

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes  
mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra”

Callao, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Desirée Lizbeth Borjas Cavero

Lima-Perú

2017

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A mis Señores Padres Benjamín y María Luz, estaré siempre agradecida por darme la vida.

A mi esposo Ángel a quien amo mucho, gracias por apoyarme con nuestros tres tesoros Melissa, Abigail y Ángel, mis motivos de superación.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por enseñarme el camino correcto de la vida, por darme salud, fuerzas, por protegerme y sobre todo por la mayor bendición que pudo haberme dado que son mis tres hijos.

Agradecimiento especial a mis docentes que nos acompañaron en esta etapa universitaria y licenciatura.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado

En cumplimiento a las normas de la Directiva N° 003-FPs y TS-2016 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para optar el título profesional de Licenciada en psicología bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL, ante ustedes presento mi trabajo de investigación denominado: “RIESGOS DE DESARROLLAR TRANSTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ADOLECENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA JOSÉ OLAYA BALANDRA CALLAO”

Por lo que, señores miembros del jurado, espero que esta investigación sea evaluada y se merezca su aprobación.

Atentamente,

Desirée Lizbeth Borjas Cavero

## INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
PRESENTACIÓN .....	iv
INDICE .....	v
LISTA DE TABLAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x
CAPÍTULO I .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema General.....	3
1.2.2 Problemas Específicos .....	3
1.3 Objetivos .....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos:.....	4
1.4 Justificación e importancia. ....	4
CAPÍTULO II .....	6
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	6
2.1 Antecedentes .....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	7
2.2 Bases teóricas.....	9
2.2.1 Adolescencia .....	9
2.2.2 Trastornos de Conducta Alimentaria.....	10
2.2.3 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria .....	13
2.2.4 Alimentación en la adolescencia.....	20
2.2.5 Dieta saludable para adolescentes.....	21
2.2.6 Autocontrol en trastornos de alimentación.....	23

<b>2.3 Definición conceptual</b> .....	23
2.3.1. Trastorno de conducta alimentaria.....	23
<b>CAPÍTULO III</b> .....	25
<b>METODOLOGIA</b> .....	25
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	25
3.1.1. Tipo y enfoque .....	25
3.1.2. Niveles .....	25
3.1.3. Diseño de investigación .....	25
3.2 Población y Muestra.....	26
3.2.1. Población .....	26
3.2.2 Muestra.....	27
3.3 Identificación de la variable y su operacionalización.....	28
3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	29
3.4.1. Las técnicas que se emplean son:.....	29
3.4.2. Instrumentos de recolección de información.....	29
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	32
<b>PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	32
4.1 Procesamiento de los resultados .....	32
4.2. Presentación de los resultados .....	33
4.3. Análisis y discusión de resultados.....	39
4.4. Conclusiones.....	41
4.5. Recomendaciones.....	42
<b>CAPÍTULO V</b> .....	44
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b> .....	44
5.1 Denominación del programa .....	44
5.2 Justificación del problema.....	44
5.3 Objetivo general .....	45
5.4 Objetivos específicos .....	45
5.5 Sector al que se dirige .....	45
5.6 Establecimiento de conductas problemas y metas .....	46
5.7 Metodología de la intervención .....	46
5.8 Instrumentos / material a utilizar .....	46

5.9 Cronograma de actividades .....	48
REFERENCIAS .....	67

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población de estudiantes mujeres del nivel secundaria.	26
Tabla 2. Distribución de la muestra de estudiantes mujeres del nivel secundaria	27
Tabla 3. Análisis de Confiabilidad de la muestra en estudio EAT 26 TAC	31
Tabla 4. Valores estadísticos Generales de riesgos de TAC	33
Tabla 5. Frecuencia de acuerdo a riesgos de TAC	34
Tabla 6. Niveles de Riesgo TAC	35
Tabla 7. Nivel de factor dieta en la muestra de estudiantes con riesgo de TAC	36
Tabla 8. Nivel de factor bulimia en la muestra con riesgo de TAC	37
Tabla 9. Nivel de factor control oral en la muestra riesgo de TAC	38



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sobre posiciones en los trastornos de la conducta alimentaria.	11
Figura 2. Anorexia Nerviosa, actividad física y deporte.	15
Figura 3. Tipos de trastorno de la conducta alimentaria	20
Figura 4. Frecuencia de acuerdo a la tendencia riesgo TAC.	34
Figura 5. Distribución del riesgo TAC según percentiles	35
Figura 6. Nivel del factor dieta en la muestra en riesgo de TCA	36
Figura 7. Nivel de factor bulimia en la muestra en riesgo de TCA	37
Figura 8. Nivel de factor Control Oral en la muestra en riesgo de TCA	38

## RESUMEN

La presente investigación es de diseño cuantitativo no experimental de tipo transversal descriptivo, siendo el objetivo general determinar si las estudiantes de la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” Callao, cuentan con dicho riesgo; la muestra estuvo compuesta por 90 personas. El instrumento que se utilizó fue la escala de Actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT- 26) previamente adaptada a la población peruana por Palpan, Garay, & Jiménez (2011). La información fue procesada mediante el programa Excel. La muestra estuvo conformada por el 100% mujeres adolescentes. Los resultados mostraron que el 37% mantenía un riesgo de trastorno de conducta alimentaria, por tratarse de un problema de salud pública y pretendiendo prevenir la morbimortalidad se trabajó un programa de intervención de 9 sesiones diseñada para estudiantes, futuras profesionales de nuestro país.

Palabras Claves: Riesgos de trastorno de conducta alimentaria, adolescentes, dieta, anorexia, bulimia.

## **ABSTRACT**

The present research is of quantitative non-experimental descriptive cross-sectional design, with the general objective being to determine if female students between 12 and 18 years of the Public Educational Institution "José Olaya Balandra" Callao, have such a risk; The sample consisted of 90 people. The instrument used was the Attitudes and Symptoms scale of eating disorders (EAT-26) previously adapted to the Peruvian population (Palpan, Jiménez, Garay, & Jiménez, (2011).) The information was processed using the Excel program The sample showed that 37% maintained a risk of eating behavior disorder, with the prevalence of the diet factor, because it was a public health problem and in an attempt to prevent morbidity and mortality. 9 sessions intervention program designed for teenagers students, future professionals of our country

KeyWords: Risks of Eating Disorder, Adolescents, Diet, Anorexia, Bulimia.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación “Riesgos de desarrollar trastorno de conducta alimentaria” en estudiantes mujeres del nivel secundaria E.I.P “José Olaya Balandra” Callao, busca más allá de estadísticas sobre quien lo padece; hacer una propuesta de programa de intervención para prevenir riesgos de estas conductas, actualmente se considera un problema de salud pública debido al aumento en su prevalencia para ambos sexos, predominando el sexo femenino con mayores porcentajes de TCA, asimismo se conoce lo vulnerable que es el paso por la adolescencia, donde existen cambios físicos, psicológicos y sociales.

Actualmente nuestro entorno fomenta tener un cuerpo idealizado, con una delgadez extrema esto conlleva principalmente a los jóvenes y adolescentes del sexo femenino, presentar insatisfacción por su peso y forma de su cuerpo.

Esta investigación corresponde a los riesgos de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria dando a conocer algunos conceptos de sus enfermedades como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa entre otros, las cuales son pasadas por alto en la sociedad.

La mayoría de casos de trastorno de conducta alimentaria inician en la adolescencia, no siendo diagnosticados por comportamientos de riesgo que no llegan a los criterios suficientes para ser clasificados como patológicos, este estudio busca prevención y orientación enfocándose en los riesgos de adquirir el trastorno.

