticamente, quizá situados en un contexto familiar o grupal que favorece con fuerza la restricción), la dieta podría permanecer como el único vehículo para la emaciación durante todo el curso del trastorno. Sin embargo, en otros sujetos triunfarían las tensiones psicológicas o biológicas hacia la ingesta, quebrándose el cuadro restrictivo con la aparición de episodios bulímicos.

La nueva situación induciría al paciente a realizar una serie de esfuerzos por retomar el control, lo que podría dar lugar a un aprendizaje de maniobras compensatorias (purgas) que mantendrá o no la desnutrición, dando lugar a una anorexia con episodios bulímicos, a una bulimia o un trastorno de alimentación atípico.

Elementos que favorecieron el inicio de ciertas conductas pueden ser decisivos para su mantenimiento o, por el contrario, actuar como desestabilizadores forzando al sujeto a acceder a otro nivel de homeostasis.

3. MODELO MULTIDIMENSIONAL EN LOS TCA

El comportamiento de la dieta precipita el comienzo de los trastornos de ingesta. Los factores antecedentes que influyen en el desarrollo del trastorno de ingesta incluyen vulnerabilidad biológica, costumbres familiares y presión social (Halmi, 1996). La dieta es a menudo la respuesta a la presión social por un cuerpo delgado como concepto ideal de la belleza. Se ha documentado un cambio más pronunciado a lo largo de las últimas dos décadas en los ideales de belleza femenina hacia un cuerpo más delgado y más irreal (Garner, Garfinkel, Shwartz y

Thompson, 1980; Yates, 1990; Wiseman, Gray y Mosimann, 1992). Para alcanzar esta idea nada natural, las mujeres adoptan multitud de comportamientos, incluyendo ayuno, ejercicio extremo y severistas dietas privativas. La industria de la dietética ha incrementado sus beneficios a costa del ideal del cuerpo delgado que desde los años setenta se ha ido instaurando insidiosamente. El número de dietas y presión social encaminadas a la consecución del cuerpo delgado ideal aumenta proporcionalmente el número de casos de TCA.

Es importante citar la teoría del punto de Regulación o Set Point, donde se mantiene que existe un punto de regulación hereditaria, o peso ideal biológico, para cada persona, independientemente de cómo uno se sienta, de lo que diga la báscula o de la moda actual. Keesey, psicólogo experimenta, comparo en 1980, el punto de regulación con otros mecanismos que el cuerpo utiliza para regularse. Por ejemplo, si viaja desde un desierto ecuatorial a las regiones heladas del Antártico la temperatura interna de su cuerpo seguirá siendo la misma. Lo que sucede es que su cuerpo ajusta su trabajo interno para aumentar una temperatura estable. De acuerdo con la teoría del Punto de Regulación lo mismo pasa en referencia al peso: independientemente de las dietas a las que se asoma, el proceso físico que regula su peso le devolverá a su punto de regulación (Abramson, 1999).

Durante la Segunda Guerra Mundial, Ancel Keys, en un estudio muy comentado, investigo a 36 objetores de conciencia que participaban como voluntarios en un estudio de semi-ayuno. Trascurridos varios meses en los que solo consumieron aproximadamente la mitad de calorías usuales, se sintieron deprimidos, irritables, apáticos y agresivos. Los problemas psicológicos no desaparecieron cuando se les permitió comer cuanto quisieran. Pese a las cantidades de comida que ingerían solo después de recuperar su peso, es decir, de volver a su punto de regulación o Set Point, se encontraron mejor (Keys Et al. 1950)

North, Coger y Byram, en 1995, proponen como la dinámica familiar puede influir en el desarrollo y mantenimiento del TCA. Los familiares de pacientes con anorexia, exponían los autores, no suelen expresar en sus emociones la existencia del trastorno, a pesar que presenten disfunciones significativas o plausibles. La familia con anorexia presenta a menudo un mensaje confuso a los niños, son padres autoritarios y controladores que pueden estar vacíos de emociones y afecto. Humphrey en 1989, ya exponía que los familiares de pacientes con bulimia suelen presentar un ambiente familiar desestructurado, hostil y carente de empatía. A pesar de estas diferencias aparentes entre dichas familias, ambas ofrecen mayores semejanzas que si las comparáramos con los familiares de los sujetos control.

La disfuncionalidad de la familia del paciente con un TCA puede afectar negativamente al desarrollo de la personalidad. Existen estudios que resaltan como los anoréxicos desarrollan pronunciados estados emocionales restrictivos, evitan los riesgos y el conformismo respecto a la autoridad, si se compraran con sujetos control (Casper, 1990).

Adicionalmente a los factores de ambiente ya descritos, existe una evidencia creciente concerniente a que los factores biológicos contribuyen al desarrollo de un trastorno de ingesta. Los factores genéticos podrían jugar un papel en la predisposición de un tipo de personalidad en particular, en los trastornos afectivos o de ansiedad, o vulnerabilidades psicológicas. En estudios concernientes a gemelos monozigóticos, el coeficiente de concordancia para la anorexia esta entre el 55% y el 65%. Las hermanas de anoréxicas tienen un 7% de posibilidades de desarrollar anorexia (Holland, Sicotte y Treasure, 1988). Strober, en 1980, ya propuso que las personas con anorexia presentaban características previas de personalidad tales como: perfeccionismo, rigidez, inflexibilidad y conformismo. Así mismo, Halmi

en 1991 citaba en su estudio como familiares de pacientes con anorexia presentaba mayor prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad que los familiares de controles.

CAPITULO II

ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro N° 01

Riesgo de trastorno de Conducta Alimentaria en los adolescentes del Centro Educativo de Gestión No Estatal Federico Froebel del Tercero al Quinto Grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Adolescentes	
	N°	%
Sin Riesgo	173	63.1
Con Riesgo	99	36.1
Con Trastorno	2	0.7
Total	274	100.0

FUENTE: Encuesta estructurado aplicados.

Del 100% de la muestra (274), 63.1% de adolescentes se encuentran en el grupo sin riesgo para presentar el trastorno de conducta alimentaria; 36.1% con riesgo y un mínimo porcentaje 0.7% presentan el trastorno de conducta alimentario.

Crips y Colb (2002), refieren que en las escuelas privadas de Inglaterra aparece un nuevo caso de esta enfermedad al año por cada 250 muchachas y en las escuelas públicas un nuevo caso por cada 300 alumnas.