Para efecto del trabajo, lo hemos formulado en cinco secciones capitulares

El primer capítulo contiene el planteamiento del problema, el cual está constituido por su descripción, formulación, objetivos, justificación e importancia. En la adolescencia ocurren muchos cambios fisiológicos los cuales favorecen a inadecuadas conductas, desarrollando distintos tipos de trastornos en este caso nos centraremos en los alimenticios, es importante el diagnóstico prematuro para una buena intervención, logrando disminuir los riesgos de presentarlos.

El segundo capítulo se presenta el marco teórico, se aprecia los antecedentes, bases teóricas y definiciones conceptuales. Destacando las investigaciones de Toro y otros (2014) en latinoamerica donde el riesgo de trastorno alimenticio de su muestra fue 13.7%, así mismo en Perú con Miranda (2016) sus resultados al 17% de riesgo, los dos estudios utilizaron la prueba EAT 26.

En el tercer capítulo se indica la metodología, que explica el tipo y diseño de investigación, las características de la población y la muestra, la identificación de la variable y su operacionalización, así como las técnicas de evaluación y diagnóstico, se utilizó el muestreo no probabilístico para la muestra donde las estudiantes mujeres del nivel secundaria del I.E.P “José Olaya Balandra” Callao participaron voluntariamente.

El cuarto capítulo reporta el procesamiento, presentación, análisis y discusión de resultados obtenidos a partir del uso de las técnicas e instrumentos mencionados en el capítulo anterior, estableciéndose las conclusiones y recomendaciones, analizando los resultados obtenidos, contando con el apoyo del director del colegio que vela por la salud psicológica de la población estudiantil.

Finalizando con el quinto capítulo que comprende el programa de intervención fomentando la prevención de riesgos de trastorno de conductas alimentarias.

Presento este trabajo para la evaluación correspondiente

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud indica que la adolescencia abarca desde los 10 y 19 años, siendo un periodo difícil en la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, produciendo cambios tanto fisiológicos y psicológicos. Se puede clasificar en dos etapas: primera adolescencia, entre 10 a 14 años y la segunda comprendida entre 15 y 19 años, (Organización Mundial de la Salud , 2016).

Los datos sobre trastornos de la alimentación varían en Latinoamérica se hizo un estudio en México sobre riesgos de trastorno en conducta alimentaria en ingresantes de primer periodo de la universidad de 347 estudiantes como mayor porcentaje en riesgo fueron las mujeres dando 67% y hombres 33% entre 16 hasta 22 años de edad. (Saucedo y otros 2010).

En el Perú, un estudio epidemiológico realizado en adolescentes de Lima Metropolitana y el Callao, revela una prevalencia de anorexia nerviosa del 0,1%, bulimia nerviosa 0,8%, tendencia a problemas alimentarios con la finalidad de perder peso. (Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2012).

Así mismo “Los trastornos de la alimentación (TAC) se convierten en uno de los más frecuentes problemas de salud concurridos en los adolescentes dado el incremento según su frecuencia y prevalencia en los últimos tiempos en el mundo, entre estos principales tenemos la bulimia y a la anorexia, estas si no son detectadas y tratadas precozmente pueden desencadenar en muerte” (Wong, 2015, p. 54).

Estos TAC tienen la doble mortalidad que cualquier otra patología psíquica, mayor al 90% de casos se observa en el sexo femenino, los últimos informes mundiales presentan que la tasa de mortalidad de la enfermedad en personas con algún tipo de tratamiento médico es de 27%, la de curación alrededor del 50%, cerca del 23% que no llega a superar la enfermedad convirtiéndose en crónica. (Instituto Nacional Hideyo Delgado Honorio Noguchi 2011).

Lo más importante en el paso por la adolescencia es la formación de su identidad en búsqueda de su afinidad, el cual los conduce a muchos cambios fisiológicos y cambios de comportamiento, siendo una etapa que empiezan a sentirse intranquilos por la forma de su cuerpo, por conseguir el peso perfecto dando demasiada envergadura a su figura física, jugando un rol significativo en la elaboración de su imagen física de sí mismos, deduciendo su imagen como representación psíquica de su propio cuerpo, llegando a verse relacionado con el estado de salud mental de los adolescentes (Borras, 2014).

El medio social principalmente la familia, los amigos, tienen una importante tarea en la formación cognitiva del adolescente, ayudando al desarrollo integral de cada uno de ellos, la mayoría de estos idealizan su imagen y representación corporal, sienten preocupación en la forma de vestirse, por su apariencia física por estar esbeltos, es así que al ser fruto de comentarios críticos puede causar graves alteraciones mentales en alguno de ellos.

Siendo la población de investigación, estudiantes adolescentes mujeres del nivel secundario de la I.E.P de la provincia constitucional del Callao "José Olaya Balandra" una población sin tener el diagnóstico clínico de algún trastorno alimenticio, se pretende hacer un estudio de riesgos en su alimentación, para prevenir alguno de los diferentes trastornos, se plantea esto por ser usual escuchar comentarios de los profesores y tutores de dicha institución, que las alumnas de todo secundaria, pasan horas hablando de diferentes variedades de dieta de sus conductas para evitar comer, además comentarios de comparación con las modelos de los medios, entre ellas se preguntan constantemente ¿me veo bien?, ¿estoy gorda, cierto? ¿Cómo es

que me ves tú?, ¿quiero ser delgada?, ¿Qué dieta está de moda?, desean bajar de peso sin esfuerzo, a su vez hay grupos que no controlan los alimentos con alto riesgo de calorías.

Por lo tanto, se deben aplicar acciones integrales que tengan como objetivo disminuir los riesgos, implementar programas de prevención donde se brinde información básica y detalla sobre riesgos de adquirir un trastorno alimentario.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao 2017?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor dieta en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao?

¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor bulimia y preocupación por la alimentación en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao?

¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor control oral en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao?



## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao 2017

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

Identificar el nivel del factor dieta en estudiantes mujeres con riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.

Identificar el nivel del factor bulimia y preocupación por la alimentación en estudiantes mujeres con riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.

Identificar el nivel del factor control oral en estudiantes mujeres con riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.

## **1.4 Justificación e importancia.**

Esta investigación de trastorno de conducta alimentaria es de gran interés por constituir un problema de salud pública, por lo tanto esta investigación es de importancia para prevenir los riesgos de desarrollar algún trastorno alimentario en estudiantes mujeres.

En el Perú existe un escaso conocimiento del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, hay pocos estudios realizados en colegios, siendo una etapa importante la adolescencia, por esto dicho estudio se enfocará en prevenir los riesgos de hacer algún tipo de trastorno alimentario, logrando el desarrollo integral de los estudiantes.

En lo práctico es importante el diagnóstico prematuro de los TAC del adolescente, porque la acción precoz permitirá desarrollar e implementar

estrategias como propuestas de intervención factibles en la prevención de TAC, logrando el bienestar biopsicosocial; por esto el interés en hacer un estudio en la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” Callao buscando brindar información y prevención, promoviendo las buenas costumbres alimentarias, evitando problemas de desnutrición, obesidad y otros tipos de trastornos alimentarios, de ello el motivo de estudiar sobre el tema, lograr buenas propuestas de intervención y contribuir con los futuros ingresantes y luego profesionales de nuestro país.

Por lo tanto, se busca dejar un aporte de información en prevención acerca de riesgos de trastornos de conductas alimentarias en el Perú, siendo información valiosa para futuras investigaciones.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1 Antecedentes

Siguiendo con lo expuesto, se puede admitir que se han desarrollado estudios diversos a nivel mundial y nacional, que sirven como investigaciones que respaldan el trabajo científico presentado. Se expondrán a continuación siendo de vital énfasis para el sustento del trabajo de investigación.

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

En relación a la variable investigada, riesgos de trastornos en conductas alimentarias a continuación una selección de investigaciones internacionales.

**Toro, Mesa, & Escudero (2014)**, “Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina” estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se tomo a 420 estudiantes del último año del academico, entre 214 mujeres y 210 varones entre 15 y 19 años, pertenecientes a 19 institutos adventistas de Argentina. Se les aplicó el test EAT-26 teniendo como resultado el 13,7% de la muestra total presentó riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, siendo el 11,3% en mujeres y el 2,4% en hombres. Este estudio estableció a una porción característicamente mayor de adolescentes mujeres, estas presentaron riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, por ser equitativa la población de diferentes sexos, por tal motivo se concluye el estudio que si hay relación entre sexo y trastorno alimenticio.

**Restrepo, Betancur, & Velásquez (2015)** “Actitudes y comportamientos de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes, Colombia” en su investigación se dio a conocer los TAC en estudiantes de la

Universidad de Antioquia. El tamaño de la población fue de 267 estudiantes 125 hombres y 142 mujeres; se analizó la información recopilada mediante encuesta estructurada, con 26 preguntas, se le llamo “El proyecto delgadez”, el cual fue adaptado y validado por ser sometido a juicio de expertos, teniendo un alto grado de confiabilidad, tomando los factores de discriminación por sexo. Se dio a conocer la diferencia altamente distinta entre ambos sexos respecto al ideal que se tiene sobre el cuerpo y su figura el cual predominó el sexo.

Hay diferentes apreciaciones, mientras el sexo masculino juzga y genera presiones en las sexo femenino por su apariencia, ellas logran tener un control del alimento, administrarse dietas, buscar como adelgazar, entre otros, lo que demuestra que ellas notan una presión infundada de los dimes y conversaciones entre ellos y del lugar en el que viven y, por eso, crean alteradas conductas de riesgo sin pensar en su salud, con el único fin que es estar completamente delgadas y es que alcanzan encontrar así la aceptación.

**Benítes (2016)** “Hábitos Alimentarios en Riesgo a la Población universitaria Extremeña” para su tesis doctoral, pasaron 600 estudiantes el Inventario de Trastornos en Conducta Alimentaria EDI-3 RF, el cuestionario IMAGEN; con el único propósito de estudiar y analizar la cantidad de muestra y ver sus características del riesgo de tener trastornos vinculados con el peso y su alimentación. El estudio nos da a notar que hay una elevada muestra de jóvenes con riesgo, las mujeres con 48% quienes tienen más exigencias por su cuerpo y más deseos por estar esbeltas que los 42% hombres estos a su vez tienen un pico en rasgos bulímicos. La mayoría está dentro de un peso normal y entre las estudiantes femeninas hay riesgo y delgadez.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Montoya (2012)** “Factores Asociados en Riesgo de Trastorno en Conductas Alimentarias: Bulimia y Anorexia Nerviosa en estudiantes del

Colegio Nacional Túpac Amaru – Villa María el Triunfo” en su tesis para su licenciatura, realizó un estudio de diseño descriptivo correlacional de tipo cuantitativo y de corte transversal según tiempos de procedencia, se uso para la selección el muestreo probabilístico aplicando aliatoriamente el tipo estratificado para lograr la muestra, siendo de 175 estudiantes de secundaria. Luego que se aplico la muestra y el instrumento Eat – 40; así mismo se llegó a conocer un 58.9% de estudiantes entre catorce y dieciséis años presentaron el riesgo.

**Lazo, Quenaya, & Mayta (2015)**, “Influencia en los medios de comunicación, como causa de riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria en estudiantes mujeres en Lima, Perú”. Este estudio fue transversal hecho con tres colegios en la Victoria – Perú. Se quiere encontrar algún tipo de riesgo de TCA con el cuestionario como instrumento EAT-26, luego para ver las influencias que puedan darnos los medios de comunicación se utilizó el cuestionario de actitudes, apariencias sociales, SATAQ-3 este tiene percentiles para el puntaje general y también cuenta con escalas. Este estudio fue con 483 estudiantes de 14 y 17 años. Como resultado fue el 13,9% estos alcanzaron a presentar un riesgo de padecer TCA. Las estudiantes que alcanzaron presentar más dominio en los medios de publicitarios con el test SATAQ-3 consiguen tener más posibilidades de tener riesgo de prevalencia en algún TCA.

**Miranda (2016)** “Prevalencia de riesgo a trastorno de conductas alimentaria en preuniversitarios en la Academia Aduni - Cesar Vallejo 2016” Tesis que fue descriptiva de un corte transversal, se procedio a un muestreo no probabilístico, como resultado total fue 426 muestras con el instrumento EAT-26 con una incidencia del 17.53% de algunos estudiantes que presentaron un TCA, mujeres un 18.70% y hombres 16.38% la muestra que presento más riesgo fue entre los 14 hasta los 21 años. No hubo evidencia de una relación en significación para variables sociodemográficas y algún riesgo de TCA, el instrumento EAT-26 fue alto en variantes y confiable con esta población de investigación.

## **2.2 Bases teóricas**

Tomando en consideración la importancia del presente estudio de investigación, es necesario presentar algunas bases teóricas sobre las definiciones y concepciones que argumenten respaldando los enunciados.

### **2.2.1 Adolescencia**

La OMS considera el periodo de la adolescencia como la fase de la vida en el cual el individuo consigue madurez reproductiva, física y marchan hacia las bases biológicas y psicológicas de la niñez hacia la adultez estableciendo las probabilidades de independencia socioeconómica y se da entre 10 y 19 años (Coleman, 2003)

La adolescencia ha sido definida como un período de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005).

Es un periodo de vida de muchos cambios en el cuerpo en la sexualidad, en la manera de pensar, las emociones y la manera de relacionarse con las demas personas. Durante esta etapa el adolescente sufre de distintos periodos de inquietudes y humores cambiantes.

Asi mismo Piaget, toma la adolescencia como la iniciación para comprender y razonar operaciones formales manipulando conceptos abstractos, aunque no la mayoría alcanza esta etapa con todos los problemas que enfrentan, y los que llegan alcanzarlo, tienen el riesgo de conducir una excesiva confianza y en sus propios pensamientos no siempre siendo los formales. Entre algunos adolescentes se incluyen los no concientes y no suelen darse cuenta de distintas opiniones contrarias a las de ellos mismos. Entre estas ideas erroneas que tienen los adolescentes es que el mundo esta en su contra y no pueden entender su manera de pensar de otros, inclusive en el amor no pueden darse cuenta que no es unico y especial. (Diane & Wendkos , 1998).

Los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria, dando manifestaciones que va desde lo normal a distintas situaciones patológicas. (Figueroa , Cordella, & Urrejola, 2004).

La alimentación entre los adolescentes ha sufrido vertiginosos cambios en los últimos años, con una mayor preferencia hacia lo no saludable, debido a la falta de tiempo y dedicación de nutrirse de manera adecuada se ha conseguido incrementarse el consumo de comidas rápidas, gaseosas y azúcares, disminuyendo el consumo de verduras, frutas, leche y leguminosas. Consecuencia de estos malos hábitos se desarrollan distintos tipos trastornos en la alimentación.

### **2.2.2 Trastornos de Conducta Alimentaria**

LA OMS toma como definición a los trastornos de conducta alimentaria a múltiples causales que desencadenan la enfermedad afectando en su mayoría a adolescentes, mujeres y jóvenes en distintas sociedades (Cristancho, 2014).

Buscando actualizados informes encontramos a la DSM-V basándose en distintos conceptos, busca más amplitud no solo involucrando a lo conductual, por el daño significativo en las tres distintas áreas lo biológico, psicológico y social (Valles, 2013).