Cyra S., Daroca O. y Velasco A. (2003) determinaron que de los adolescentes de 13 a 20 años edad, el 25.9% presentan riesgo de desencadenar trastornos de conducta alimentaria.

Los factores de riesgo son las probabilidades, situaciones, vivencias o experiencias individuales, familiares y escolares que hacen que los adolescentes se encuentren en mayor riesgo de iniciar el trastorno de conducta alimentaria

Existe un buen porcentaje de adolescentes que presentan riesgo de desarrollar esta enfermedad causada por diversos factores, produciendo desarreglos en la ingesta de alimentos durante los periodos de compulsión para comer, utilizando dietas abusivas asociados a vómitos e ingesta de diversos medicamentos o la perdida de apetito para poseer una perdida de peso rápida mediante la restricción de la ingesta de alimentos, especialmente en aquellos que tienen un mayor valor calórico, todos ellos asociados o no al consumo de laxantes o diuréticos.

Este trastorno trae serias complicaciones debidas a los vómitos provocados o la falta de ingesta trayendo consigo problemas digestivos, gastrointestinales, anemia, alteraciones de balance hídrico, entre otros.

Se trata de una obsesión moderna por la perfección del cuerpo y que muchos autores lo llaman "epidemia del culto al cuerpo", ya que se trata de la búsqueda de la perfección que tienen diferentes formas de manifestarse y, al existir esta obsesión en la adolescencia se convierte en una pesadilla ya que con la personalidad propia de ellos (ellas) se sienten inducidos por la moda, se sienten obligados a la "cultura de la delgadez", sacrificando su salud y llegando hasta las ultimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.

Los profesionales de Salud conocemos que son alteraciones graves de la conducta alimentaria que de forma progresiva van cobrando mayor incidencia en los últimos años; son síndromes que se presentan, existiendo en ellos una importante alteración entre la patología y la filosofía.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación coinciden con los autores mencionados. Por tanto, puedo inferir que en la población adolescente de Tercero a Quinto grado del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel, 36.1% son adolescentes con riesgo para adquirir este Trastorno de conducta alimentaria, y 07% presentan este trastorno, lo que significa que en nuestro medio y especialmente en el centro educativo en

estudio este trastorno ya esta presente en la masa estudiantil creando conductas y vivencias inadecuadas relacionados con su imagen corporal, mellando su salud .

El hecho de que existen adolescentes con riesgo, y en el cual no se toma las medidas de prevención pertinentes, en un próximo tiempo se convertirá en esclavos de este síndrome, con deterioro en su salud y su vida social.

CUADRO N° 02

Sexo asociado al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Sexo	Riesgo de TCA	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Femenino		56	20.6	79	29.0	135	49.6
Masculino		43	15.8	94	34.6	137	50.4
Total		99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2.993 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

En el cuadro N° 02, observamos que del 63.6% de adolescentes sin riesgo, 34.6% pertenecen al sexo masculino y 29% al femenino. Del 36.4% con riesgo a desarrollar la enfermedad, 20.6% pertenecen al sexo femenino y 15.8% al masculino.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), lo que indica que el sexo no está asociado con los/las adolescentes con riesgo y sin riesgo de trastorno de conducta alimentaria; es decir la presencia de TCA no es dependiente del sexo.

❖ *A partir del presente cuadro se trabaja sólo con adolescentes que se encuentran con y sin riesgo de desarrollar el trastorno (272)*

Carlat y Camargo (1991) plantea que es común en mujeres que en varones el desarrollo del trastorno de conducta alimentaria, con proporciones de 10:1 en anorexia y 20:1 en bulimia.

Toro y Cols (2005), manifiesta que el grupo de riesgo a desarrollar trastorno de conducta alimentaria son las mujeres.

En un reportaje realizado por estudiantes de la licenciatura de Enfermería de la Universidad Autónoma de México, se vislumbra que un 12% de las alumnas de secundaria de esta ciudad padecen de Anorexia y Bulimia, el 40% son hombres.

Los diferentes autores coinciden en afirmar que las mujeres adolescentes tienen más riesgo de presentar el TCA, que en varones, por el mismo hecho de que se deja influenciar o impactar por la cultura de la esbeltez; ella es más sensible a la presión social es decir al síndrome de la "supermujer" como ser buena esposa y madre, estudiante o trabajadora excelente y para conseguirlo, debe mantenerse esbelta.

Generalmente los niños y las niñas; antes y durante la pubertad ingieren cantidades de comida apropiadas para su peso corporal y se encuentran satisfechos con sus cuerpos; pero en la adolescencia hay mayor riesgo de adquirir este trastorno debido a los traumas que crean los compañeros de aula, amigos o adultos a tomar en broma el sobrepeso del niño o niña o puber, que en muchos de los casos no se hacen con crueldad sino como manifestación de confianza, colocándole sobrenombres, sin tener en cuenta que esto puede generar culpas e inseguridades inmensas, predisponiendo así la aparición de este trastorno, creando depresión o ansiedad y la baja autoestima que puede originar.

Ambos tienden a desarrollar este tipo de problemas quizás por las influencias sociales como el ideal de la delgadez, aunque el trastorno que sufren las mujeres siempre se ha utilizado para explicar la diferencia de sexos en el trastorno de conducta alimentaria.

Sin embargo en la población investigada la prueba estadística demuestra que el sexo no está asociado con los/las adolescentes con riesgo y sin riesgo de trastorno de conducta alimentaria; porque solamente hay una diferencia de 4.8% entre ambos.

CUADRO N° 03

Funcionalidad Familiar asociado al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Factor de riesgo Funcionalidad Familiar	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alta funcionalidad familiar	55	20.2	133	48.9	188	69.1
Disfuncionalidad moderada	30	11.0	28	10.3	58	21.3
Disfuncionalidad severa	14	5.1	12	4.4	26	9.6
Total	99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 13.447 **$$

$$\chi_r^2 = 5.991$$

$$P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 2$$

En estos resultados observamos que, del 63.6% (173) de adolescentes sin riesgo a desarrollar la enfermedad 48.9% provienen de hogares con alta funcionalidad familiar, 10.3% con disfuncionalidad moderada y 4.4% con disfuncionalidad severa. Del 36.4% (99) de adolescentes con riesgo a desarrollar la enfermedad, 20.2% provienen de hogares con alta funcionalidad familiar, 11% con disfuncionalidad moderada y 5.1% con disfuncionalidad severa.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($P < 0.05$), lo cual indica que la funcionalidad familiar esta asociado con el grupo de adolescentes con riesgo de presentar el TCA; es decir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria es dependiente de la disfuncionalidad familiar.

Arias L., Julian, Herrera J., (1994), reporta a un grupo de adolescentes con la siguiente percepción: 34,1% con buena funcionalidad familiar, 1,3% presentan disfuncionalidad severa y un 18.1% con disfuncionalidad moderada.

North, Cogger, Bryan (1995), llega a la conclusión que la dinámica familiar es un factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de conducta alimentaria.

Anagalyz O., Fernández A., y Osorio M. (2003) en un estudio de 155 encuestadas que presentan trastorno de conducta alimentaria, 101 (65.20%) aprecian a su familia como disfuncional.

Dentro de la comunidad científica que vienen estudiando, la asociación entre un tipo de funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de conducta alimentaria, existen puntos de vista controversiales; al parecer no existen patrones específicos de funcionamiento familiar asociados a trastornos de conducta alimentaria, estas familias generalmente suelen ser más disfuncionales que las familias control y la calidad del funcionamiento familiar juega un papel importante en el desarrollo y resultado del trastorno (Cook-Darzens et al., 2005).

La funcionalidad de la familia es un factor asociado con la conservación de la Salud familiar, mientras que la disfuncionalidad altera la armonía entre sus miembros, colocándolos en riesgo de adquirir alteraciones diversas, como es el TCA. En base a que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones, se habla de la familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esta, acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y constituye un medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propios de cada sociedad.

Los adolescentes que perciben un buen funcionamiento familiar, viven en un continuo intercambio de armonía y comunicación, en ella las familias comparten sus ideas, ayudan al crecimiento individual de sus miembros, comparten el tiempo, el espacio y el dinero, se apoyan entre si y hay mayor fuerza de cohesión; fortaleciendo a sus miembros y evitando la influencia de los medios de comunicación como Internet o programas de televisión, que transmiten mensajes que distorsionan la imagen corporal, sobrevalorando el cuerpo delgado y esbelto

Diversos estudios han encontrado ciertos estilos de funcionamiento en familias con adolescentes que presentan trastorno de conducta alimentaria e indicaron que las interacciones en estas familias se diferencian de aquellas sin miembros con trastornos, cuando una familia es disfuncional se convierte generalmente en un factor de riesgo porque la (el) adolescente atraviesa por el proceso de la individualización en las relaciones, y los padres no proporcionan el espacio adecuado en la búsqueda de su propia identidad que debe ir acompañada de un sentido de libertad y autonomía para que ellos (as) se relacionen fuera del núcleo familiar; la exagerada cohesión, la dependencia de los padres hacia los hijos con una sobreprotección exagerada, la rigidez por mantener el status quo, la percepción de una madre perfeccionista y un padre periférico que dificultan la comunicación interna, la poca relación entre la pareja y otras características de este tipo de familia hace que el (a) adolescente fácilmente adquiera este trastorno, exacerbándose mucho más en las mujeres por las demandas sociales a las que están expuestas como el ser bella, elegante, estar en forma o simplemente dedicarse mucho tiempo al cuidado de su persona

La funcionalidad familiar, desde el punto de vista disfuncional está asociado con el riesgo de adquirir un TCA ($P < 0.05$), lo cual coincide con autores mencionados en el trabajo de investigación.

CUADRO N° 04

Autoestima asociado al riesgo al trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Factor de riesgo	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Autoestima						
Autoestima alta	1	0.4	4	1.48	5	1.84
Autoestima intermedia	98	36.0	161	59.18	259	95.22
Autoestima baja	0	0.0	8	2.94	8	2.94
Total	99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 26.850^{**} \quad \chi_t^2 = 9.488 \quad P < 0.05 \quad g. l. = 4$$

En el presente cuadro se observa que del 63.6% (173) de adolescentes sin riesgo a desarrollar la enfermedad 59.18 % presentan autoestima intermedia, 2.94% autoestima baja y 1.48% autoestima alta. Del 36.4% (99) de adolescentes con riesgo a desarrollar la enfermedad, 36.0% presentan autoestima intermedia y 0.4% autoestima alta.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($P < 0.05$), lo que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria es dependiente de la autoestima.

Strober (1980), reporta que la anorexia y bulimia presenta características como; perfeccionismo, rigidez, inflexibilidad y conformismo.

Universidad de Leeds (2004), refiere que trabajaron con 213 adolescentes mujeres y 166 adolescentes varones. Hallaron que los adolescentes

presentaban una baja autoestima y un evidente deseo de adelgazar y altos niveles de restricción.

Dentro de los factores de riesgo, muchos de los autores consideran la baja autoestima, el cual facilita la preocupación, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso; perfiles de personalidad que tienden al perfeccionismo extremo o bueno a la impulsividad desmesurada, práctica de regímenes restrictivos a través de la manipulación de la comida y la utilización de métodos inadecuados de control de peso; sin embargo en el presente trabajo se ha encontrado que el riesgo con mayor porcentaje es la autoestima intermedia.

La autoestima ha recibido más atención que casi cualquier otro concepto como barómetro del afrontamiento y la adaptación. Desde las primeras investigaciones ha sido evidente que era probable que la autoestima predijera dificultades de ajuste, y que a las personas con autoestima alta, las cosas probablemente les salían relativamente bien en diversos dominios. Se mostró que la baja autoestima estaba relacionada con la depresión, la ansiedad y el mal rendimiento escolar. Las personas con autoestima alta como los de autoestima baja eran similares en sus deseos de tener éxito al dejar la escuela, pero era más probable que el grupo de baja de autoestima sintiera que nunca alcanzaría el éxito.

Los (as) adolescentes con alta autoestima tienen significativamente más posibilidades de tener confianza en el mismo y aceptarse tal cual es; mientras que las adolescentes con baja autoestima se caracterizan por una sensación de insatisfacción consigo misma, siempre está con problemas de no aceptación de su aspecto físico y de considerarse menos que los demás y la creencia de que las personas no los comprendían ni los respetaban.

Hay diferencia clara de género con respecto a la importancia relativa del atractivo físico, este factor es más importante para las muchachas que para los

muchachos. Varios estudios comunican niveles de autoestima generalmente más bajos e intermedios entre las chicas en los estadios iniciales de la adolescencia. Así se puede explicar por el alto grado de varianza atribuible a la satisfacción con la imagen corporal en la autoestima global y al hecho de que las chicas sean particularmente sensibles a su imagen corporal y estén insatisfechas con ella durante los años pubescentes.