Méndez, Vázquez, & García (2008), Señalan que los trastornos de la conducta alimentaria estan compuestos por alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en algunas personas que presentan patrones distorsionados en el acto de la alimentación en respuesta algun impulso psíquico. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades de profesionales que varían grandemente, clasificándose en: Anorexia Nerviosa, Bulimia o tambien llamado trastorno por atracón y trastornos en conducta alimentaria no especificados (TANE).

El origen preciso no ha podido ser dilucidado, proponiéndose diferentes teorías al respecto. Lo difícil es que no existen tratamientos nutricionales o farmacológicos de eficacia demostrada, por lo que éstos se dan mediante grupos interdisciplinarios, basándose en psicoterapia personalizada y grupal, estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico y programas psico-educativos, proceso que lleva meses o años dependiendo de cada caso. Estos grupos de profesionales incluyen: psicólogos, psiquiatras, médicos internistas o endocrinólogos y nutriólogos.

Observaciones clínicas en esta investigación nos han llevado a considerar que existe una serie de posiciones sobrepuestas entre la anorexia nerviosa y la presencia de obesidad. Algunos casos, el sobre peso y las conductas desordenadas alimentarias pueden cambiar en sus expresiones en el mismo individuo. Algunas adolescentes que padecieron por tiempos largos obesidad importante, desarrollaron conductas alimentarias purgativas fuertes, con lo que logran perder y bajar de peso, desarrollando un cuadro clínico en todo concordante con un TAC , diagnosticada como bulimia nerviosa (Méndez, Vázquez, & García, 2008).

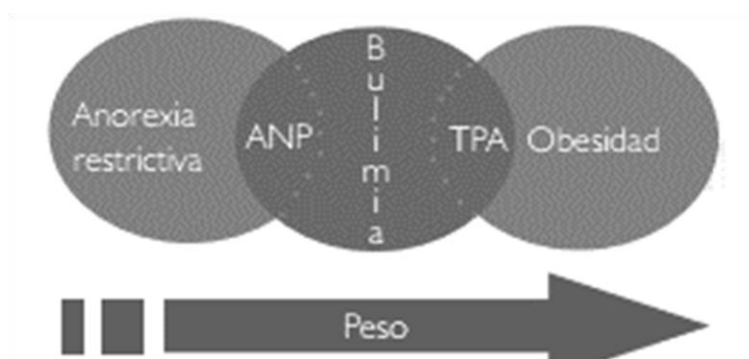


Figura 1

*Sobreposiciones en los trastornos de conducta alimentaria.*

Según estos autores sobre exponen ante la anorexia y bulimia a la obesidad, ya que en búsqueda del peso ideal desarrollan conductas purgativas severas conllevando a la bulimia nerviosa.



Los medios de comunicación nos invaden con imágenes de un ideal de cuerpo delgado para las mujeres, un ideal corporal que ha perdido peso progresivamente desde la década de los 50. El ideal de mujer presentado en la actualidad en los anuncios, Television y música generalmente podría calificarse como alta, blanca, con un cuerpo bien formado. Esto condiciona la necesidad de estudiar el rol que juegan éstos en el inicio y desarrollo de los TCA.

Blasco, García , & Balaguer (1993) En una investigación de diferentes artículos y literatura de los ochenta sobre Trastornos alimentarios en la actividad física y el deporte pudieron comprobar que en realidad existe una relación, es decir, que los trastornos alimentarios recaen en sujetos dedicados a determinados deportes y actividad física. Sin embargo, existe una gran polémica, puesto que algunos autores consideran que determinados individuos al realizar actividades deportivas desarrollan trastornos alimentarios; mientras que otros autores afirman que los sujetos que desarrollan trastornos alimentarios realizan actividades deportivas como medio de control de peso y que además, los deportistas no presentan las mismas características psicopatológicas, que muestran las personas no deportistas con trastorno alimentarios.

No obstante, el deporte donde más frecuentemente se presentó el trastorno alimentario en este caso Anorexia Nerviosa fue el ballet y la carrera pudo deberse a sesgos en la selección de las muestras, ya que la mayoría de los estudios no comparan las características de este trastorno en diversos deportes, sino que se centran exclusivamente en aquellos que requirieron un bajo peso corporal.

Los síntomas de la bulimia nerviosa han sido identificados en distintos sexos ya sea en mujeres y en varones, estos dedicados a otros deportes como la lucha libre, el boxeo y la natación. En este sentido se defiende la motivación para adelgazar pueden ser los precursores de los trastornos alimentarios asociados a algunas formas de entrenamiento muy riguroso y que exija gran esfuerzo , Blasco et., al (1993)

En general los deportes que han sido más identificados trastornos alimentarios son aquellos en que la talla y peso son necesarios para realizar movimientos en los que se valora la excelente presentación ante jueces (gimnasia, ballet); los de rendimiento (carrera) o aquellos en los que se establecen categorías por peso (bóxer, lucha libre)

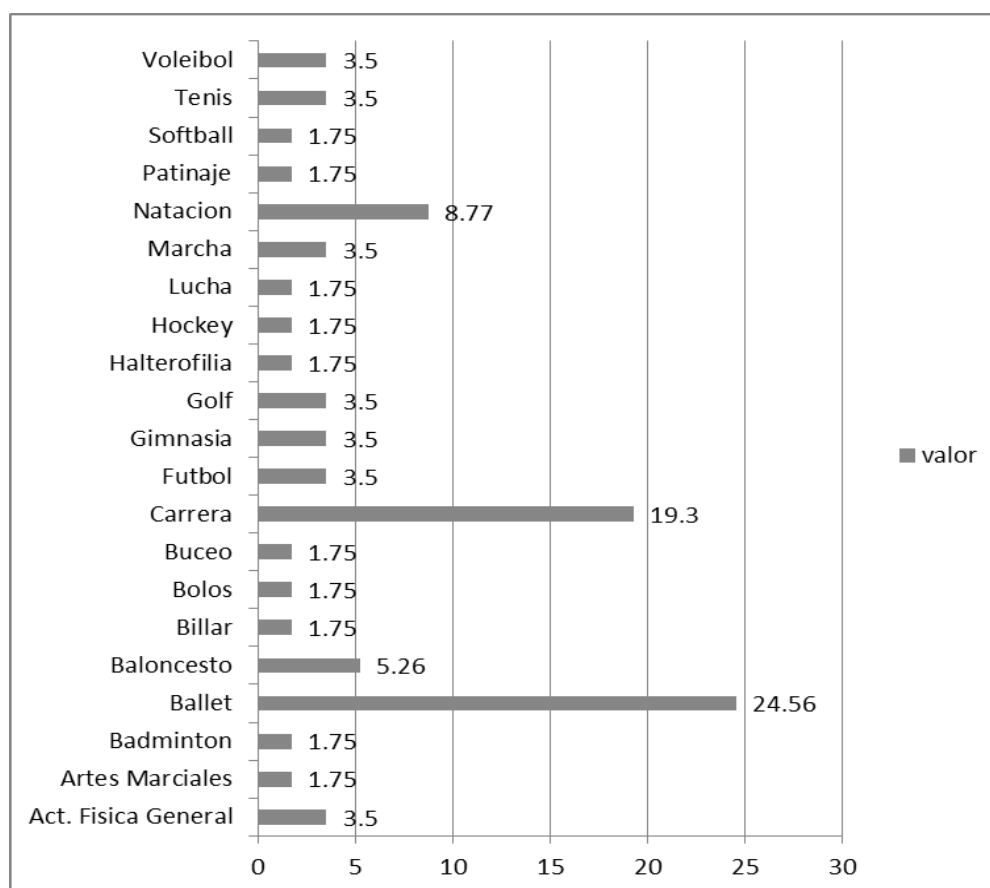


Figura 2. Anorexia Nerviosa, actividad física y deporte

Se aprecia que los deportes con alto riesgo de hacer un trastorno alimenticio son el Ballet, Carrera y Natación.

### 2.2.3 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Existen 8 tipos de trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-V que están clínicamente definidos: Pica, trastorno rumiación, Trastorno de restricción de alimentos, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, trastornos de

atracción, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado y Trastornos de la conducta alimentaria (Pamies, Quiles , & Bernabe , 2011).

### **Pica**

Trastorno de la conducta alimentaria que se desarrolla en la infancia, con algunos casos que se presentan en la adolescencia, este término se refiere al consumo de elementos no nutritivos durante periodos cortos, estas sustancias no son buenas para la salud y no aportan vitaminas para nuestro desarrollo, estaríamos hablando de tierra, cabellos, papel, plástico, entre otros (Viguria & Miján , 2006).

### **Trastorno de rumiación**

El trastorno de rumiación se ve asociada a la masticación repetida con regurgitación asociada de los alimentos esto no ayuda a una adecuada absorción de los nutrientes se ve asociada con arcadas, náuseas, no asociándose a ninguna enfermedad gastrointestinal, normalmente tiene un periodo de un mes, cuando esto suele prolongarse el diagnóstico es otro, cuando pasa el mes regresa a un funcionamiento normal, esta alteración suele presentarse no solo en la infancia también en la adultez, complicándose en personas que tengan algún tipo de discapacidad intelectual (Arévalo, Aguilar , Trelles, & Mancilla, 2015).

### **Trastorno de evitación o restricción de los alimentos**

Trastorno de restricción de la ingesta también llamada trastorno de ingesta alimentaria en la niñez según la DSM-IV. La OMS por distintas investigaciones la define como la falta de interés por la comida y los alimentos, notándose un pobre peso y escaso crecimiento en niños normalmente se presenta antes de los 6 años de edad. Este trastorno se pone manifiesto como una incapacidad en satisfacer las necesidades nutricionales. Tal como lo explica el DMS-V es diferente a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa porque no hay una preocupación a engordar ni insatisfacción por el físico (APA, 2013).

## **Anorexia nerviosa**

Define la OMS a la Anorexia nerviosa como un desorden cuyas manifestaciones son la declaración a la continua negación de probar alimentos y la marcada disminución de peso.

Dicho esto, la Anorexia llega a ser un trastorno alimentario grave en la conducta, y los que la padece presentan un peso por debajo al que le corresponde según su talla, edad y sexo, siendo una de sus características la pérdida de peso muy rápida esto se debe al miedo de aumentar de peso esto crea una imagen corporal distorsionada. (M. & Rigol, 2001 p. 316).

### **Características Anorexia Nerviosa**

Hay que tener en cuenta también que las conductas de las anoréxicas cambian con el grado de la enfermedad. (Ochoa, Puente, & Grana., 1990).

- Las personas que la padecen bajan voluntariamente, parcialmente el consumo de sus alimentos.
- Utilizan las mentiras y excusas para evitar comer.
- Practican ejercicio en exceso para acelerar el proceso de bajar de peso.
- Manifiestan triteza y se irritan cuando no encuentran resultados rápidos de disminución peso.
- Toman laxantes y diuréticos para acelerar el proceso de bajar de peso.
- Somenten una dieta en secreto sin que nadie lo percate.
- Rituales para las comidas, como por ejemplo demoran en comer y cortan en pequeños trozos sus alimentos.

“Los pacientes anoréxicos sienten miedo a ganar peso incluso ante una caquexia creciente, y por lo general llegan a mostrar desinterés y resistencia al tratamiento”. (Guerro & Barjau , 2002, p. 239).

La autoestima suele estar disminuida, es el grado de consideración y valoración que se tiene a uno mismo, normalmente tiene que ser positivo y no estar disminuido. (Edit. Masson S.A , 1995)

Según los criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-V se especifican 2 tipos de anorexias.

### **Anorexia Nerviosa restrictiva**

Son personas que bajan de peso solo a través del abundante ejercicio físico, dietas y con negación a la comida.

En cierta forma, no es común en esta clase de anorexia presentar empachos y conductas compensatorias posteriores.

### **Anorexia Nerviosa Purgativa**

Son personas que llevan a cabo un ritual de atracones que normalmente siguen una conducta compensatoria, vómitos autoprovocados, toma excesiva de laxantes, dietas estrictas ,diuréticos, etc. Por estas razones estas conductas se le llama también anorexia de tipo bulímica.

Los jóvenes que presentan estos subtipos de anorexia presentan el peso por debajo del requerido en cuanto a lo normal y a sus características corporales índice masa y cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

“Recordemos que entre esta enfermedad y la bulimia se diferencian dado que en las personas no tienen un peso por debajo del indicado”. (Gaete, López , & Matamala, 2012).

### **Bulimia Nerviosa**

Se caracteriza por las conductas asociadas al poco control al momento de comer, lo que ocasiona en la persona sentimientos relacionados a la culpa, ansiedad o tristeza (Manzaneque, 2013).

Hasta los años setenta no se comenzó a considerar como trastorno alimenticio la bulimia nerviosa (BN). Antes a estas fechas, la BN se había considerado como una variedad de la anorexia nerviosa, no como una entidad diagnóstica claramente diferenciada. De hecho, la BN se introduce por primera vez en el DSM-III como característica diagnóstica propia. (Rosa, Sánchez, Mora, & Torras, 1999).

Ante estos episodios las personas suelen llevar a cabo actos compensatorios como la búsqueda y práctica de métodos que afectan su salud para evitar subir de peso como (Sánchez, 2013).

- Inducirse el vómito por la preocupación continua por lo que se ingiere adquiriendo reacciones inadecuadas compensatorias, con el fin de no subir de peso.
- Deseos irresistibles de comer, presentándose empachos recurrentes al menos un par de ocasiones en el transcurso de la semana durante una fase de 3 meses.
- Usar laxantes constantemente.
- Practicar el ayuno.
- Buscar pastillas que le impidan subir de peso.

#### Subtipos que presenta la Bulimia Nerviosa

Según el DSM-V los cambios en bulimia nerviosa especifican una concepción más amplia de sus 2 tipos de clasificación siendo:

**Purgativo:** es autoprovocarse el vómito y hacer uso de laxantes, preparados, diuréticos y enemas en exceso.

**No Purgativo:** se manifiesta con el empleo de conductas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no es recurrente provocarse el vómito ni uso de laxantes, diuréticos y enemas en exceso. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

## **El trastorno por atracón**

Siendo este una de las nuevas clasificaciones que da el DSM-V y haciendo una diferencia de la bulimia nerviosa es que no se asocia a las recurrentes conductas compensatorias, las modificaciones son mínimas el único cambio que se hizo con el DSM-VI que el atracón debe ocurrir en tres meses una vez por semana.

## **Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado**

Se define a trastornos de la conducta alimentaria a los que no alcanzan completar todos los criterios para un diagnóstico como anorexia, bulimia, la nueva y mejorada versión del DSM-V se conserva esta categoría, con el cambio del nombre siendo especificados, aclarando al personal de salud que escriba y diagnostique el por qué no cumplen con los criterios, es decir, que se aclare con relación a qué trastorno se está caracterizado, para esto se contara con constantes capacitaciones como ejemplos, se tiene a la anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja (APA, 1994).

## **trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)”**

La categoría de TANE esta dispuesta a diferentes trastornos en conducta alimentaria que esten en contra de los cumplimientos a los criterios hacia ninguno de los trastornos conducta alimentaria específicos reconocidos en el DSM-IV-TR.

### **Ortorexia**

Se basa en la preocupación excesiva por comer sano o planificar con anticipación la alimentación, la persona busca comidas orgánicas, muy bajas en calorías y que no afecten su salud (Jenaro, et al., 2011); Sin embargo Sánchez (2013) refiere que la dificultad de las personas que practican este tipo de conductas en su alimentación suelen presentar problemas de salud a causa de los alimentos que consumen debido a que su distorsión les hace creer que practican dietas adecuadas, cuando en realidad no lo son.