Las características de personalidad: baja e intermedia autoestima, personalidad dependiente, falta de autonomía, gran necesidad de aprobación de los demás, dificultad en las relaciones interpersonales, dificultad para percibir su entorno con objetividad, problemas en la aceptación de las dificultades de la vida, sensación de ineficacia, sensación de fracaso y falta de control, poca tolerancia a la frustración, que también suelen estar acompañados de ansiedad y depresión, son características que atraviesan los adolescentes en el desarrollo de la vida, si estos no presenta autoestima alta, suelen desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Por tanto los (as) adolescentes con riesgo al trastorno presentan básicamente una sensación de inutilidad, sentimientos de minusvalía e inseguridad que limitarán su adaptación al entorno y manejo de las relaciones con el otro y esta baja e intermedia autoestima conforman el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este trastorno, porque no se valoran y no creen ser valorados por otros; creen que todo lo que hacen está mal, no encuentran aspectos positivos en su físico ni en su manera de ser, hace que tenga pensamientos automáticos irracionales sobre su figura.

Existe por tanto una relación estrecha entre el riesgo de adquirir los trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia) con la autoestima intermedia, de acuerdo a la prueba estadística que indica la existencia de asociación entre ambas variables ($P < 0.05$), coincidiendo así con los hallazgos de otros autores:

CUADRO N° 05

Grado De Estudio Secundario asociado con el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Grado de estudios	Factor de riesgo	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Tercero		21	7.7	59	21.7	80	29.4
Cuarto		40	14.7	58	21.3	98	36.0
Quinto		38	14.0	56	20.6	94	34.6
Total		99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.044 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 5.991 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 2$$

En el Cuadro N° 05, encontramos que del 63.6% (173) de adolescentes que no presentan riesgo el 21.7% se encuentran cursando el tercer grado, 21.3% el cuarto grado y 20.6% el quinto grado de educación secundaria. Del 36.4% (99) de adolescentes con riesgo un 14.7% cursan el cuarto grado, 14.0% el quinto grado y 7.7% el tercer grado de educación secundaria.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), lo cual indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente del grado de estudio.

Harley F. (2002), manifiesta que de 361 casos de adolescentes con riesgo a presentar este trastorno, cursan el cuarto y quinto año de educación secundaria, pertenecientes a colegios privados y públicos.

Al estudiar este factor de riesgo: grado de escolaridad se observa que esta se acentúa a medida que se avanza en escolaridad, lo cual significa que aparecen conductas inapropiadas en relación a propagandas de figuras con cuerpos perfectos que impactan en la mente de los (as) adolescentes, experimentando esta idea de una manera especial adquiriendo gran importancia, ya que todo ideal, todo sueño y obviamente toda perfección que influye poderosamente en el adolescente que cree y piensa que todo lo puede.

En las culturas occidentales, la sociedad intensifica estas etapas de desarrollo a través de instituciones sociales, organizadas en derredor de las mismas: grados de escolaridad, ciclos de enseñanza y el concepto legal y moral de "minoría de edad". El paso de un nivel de escolaridad al siguiente trae consigo cambios de conducta socialmente esperados, dichos cambios son frecuentemente de índole discontinua, especialmente los de la adolescencia.

Una adolescencia excesivamente individualizada, expuesta constantemente a la competitividad presente y futura, lleva a un estrés emocional que no todos pueden soportar. Nuestra sociedad, con un cambio acelerado y en una cultura de competitividad e individualismo consumista, ha construido un modelo de adolescente de estrés y tensión, creando una constante interrogación sobre su identidad; este factor de riesgo se relaciona con el desarrollo porque a medida que va creciendo va tomando relevancia su inserción en el grupo de pares y la sociedad, por lo que es importante su integración en el colegio y su sentido de permanencia.

En conclusión el grado de escolaridad no es un factor de riesgo que tiene significancia ($P > 0.05$) para el trastorno de conducta alimentaria (anorexia-bulimia), ya que no existe mucha diferencia entre los(as) adolescentes de los grados de educación secundaria.

CUADRO N° 06

Edad asociado con el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Edad	Factor de riesgo	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
13		3	1.1	7	2.6	10	3.7
14		21	7.7	57	21.0	78	28.7
15		45	16.5	57	21.0	102	37.5
16		29	10.7	51	18.8	80	29.4
17		1	0.4	1	0.4	2	0.7
Total		99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.988 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 9.488 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 4$$

En el cuadro N° 06, se aprecia que del 63.6% (173) de adolescentes sin riesgo 21.0% tienen 14 y 15 años de edad; 18.8% 16 años, 2.6% 13 años y 0.4% 17 años de edad. Del 36.4% (99) de adolescentes con riesgo, 16.5% tienen 15 años, 10.7% 16 años, 7.7% 14 años, 1.1% 13 años y 0.4% tiene 17 años de edad.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), lo que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente de la edad.

Rathner, Messner (1993), refiere que la población de riesgo van de 16 a 26 años de edad, en un estudio realizado encuentran 16-18 años (34.6%), 19-21 años (54.2%) y 22-24 años (11.35).

Round (1999) reporta en proporción de 10:1 en mujeres, la edad abarca desde los 8 a los 80 años, pero con una franja para la anorexia y bulimia es entre 15 a 25 años de edad.

Toselli y Cois (2005), refiere en su estudio que la edad promedio a presentar la enfermedad es de 15,5 a 17,2 años de edad, encontrando que el factor edad solo juega un papel significativo en varones.

Diversos estudios clínicos y basados en los registros indican que el factor de riesgo edad en los trastornos de conducta alimentaria alcanza un máximo entre la adolescencia media y tardía, siendo los 17 años la edad media de aparición. Sin embargo, hay pruebas recientes de que la incidencia en chicas más jóvenes puede estar aumentando, y hay estudios de niñas de 8 y 9 años que muestran preocupación por su peso y aspecto corporal. Los registros clínicos revelan también que esta aumentando la probabilidad de que niñas y niños de estas edades presenten síntomas de trastornos de conducta alimentaria (bulimia y anorexia). Esto refleja en el aumento de unidades de ingreso para pacientes muy jóvenes.

La edad como un factor de riesgo, para algunos investigadores tiene sus controversias, algunos afirman que los hombres desarrollan trastornos de la conducta alimentaria más tardíamente que las mujeres, entre 18 y 26 años ligadas a una preocupación exagerada de la imagen corporal o del peso como modelos, gimnastas, corredores, fisicoculturistas, nadadores.

Cabe decir que la edad es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los trastornos de conducta alimentaria se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia. Ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 20 años, ya que es un período en el cual el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen

mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.

Entre los 14 a 16 años de edad, hay mayor riesgo de que los (as) adolescentes presenten este trastorno, porque están sujetos a mayor cambio y presión de su entorno por las modas impuestas de los medios de comunicación y otros que pueden o no desencadenar este problema, estos cambios resultan los mas duros en la vida de todo ser humano, tanto en lo físico como en lo psicológico.

Pese a que en el trabajo se ha encontrado que el mayor riesgo de sufrir este trastorno es entre los 14 a 16 años de edad, de acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que la edad no esta asociada al riesgo de desarrollar el trastorno de conducta alimentaria ($P > 0.05$) ya que puede presentarse en las personas muy jóvenes hasta entrada la madurez, por diversos factores.

CUADRO N° 07

Grado de Escolaridad del Padre asociado con el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Grado de escolaridad del padre	Factor de riesgo	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Primaria completa		3	1.1	8	2.9	11	4.0
Secundaria completa		12	4.4	29	10.7	41	15.1
Superior completa		84	30.9	136	50.0	220	80.9
Total		99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1.598 \text{ N. S.}$$

$$\chi_t^2 = 5.991$$

$$P > 0.05 \quad g. l. = 2$$

En la tabla que antecede se observa, que del 100% (272) de adolescentes, el 63.6% (173) se encuentran sin riesgo a desarrollar la enfermedad, de quienes 50.0% tienen padres con grado de escolaridad superior completa; 10.7% secundaria completa y 2.9% primaria completa. Así mismo, del 36.4% (99) de adolescentes con riesgo a desarrollar la enfermedad, 30.9% tienen padres con grado de escolaridad superior, 4.4 % educación secundaria completa y, 1.1% con grado de escolaridad primaria completa.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente al grado de escolaridad del padre.

CUADRO N° 08

Grado de Escolaridad de la madre asociado con el riesgo trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Factor de riesgo Grado de escolaridad de la madre	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria completa	4	1.5	6	2.2	10	3.7
Secundaria completa	15	5.5	43	15.8	58	21.3
Superior completa	80	29.4	124	45.6	204	75.0
Total	99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3.357 \text{ N. S.}$$

$$\chi_t^2 = 5.991$$

$$P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 2$$

Relacionado a adolescentes con riesgo a desarrollar la enfermedad del 36.4% (99), 29.4% tienen madres con grado de escolaridad superior completa, 5.5% secundaria completa y 1.5% primaria completa. Del 63.6% (173) adolescentes sin riesgo a desarrollar la enfermedad 45.6% tienen madres con grado de escolaridad superior completa, 15.8% secundaria completa y 2.2% primaria completa.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), lo que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente al grado de escolaridad de la madre.

Se tiene la idea de que cuando los padres son instruidos, tienen mayor influencia positiva sobre sus hijos, sin embargo suele darse que los trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia) se manifiestan en clases superiores, donde los padres tienen educación superior. Diversas

investigaciones que han estudiado la relación entre el diagnóstico y la educación de los padres son contradictorias. Por ejemplo, se presentaron datos de un estudio de registro clínico a pequeña escala donde concluyeron que los (as) adolescentes que cumplían los criterios de los trastornos de conducta alimentaria eran de clase superior en relación a aquellos que no los cumplían, donde los padres tenían estudios superiores; sin embargo, un estudio más extenso no halló tal relación, esta inconsistencia puede reflejar problemas de identificación de la clase social, pues las definiciones pueden incluir la actividad de los padres, la propia ocupación, el nivel educativo y el de ingreso que son estimaciones problemáticas.

Actualmente se ve que el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia) se desarrolla en adolescentes con padres que han tenido una educación universitaria como en padres que no han tenido ningún tipo de educación, casos clínicos conmovedores televisivos en nuestro medio.

Por tanto, mediante la prueba de Chi cuadrado se determina que el factor de riesgo: grado de escolaridad del padre y la madre no influye en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia).

CUADRO N° 09

Ocupacion del Padre asociado con el riesgo trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Factor de riesgo Ocupación del padre	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	21	7.7	62	22.8	83	30.5
Institución privada	32	11.8	36	13.2	68	25.0
Sector público	46	16.9	75	27.6	121	44.5
Total	99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 7.890 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 5.991 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 2$$

El presente cuadro nos muestra, que del 100% de adolescentes el 63.6% (173) no presentan riesgo de sufrir este trastorno, correspondiendo el 27.6% a aquellos (as) cuyos padres trabajan en el sector público, 22.8% con trabajo independiente y 13.2% con trabajos en instituciones privadas. Del 36.4% (99) de adolescentes que presentan riesgo de sufrir esta enfermedad, el 16.9% tienen padres que trabajan en el sector público, 11.8% en instituciones privadas y 7.7% en forma independiente.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente a la ocupación del padre.

Según el Dr. Martínez, en su trabajo de investigación concluye que "apoyan fuertemente la hipótesis de que la génesis de estas enfermedades está fuertemente condicionada por el ambiente familiar y sociocultural en el que se

desenvuelve la vida de las adolescentes y que además de la importancia de revisar los contenidos de los medios de comunicación dirigidos a chicas jóvenes y de la necesidad de fomentar una buena relación entre los padres, una conclusión clara es que el hábito de comer en solitario debe ser evitado entre las adolescentes.

En muchos hogares los padres que trabajan en forma independiente o en instituciones, mayormente no permanecen en sus casas, no apoyan a sus hijos, solamente les interesa satisfacer las necesidades materiales de sus hijos, mas no así la parte afectiva, la conducta de sus hijos, ignorando el comportamiento y las actitudes de los hijos.

En los hogares el rol paterno se muestra con un carácter sumiso, demostrando su incapacidad para dar muestras de autoridad manteniéndose frecuentemente excluido de la vida familiar, lo que presentaría indicios de un estado depresivo por una modificación en su rol dentro de la dinámica familiar que lo ubica en un punto de mayor invalidez, lo que origina que la relación padre-hija aparezca correlacionado con la sicopatología de la paciente.

Creo la conducta del padre debe ser modelo para los hijos desde que ellos tienen uso de razón perciben el comportamiento de su padre y si esta es negativa queda impresa en la vida del futuro adolescente, lo que, puede influir en la presencia de este trastorno que, deteriora la salud del futuro del país y del mundo.