## **Percepción obesidad**

Es aquella distorsión que se origina en la persona la sensación de exceso de grasa o masa muscular en algunas partes de su cuerpo (Jenaro et al., 2011).

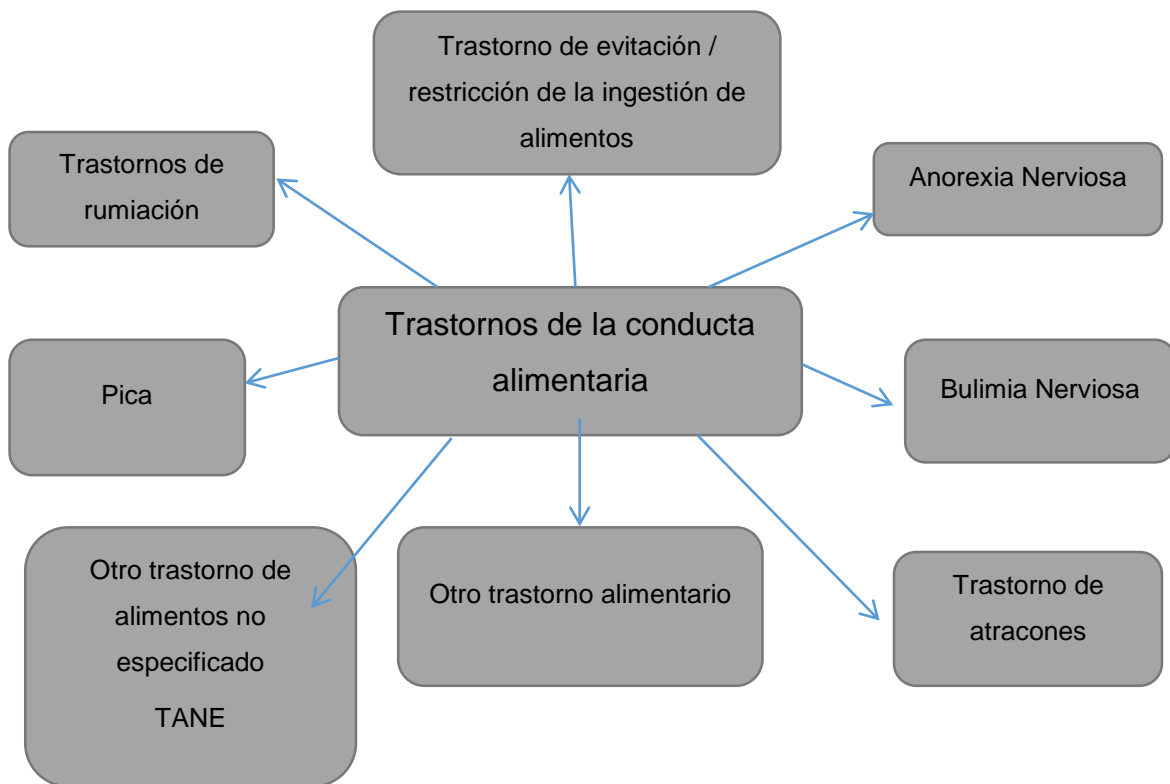
Esto esta muy relacionado a la preferencia de estética del cuerpo ya que nuestra cultura asemeja el modelo ideal al cuerpo perfecto. Distorsionando las percepciones y opiniones de nuestro entorno sobre nuestras características físicas algunas veces creyendo estar obesas cuando en realidad no lo están.

## **Vigorexia**

Esta dificultad hace referencia a la preocupación excesiva originada por la obsesión compulsiva por aumentar el índice de masa corporal (Castro, 2013).

Así mismo se caracteriza por la persona con este tipo de dificultad, al mostrar interés por ejercitarse constantemente, presentan una distorsión en su percepción que le hace sentir que posee poca masa muscular aun cuando las personas que lo rodean sus amigos y familia opinen lo opuesto (Pope 1993, citado Castro, 2013).





*Figura N° 3. Tipos de Trastorno de la conducta alimentaria*

Como se muestra en la figura 3 Trastornos de la conducta alimentaria, el DSM-V-TR Asociación Americana de Psiquiatría ( APA ), 2013, son 8 según clasificación.

#### **2.2.4 Alimentación en la adolescencia**

Se recomienda que durante la adolescencia, debido a la velocidad del crecimiento y los acelerados cambios producidos en su maduración sexual, talla, peso, desarrollo intelectual, etc. Se cuente con un especial control nutricional por ser este necesario e indispensable si se quiere llegar a un desarrollo adecuado sin déficit ni carencias que puedan desencadenar

algunas alteraciones y trastornos de la salud (UNER Facultad de Ciencias, Nutrición y Dietética, 2012).

El aumento en la alimentación diaria de cantidades de carbohidratos, azúcares, grasas saturadas, no controladas en la población adolescente que además se ve vulnerada con los medios de comunicación que insistan a comer comidas chatarras, afectando su salud con llevando a problemas de obesidad y de imagen corporal, terminan provocando mayor preocupación por influir en su salud emocional, mental y psicológica. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD OMS, Ginebra, 2002)

### **2.2.5 Dieta saludable para adolescentes**

En lo que se refiere a la alimentación del adolescente, el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la salud, 2006).

“Una alimentación saludable variada, aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades; ello previene enfermedades, como desnutrición, obesidad, hipertensión y algunos tipos de cáncer”.

Los estudiantes deben tener una nutrición completa con alimentos en su forma natural y/o en algunas preparaciones industriales, que según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) pueden ser yogurt envase individual (sachet o vasito), jugos en sachet o tetrapack con contenido bajo de azúcar y leche envasada UHT, tipo sachet. (Contreras, 2006).

Como modelo recomienda comer la mayor variedad posible de alimentos, guardar un equilibrio entre lo que se come y la actividad física, elegir una dieta abundante en cereales, verduras y frutas, pobre en grasa saturada, sal, y que proporcione suficiente calcio y hierro para satisfacer los requerimientos de un organismo en crecimiento.

Se plantea una dieta especial para los adolescentes que contengan los siguientes derivados (Quintana, RosMar, González, & González, 2007).

#### Leche y derivados

Indicado 4 vasos de leche por día, yogurt, quesos desgrasados, siendo estos principal fuente de calcio como prevención de la osteoporosis en etapas adultas.

#### Carnes, pescados, mariscos, huevos y legumbres

Evitar la grasa visible, la piel de las aves de corral y los sesos por su alto contenido graso, siendo aconsejable el consumo de pescado antes que la carne por el omega que tiene el pescado un alto contenido energético, Limitar el consumo de embutidos como jamonadas hamburguesas industriales, por su abundante grasa insaturada, huevos no más de uno al día recomendado tres a la semana.

#### Cereales

Los cereales fortificados o integrales como el arroz, trigo, avena, maiz, se recomienda un nutritivo desayuno todos los días a la semana.

#### Frutas, frutos secos y verduras

Introducir todos los días por las mañanas frutas maduras y durante el día 2 piezas mas, inclusive los frutos secos siempre recomendando sean bien lavados y no agregando sal ni mas azucres. Debido a las edades que abarcan la adolescencia es importante tomar en cuenta el gran dominio que ejerce los medios de comunicación y la familia, consideramos que las intervenciones educativas a tiempo sobre nutrición en la televisión y la comunicación con los padres constituirían medidas efectivas para defenderse de las influencias indeseadas buscando la reducción de exposición a mensajes no saludables en dietas inadecuadas.