El padre debe brindar el poco tiempo que le queda fuera de sus labores de trabajo a sus hijos, conversar con ellos, aconsejarlos, guiarlos y observar la conducta que presenta, lo que puede ayudar a captar las primeras manifestaciones que puede presentarse en ellos de estas patologías; el padre es guía y un aliciente constante en la vida de los adolescentes; existen trabajos de investigación donde se confirma que, los hijos que reciben un afecto y apoyo de los padres son los que menos presentan problemas psicológicos.

En la actualidad, la familia y las relaciones que se mantienen en ella se ven condicionadas por el ambiente laboral de los padres. En las últimas dos décadas la fuerza laboral ha ejercido una gran influencia en la modificación de la estructura del parentesco y la relación que mantienen con sus hijos e hijas, los progenitores dejan a los colegios competencias que les corresponde, pero que a causa de la vida acelerada por las condiciones laborales o por comodidad no lo llevan a cabo, ellos creen que la escuela es la que se debe hacer cargo de la educación de sus hijos o hijas; estos cambios laborales están produciendo un deterioro y una modificación en las relaciones entre progenitores e hijos; pasan poco tiempo juntos por el que no se fomenta un apego, seguridad, afecto, cohesión, hay poca comunicación;

Pese que la ocupación del padre fuera del hogar, según las bibliografías le resta el cumplimiento de su rol de padre, afectando en su desarrollo normal de los hijos; sin embargo en la población de investigación no está asociado con el riesgo de presentar el trastorno.

Por tanto concluimos que la ocupación de los padres no tiene relación con esta patología ($P > 0.05$), este se puede presentar en cualquier situación laboral de los padres.

CUADRO N° 10

Ocupacion de la madre asociado con el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel del tercero al quinto grado de Educación Secundaria. Ayacucho. 2008

Ocupación de la madre	Riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	38	14.0	90	33.1	128	47.1
Institución privada	30	11.0	33	12.1	63	23.2
Sector público	31	11.4	55	20.2	81	29.8
Total	99	36.4	173	63.6	272	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.916 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 5.991 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 2$$

En el presente cuadro, observamos que del 100% (272) de adolescentes, 36.4% (99) con riesgo a desarrollar la enfermedad, 14.0% tienen madres con un trabajo independiente, 11.4% trabajan en el sector público y 11.0% en instituciones privadas. 63.6% (173) adolescentes sin riesgo a desarrollar la enfermedad 33.1% tienen madres con trabajo independiente; 20.2% trabajan en el sector publico y 12.1% en instituciones privadas.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$), que indica que el riesgo al trastorno de conducta alimentaria no es dependiente a la ocupación de la madre.

ADANER, (2004) manifiesta que "Los retos más importantes que los padres deben afrontar en su relación con los hijos son, sin duda, conocerlos, ser capaces de apreciar sus problemas o inquietudes y, por supuesto, ayudarles en los momentos de dificultad. La adolescencia, como etapa de cambio y afirmación de la personalidad, supone, también para los padres, un período de

confusión, a veces de desconcierto, en el que resulta difícil comprender y compartir muchas de las reacciones y los planteamientos de los jóvenes. La observación permanente de sus actitudes y el diálogo con ellos serán elementos claves para asegurar, cuando menos, el éxito de la relación "padres-hijos"

En la mayoría de los hogares las madres juegan un papel muy importante en la conducción y desarrollo emocional de los hijos, muchos adolescentes confían más en la madre que en el padre, y, en la actualidad por la deficiente situación económica que atraviesa las familias en nuestro país y el mundo entero y porque la mujer está incursionando en asumir responsabilidades fuera del hogar, ocupan el mayor tiempo en trabajar fuera del ámbito familiar, quedando los hijos solos.

Si bien es cierto que muchos adolescentes con fines de llamar la atención de sus padres adoptan conductas, como son los TCA; sin embargo en la población en investigación; a ocupación de las madres fuera del hogar no está asociado con el riesgo ($p > 0.05$), de presentar el TCA.

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se arribo a las conclusiones siguientes:

1. La disfuncionalidad familiar, la autoestima baja, están asociados con el riesgo de presentar los trastornos de Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia) en los adolescentes del Tercero al Quinto Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo de Gestión No Estatal Federico Froebel en el año 2008. ($p < 0.05$)
2. En el proceso de la investigación se identificó 0.7% de los adolescentes del Centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel presentan el trastorno de conducta alimentaria (anorexia-bulimia).
3. La edad, sexo, grado de escolaridad del adolescente, ocupación y grado de instrucción de la madre y del padre de los adolescentes del Tercero al Quinto grado de educación secundaria del centro Educativo de Gestión no Estatal Federico Froebel , no constituyen factores de riesgo. ($p > 0.05$)

RECOMENDACIONES:

- a. Las instituciones de salud deben orientar sus acciones hacia el logro de actitudes saludables en la alimentación de los adolescentes; realizar programas y campañas de prevención dirigidos a erradicar los factores asociados de disfuncionalidad familiar, baja autoestima, con el TCA, por ser una patología grave que tiene un gran impacto negativo sobre las familias por su riesgo de cronicidad y mortalidad.
- b. La dirección del Centro Educativo de Gestión No Estatal Federico Froebel, deberá plantear y aplicar estrategias de solución dirigidas para los padres y adolescentes que se encuentren en riesgo de presentar trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), en coordinación con los padres e instituciones de salud.
- c. Que los profesores de los colegios participen en la detección precoz de estos trastornos de conducta alimentaria, observando los comportamientos, los cambios emocionales, los cambios de aspecto físico que pueden indicar este tipo de trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abou-Saleh, M.T., Oleesky, D.A. y Crisp, A. ***"Dexamethasone suppression and energy balance: A Study of anorexic patients"***, en G.I. Szumuckler, P.D. Salde, P. Harris, D. Benton y G.F. Russell (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorder*. Oxford: Pergamon Press. 1986. pp. 203-206
- Agras, S. y Werner, J. ***"Disorder of eating"***. En S.N. Turner, K. S. Clahoun y H. E. Adams (Eds.): *Handbook of clinical behavior Therapy*. New York: Wiley Interscience Publication. 1981.
- Akan, G.E. y Grilo, C.M. ***"Sociocultural Influences on Eating Attitudes and Behaviors, Body image and Psychological Functioning: A comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian College Women"***. *International Journal of Eating Disorder*. 1994. Vol 18, Nº 2, 181-187
- Alarid, H. ***"Fundamentos de Medicina Familiar"***. Primera Edición. Ediciones Medicina Familiar Mexicana. México. 1982. pp 3-126
- Álvarez, P. ***"Personalidad y bulimia nerviosa"***. En V. Barcelona. Editorial Masson. 1997.
- Allon, N. ***"Latent social services in group dieting"***. *Social Problems*. 1975. 32, 519-569
- American Psychiatric Association. ***"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III"***. APA. Trad. Española. Barcelona. Editorial Masson. 1985.
- American Psychiatric Association. ***"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III"***. APA. Trad. Española. Barcelona. Editorial Masson. 1995.
- Aranceta, J. ***"Anorexia nerviosa y bulimia"***. En LL. Serra, J. Aranceta y J. Mataix (eds): ***"Nutrición y Salud Pública. Métodos, Bases Científicas y aplicaciones"***. Barcelona. Editorial Masson. 1995.
- Arroyo, M.C. Del Río y Valdes, M. ***"Autoestima y creencias irracionales en una muestra de pacientes con trastornos de la alimentación"***.