## **2.2.6 Autocontrol en trastornos de alimentación**

En un estudio (Shapiro, Blinder, Hagman, & Pituck, 1993), encontraron que las pacientes con trastornos alimentarios presentaban percepción baja de autocontrol y sensación de estar fuera de control en dominios tales como comer, manejo de estrés, relaciones con otras personas significativas y la manera como se sienten respecto a ellas mismas.

Debido que los comportamientos de autocontrol son eventos internos (tales como emociones y dolor o pensamientos no deseados) afectan a la ejecución de la conducta y se ven alteradas ciertas habilidades de autocontrolbbb en el consumo de alimentos.

## **2.3 Definición conceptual**

### **2.3.1. Trastorno de conducta alimentaria**

La Organización mundial de salud, los Trastornos de conducta alimentaria llegan a tener como concepto como un todo complejo de causales que afectan mayormente a adolescentes y jóvenes de ambos sexos (Cristancho, 2014).

El DSM-IV la definición descriptiva de la OMS (Organización Mundial de la Salud) al considerar que son alteraciones mentales relacionadas a la ingesta alimentaria caracterizados por una fuerte preocupación por el peso, los alimentos y la figura corporal (Valle, 2013).

“Es la percepción que cada persona estructura sobre su cuerpo, el movimiento y límites, formada a partir de las experiencias subjetivas con otros que generan actitudes, creencias, sentimientos y valores” (Jenaro et al., 2011, p. 08).

Gaete, López , & Matamala (2012). El Riesgo de los TAC mejora significativamente si son tratados en forma precoz. Sin embargo, con frecuencia ello se dificulta pues los jóvenes y adolescentes que los sufren

tienden a esconderlos por tener escasa conciencia de enfermedad y motivación a cambiar. Así, en lugar de pedir directamente tratamiento por su TAC a un especialista, terminan consultando (primero llevadas por orientación de sus padres) por problemas secundarios como (sobrepeso alteraciones menstruales, constipación, etc.) a profesionales no especialistas en TAC, corriendo el riesgo de no llegar al problema de fondo, agravando involuntariamente el ciclo.

Garner, Olmsted y Garfinkel (1984) define trastorno de alimentación al pensamiento que se va distorsionado. El peso y la alimentación se experimenta en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta peculiar manera de pensar llega incluso a incidir en otros aspectos de la cotidianidad adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales.

Debido al constante aumento de los TAC en las últimas décadas y a todas las consideraciones previas, hoy en día resulta importante que haya constante capacitación hacia profesionales en salud que no cuentan con especialidad y se familiaricen con la detección precoz y el manejo apropiado de estas patologías buscando prevención antes que tratamiento. A partir de todas estas definiciones, se considera a los autores que mas se asemejan a esta investigación son Garner, Olmsted y Garfinkel (1982).

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1. Tipo y enfoque

El tipo de estudio es aplicado de enfoque cuantitativo, porque describirá una variable tal y cual se presenta en la realidad sin buscar alguna relación, asociación o comparación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

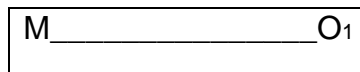
##### 3.1.2. Niveles

La investigación es de nivel descriptivo según Sánchez & Reyes (2006). El cual permite identificar las propiedades características, estudio de los rasgos y actitudes de los hechos o fenómenos de la población de investigación.

##### 3.1.3. Diseño de investigación

Este estudio es un diseño no experimental de corte transversal, certificada por los autores: Hernández, et. al., (2014), porque no se realizará ninguna intervención o manipulación a la variable independiente y tampoco se buscará alguna relación causal entre las variables.

El diagrama del diseño es el siguiente:



O<sub>1</sub> = Riesgos de trastorno de conducta alimentaria

M = Muestra

## 3.2 Población y Muestra

### 3.2.1. Población

La población está constituida por 96 estudiantes mujeres matriculadas en el nivel de secundaria I.E.P. “José Olaya Balandra” Callao.

Se determinará si hay riesgo de conducta alimentaria mediante la escala de Actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT- 26) en las estudiantes mujeres.

*Tabla 1*

*Distribución de la población de estudiantes mujeres del nivel secundario*

<b>Nivel</b>	<b>Sección</b>	<b>Sección</b>	<b>Total</b>
<b>secundario</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
<b>1ero</b>	9	10	19
<b>2do</b>	10	9	19
<b>3ero</b>	8	10	18
<b>4to</b>	10	11	21
<b>5to</b>	10	9	19
<b>Total</b>	47	49	96

Fuente: Secretaria General de I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.

### 3.2.2 Muestra

La muestra esta constituida por 90 estudiantes mujeres del nivel secundaria del I.E.P “José Olaya Balandra” Callao, no probabilística (Hernández et al., 2014).

Tabla 2

*Distribución de la muestra de estudiantes mujeres del nivel secundario*

<b>Nivel</b>	<b>Sección</b>	<b>Sección</b>	<b>Total</b>
<b>Secundario</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	
<b>1ero</b>	9	8	17
<b>2do</b>	8	8	16
<b>3ero</b>	8	10	18
<b>4to</b>	10	10	20
<b>5to</b>	10	9	19
<b>Total</b>	45	45	90

Fuente: Propia

La inclusión, de los estudiantes que estuvieron presentes en el momento que se aplicó el cuestionario.

De exclusión los estudiantes que no estuvieron por motivos diversos en el momento de aplicación del cuestionario en la I.E.P “José Olaya Balandra”.



### 3.3 Identificación de la variable y su operacionalización

Operacionalización de la variable trastorno de conducta alimentaria

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Trastorno de conducta alimentaria	Garner, Olmsted y Garfinkel, (1984) define trastorno de alimentación al pensamiento que se va distorsionado, el peso y la alimentación se experimenta en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación.	- Factor Dieta  -Factor Bulimia y preocupación por alimentación  -Factor Control oral	Temor  Motivación  Restricción  Consumismo  Riesgo  Culpabilidad  Autocontrol  Insatisfacción  Autoconcepto	1, 6, 7, 10,11,12,14,16, 17, 22, 23, 24,25 3, 4, 9, 18, 21, 26 2,5 8,13,15, 19, 20

### **3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.**

#### **3.4.1. Las técnicas que se emplean son:**

La técnicas de Recolección de Información fue manera directa. Este tipo de información fue de manera presencial, donde a la población de estudiantes se les aplicó el instrumento de manera anónima codificando cada cuestionario en muestras representativas de observación directa (Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, 2010).

#### **3.4.2. Instrumentos de recolección de información**

Se utilizó el instrumento para la determinación “Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación” (EAT- 26)” de Garner y Garfinkel (1982) rediseñado (1979), siendo una escala de 26 items validado por Gandarillas (2003), diseñado para evaluar actitudes patológicas hacia la comida. Ha demostrado psicométricas de fiabilidad y validez y adecuada sensibilidad para seleccionar la población entre caso de TAC y población normal, tomando como punto de corte mayor o igual a 20 puntos se considera riesgo de TAC (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982).

Ficha Técnica (Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 10º, 2009)

Nombre: Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación

Autores: Garner y Garfinkel (1982) versión original EAT- 40, luego lo rediseñaron y simplificaron en 1979 a la versión 26 items EAT-26.

Validación española: Gandarillas, 2003

Validez en Perú: Palpan Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge, Lima metropolitana (2007).

Ítems: 26, donde el rango de preguntas 1 a la 24 y la pregunta 26 (en una dirección favorable para la variable) se toma los siguientes puntajes: 0 puntos para “a veces”, “rara vez” y “nunca”, 1 punto para “frecuentemente”, 2 puntos para “casi siempre” y 3 puntos la categoría “siempre”. Para el ítem 25 (en dirección contraria a la variable) el puntaje es: 0 puntos para “siempre”, “casi siempre” y “frecuentemente”, 1 punto para el valor “a veces”; 2 puntos para “rara vez”, 3 para “nunca”.