Departamento de Psiquiatría, personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología de Sevilla. Póster congreso AETCA. 1999.

- Baptista, F. Sampaio, D. do Carmo, I, Reis, D. y Galcao-Teles, A. **"The prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female University Population"**. European Eating Disorders Review. 1996. 4. 260-270
- Becker, S.E. Grinspoon, Sk, Klibanski, A. y Herzog, D.B. **"Eating Disorders. New England Journal of Medicine"**. 1999. 340 (14): 1092-8
- Beumont, P.J. **"The history of eating and dieting disorder"**. Clinical Applied Nutrition. 1991. 1 (2), 9-20
- Bouvard, M.P. Mouren-Simeoni, M.C., Le Heuzey, M.F. y Dugas , M. **"Les perturbations alimentaires dans une population etudiante"**. Dones epidemiologiques. L'encephale, XV. 1989. 219-226
- Branden, N. **"Los seis pilares de la autoestima"**. Barcelona. Editorial Paidós. 1995.
- Braun, DL. Sunday, R y Halmi K.A. **"Psychiatry comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine"**. 1994. pp 859-867
- C. Perpiña. **"Trastornos alimentarios"**. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 1990
- Cervera, S y Quintanilla, B. **"Anorexia Nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales"**. EUNSA. Pamplona. Ediciones Universidad de Navarra. S.A. 1995.
- Cervera, M. **"Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia."** Barcelona. Editorial Martínez Roca. 1996
- Chinchilla, A. **"Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa"**. Barcelona. Editorial Masson. 1995.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE – 10
- De La Revilla, L. **"La Disfunción Familiar. Atención Primaria"**. 1992. 10 (2): 7-8

- De la Revilla, L; De los Ríos, A. **"La Utilización de los Servicios de Salud y los Motivos de Consulta como Indicadores de Disfunción Familiar. Atención Primaria"**. 1994. 13 (2): 73 – 76
- Gordon, W. **"Fundamentos de la investigación psicológica"**. Editorial Trillas. México. 1984
- Herrera, L. **"El Adolescente y sus Problemas"**. Ediciones FUDAEDUCO. Barquisimeto. 1990. pp 3-28
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. **"Metodología de la Investigación"**. Segunda Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 1991
- Manual Diagnóstico. DSM IV. **"Trastornos de la Conducta Alimentaria"**. Editorial Masson. Barcelona. España. 1995
- Mascaró N. **"Terapia Familiar Sistémica"**. Editorial Fundamentos. Madrid. España. 1996
- Minuchin S. y Fischman H. **"Técnicas de terapia familiar"**. Editorial Paidós. España. 1994
- Orueta, R y col. **"Características Familiares de los Hiperutilizadores de los Servicios sanitarios de Atención Primaria"**. Atención Primaria. 1993. 12 (2):46 – 48
- Perpiñá, c **"Trastornos alimentarios"** Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 1990
- Perrin, E. **"Los niños en las Diversas Constelaciones Familiares"**. Pediatrics. Traducción española. 1997. 43 (6): 15 – 16
- Rodríguez, E. y col. **"Estudio de la Función Familiar a través del Cuestionario Apgar. Atención Primaria"**. 1996. 17(5):64-71
- Smilkstein G. **"Apgar Familiar"**. Curso de Salud Familiar. Módulo 3. Modelos de atención Familiar II. 1978
- Satir P. **"La familia funcional y disfuncional"**. Revista Cubana Médica Integral. 1997
- Turon (Ed.): **"Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad"**. Barcelona. Editorial Masson. 1997.
- Watzlawick P. **"La palabra del cuerpo"**. Editorial Herder. Barcelona. 1997

Tesis:

- Condori J. ***"Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana"***. Lima. Tesis UNMSM. Facultad de Humanidad. 2002

Páginas Web:

- Aguilera y Otros. Estudio de la funcionalidad en familias con un solo progenitor.
www.ifomediconline.com/biblioteca/revistas/medifami7art721.asp
- Angalyz O. Fernández A y Osorio M. Revista Cubana Médica Integral: Funcionamiento familiar su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma.
www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol19_4_03/mqi0203.htm.
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry. Los adolescentes con desórdenes de la alimentación.
www.aacap.org/publications/apntsFam/eating.htm
- Arias L. Julián, Herrera J. (1994)
www.colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26n04/practicas.html
- Behar. Revista Chilena Nutru. Santiago. Agosto 20 del 2002
www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000200002&script=sci_arttext&lng=es
- Cyra S. Caroca O. y Velasco A. Año 2003. Volumen 2. N° 01
[www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.1/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20en%20adolescentes%20de%20las%20ciudades%20de%20la%20paz%20\(resumen\).htm](http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.1/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20en%20adolescentes%20de%20las%20ciudades%20de%20la%20paz%20(resumen).htm)
- Estadísticas Hispánicas sobre Anorexia y Bulimia
www.anycities.com/user1/esye/Estadisticas/Chile/htm.
- Liliána Arias C, Julián A. Herrera. El PAGAR familiar en el cuidado primario de salud MD.
www.colombiamedica.unicalle.edu.co/Vol25Noº/apgar.html

Nacional Eating Disorder Association.

www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?WebPAge_ID=457&Profile_ID=69476

Ramírez C. y otros. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. 2004

www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/funcionalidad%lodamiliar.pdf

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2003
Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos.

[www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2003000300005&script=sci_asttext&tlng=es)

[699X2003000300005&script=sci_asttext&tlng=es](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2003000300005&script=sci_asttext&tlng=es)

www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S262/S262alimentacion.html

- www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp

- www.fapaes.net/biblio/anorexia%20y%20bulimia.%20defensor%20Madrid.pdf (ADANER)

- www.med-estetica.com/Cientifica/Revista/n6/abs-anorexiabulimia.html
(Martínez)

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. El propósito de la visita es recoger datos para realizar una Investigación sobre los Transtornos de la Alimentación. Los tests que se presentan a continuación son referentes a la Alimentación, Funcionalidad Familiar y la Autoestima.

Por ser un Test anónimo, pido a Ud. responder las preguntas con suma franqueza y confianza.

Gracias por su colaboración.

Rocío Lorena Roca Quispe,
Estud. Enfermería UNSCH

Grado de escolaridad :

Edad :

Sexo : Masculino () Femenino ()

Sobre los padres:

Grado de escolaridad:

Padre: Primaria Completa	()	Madre: Primaria Completa	()
Secundaria Completa	()	Secundaria Completa	()
Superior Completa	()	Superior Completa	()

Ocupación:

Padre:	Sector Público	()	Inst. Privada	()	Independiente	()
Madre:	Sector Público	()	Inst. Privada	()	Independiente	()

TEST DE TRASTORNO DE LA ALIMENTACION

(EAT - 26)

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
Me da mucho miedo pesar demasiado.						
Procuro no comer aunque tenga hambre.						
Me preocupo mucho por la comida.						
A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc)						
Noto que los demás preferirían que comiese más.						
Vomito después de haber comido.						
Me siento muy culpable después de comer.						
Me preocupa el deseo de estar tan delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						

Tardo en comer más que las otras personas.						
Procuro no comer alimentos con azúcar.						
Como alimento en régimen.						
Siento que los alimentos controlan mi vida.						
Me controlo en las comidas.						
Noto que los demás me presionan para que coma.						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
Me siento incomodo/a después de comer dulces.						
Me comprometo a hacer régimen.						
Me gusta sentir el estómago vacío.						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

ntuación total es la suma de los 26 items. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el s respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el item puntúa de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2 ,3 (nunca = 3).

aciones:

ción sin riesgo : 46 a mas

ción con riesgo: 21 a 45

rno de conducta alimentaria: 20 a menos

TEST DEL APGAR FAMILIAR SEGÚN SMILKSTEIN

COMPONENTE	PREGUNTA	PUNTAJE		
		Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca
Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia.	¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?	2	1	0
Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas.	¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema contigo?	2	1	0
Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios del estilo de vida	Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	2	1	0
Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional.	¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?	2	1	0
Como se comparte el tiempo, el espacio y el dinero.	¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos?	2	1	0

Puntaje:

Alta Funcionalidad Familiar: 7 - 10

Disfuncionalidad Moderada: 4 - 6

Disfunción Severa: 0 - 3

TEST DE AUTOESTIMA (Pick de Weis)

esta página encontrará una lista de frases acerca de sentimientos. Si una frase describe como generalmente se siente, marque con una X en la columna verdadera (V) si la frase no describe como generalmente se siente, marque con una X en la columna de falso (F).

- Por lo general las cosas que pasan me molestan
- Encuentro que me es muy difícil hablar delante de las personas de clase
- Hay muchas cosas sobre mi mismo que cambiaria si pudiera.
- Puedo tomar decisiones sin mayor problema
- Soy una persona muy entretenida para los demás.
- Me molesto fácilmente cuando estoy en casa
- Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo
- Soy popular entre los compañeros de mi edad
- Generalmente mis padres consideran mis sentimientos
- Me doy por vencido muy fácilmente.
- Mis padres esperan demasiado de mí.
- Es bastante difícil ser yo misma.
- Todas las cosas son muy confusas en mi vida.
- Mis amigos generalmente siguen mis ideas.
- Tengo una baja opinión de mi mismo
- Muchas veces me gustaría irme de casa
- recientemente me encuentro fastidiado en mi centro de estudios
- o soy lo atractivo físicamente como la mayoría de personas
- si tengo algo que decir generalmente lo digo
- mis padres me comprenden
- la mayoría de las personas agradan mas de lo que yo agrado
- generalmente sentía como si mis padres me estuvieran presionando
- menudo me siento desalentada en mi centro de estudios
- con frecuencia desearía ser otra persona
- no se puede contar conmigo

V	F

la puntuación se da de la siguiente manera: Las respuestas verdaderas valen 1 punto, y las falsas valen 0 puntos. El total dará un resultado y este se multiplicara por 4

los arrojará datos como:

Nivel de Autoestima Alto: 75 – 100 puntos

Nivel de Autoestima Intermedio : 25 - 74 puntos

Nivel de Autoestima Baja: 0 - 24 puntos.

PRUEBA PILOTO

Para hacer esta prueba se utilizó la confiabilidad del instrumento de Test de trastornos de la alimentación, mediante la prueba de Alfa de Cronbach; para lo cual se realizó la encuesta a 10 estudiantes del tercero al quinto de secundaria del Centro Educativo Particular San Antonio de Ayacucho (las mismas particularidades del Centro Educativo Particular Federico Froebel). Cuyos resultados son:

s	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24	i25	i26	total
1	3	2	0	3	3	1	2	0	3	3	1	1	3	2	3	3	0	3	1	0	3	3	0	3	3	3	52
2	1	0	3	3	1	2	2	3	3	1	0	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
3	2	3	1	3	1	0	2	1	3	3	0	0	2	0	0	2	2	3	1	2	0	3	1	3	3	3	44
4	1	3	1	1	1	0	1	3	1	3	3	1	3	2	0	3	3	3	1	3	3	1	1	3	0	2	47
5	3	2	1	3	1	2	1	1	3	3	3	1	0	2	1	3	2	2	2	1	1	3	1	3	0	3	48
6	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	0	0	0	3	3	1	0	3	3	3	57
7	3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	0	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	62
8	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	72
9	3	3	0	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	0	3	0	3	3	1	3	3	3	62
10	0	0	0	1	1	1	3	3	2	0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	1	21
	1,29	1,43	1,29	0,71	0,71	1,16	0,68	1,34	0,46	1,17	2,1	1,07	1,51	1,29	1,61	0,72	1,56	1,88	1,57	1,56	1,16	1,34	1,29	0,9	1,96	0,46	191,79
	32,22																										

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left(1 - \frac{32.19}{191.79} \right)$$

$\alpha = 0.92$ (es confiable)