Dimensiones: factor 1: dieta, factor 2: bulimia y preocupación por la alimentación y factor 3: control oral.

Administración: Individual

Duración: alternativo entre 10 a 15 minutos.

Aplicación: Adolescentes y Adultos

Significación: Evaluación de riesgos de trastornos en la conducta alimentaria.

Es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para TAC

Tipificación: Baremos de la población en general.

### Características Básicas

EAT-26 es un test compuesto por 26 ítems con una escala tipo Likert, tiene como objetivo determinar el riesgo de tener algún trastorno alimentario en una muestra no clínica. EAT-26 se recomienda como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TAC; es considerado como uno de los test más utilizados en el ámbito de los trastornos alimentarios por poseer altos índices de seguridad y eficacia. (Corada & Montedónico , noviembre del 2007).

La puntuación total del cuestionario nos indica gravedad de los síntomas pero no indica un diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Dimensiones:

- Dieta (conductas para evitar la ingesta de productos que conlleven a engordar o afecten su imagen corporal) (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25)
- Bulimia y preocupación por la alimentación (conductas bulímicas, atracones y vómitos, pensamientos relacionados con comida) (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26)
- Control Oral (autocontrolarse sobre el consumo de alimentos y presión del resto para aumentar peso) (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20)

## Validez del instrumento

En Perú, la mayoría de estudios usaron la versión española ya validada, sin embargo; Palpan, Jiménez, Garay, & Jiménez, (2007) realizaron la validación peruana del EAT-26. El instrumento fue sometido por criterio 9 jueces expertos en el cual se obtuvo que  $p=0.003$  ( $p < 0.05$ ) muestra total validez del instrumento (Montoya, 2012).

## Confiabilidad del instrumento

La Escala de Actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación en su versión adaptada presenta una consistencia interna óptima ( $\alpha = 0.783$ ). Asimismo, las sub escalas muestran índices de consistencia fuertes. Por tanto, cabe concluir que el instrumento fue muy confiable Palpan et. al., (2007).

Tabla 3

*Análisis de Confiabilidad de la muestra en estudio EAT 26 TAC*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.863	3

El análisis de confiabilidad de la prueba EAT 26, para la muestra en estudio de 90 estudiantes mujeres el índice Alfa de Cronbach para los tres factores fue de 0.863, siendo los valores  $\alpha = 0.828$ , 0.862 y 0.872 para sus dimensiones dieta, bulimia y preocupación por la alimentación y control por la alimentación y control oral. Por tanto, cabe concluir indica un nivel de confianza aceptable del instrumento.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

#### 4.1 Procesamiento de los resultados

Se aplicó la implementación del estudio mediante el trámite administrativo a través de un oficio dirigido al Director de la I.E.P “José Olaya”, la cual ha sido seleccionada para establecer el cronograma de recolección de datos, considerando entre 10 a 15 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Después de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el Programa Excel 2010 previa elaboración de la Tabla de Códigos y Tabla Matriz de Datos. Los resultados del estudio serán presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando los objetivos planteados.

Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

- Valor Mínimo y Máximo
- Media aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n Xi}{n}$$

## 4.2. Presentación de los resultados

Luego de asignado los valores correspondientes se encontraron los siguientes estadísticos.

Tabla 4

*Media, mínimo y máximo total*

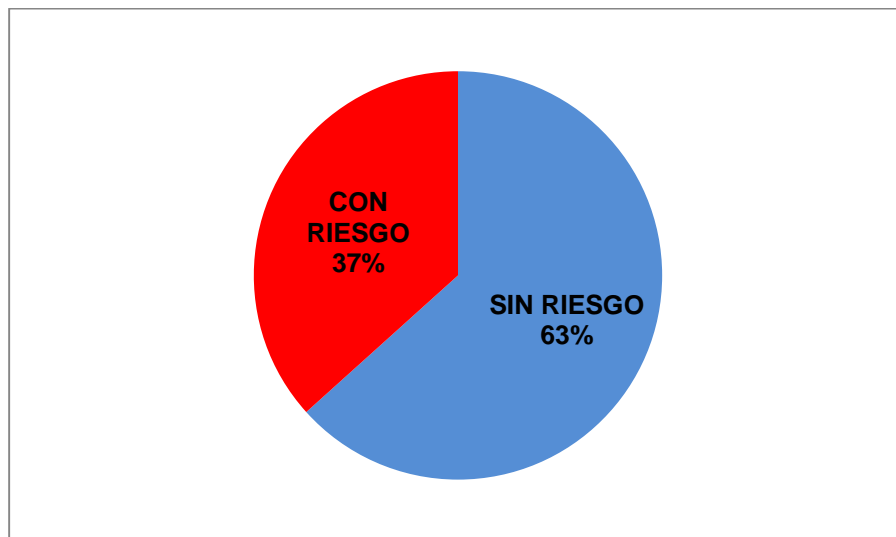
	Población con Riesgo	Población sin Riesgo	Población Total
Media	25	6	9
Mínimo	24	0	0
Máximo	58	18	58

Comentario: Considerando los resultados de la prueba EAT-26, Tabla 3; se evidencia en la muestra con riesgo un puntaje promedio fue 25, el puntaje mínimo y máximo fueron 24 y 58 respectivamente, la muestra sin riesgo el promedio fue 6 el mínimo 0 y como máximo se evidencia 18, respecto a la población total se obtuvo una media de 9 y un mínimo y máximo de 0 y 58 de puntaje respectivamente.

Tabla 5

*Frecuencia de acuerdo a Riesgos de trastornos de conducta alimentaria*

	FRECUENCIA	PORCETAJE
SIN RIESGO( <20)	57	63%
CON RIESGO (>=20)	33	37%



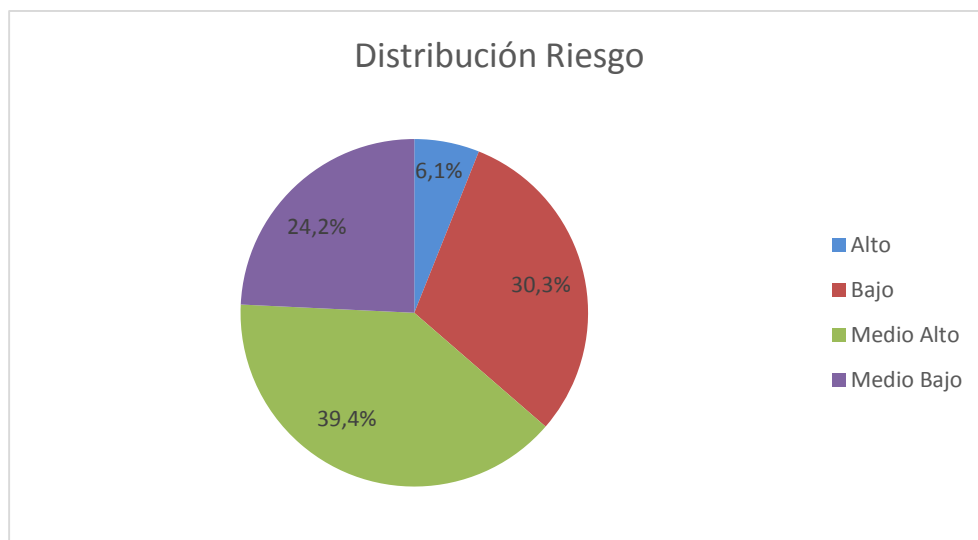
*Figura 4* Frecuencia de acuerdo a la tendencia de RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo a la tabla 5 así como en la figura 4, se identificó que 37% de estudiantes 33 casos tienen riesgo de trastorno de conducta alimentaria, 63% de estudiantes 57 casos no tienen riesgo; tomando como punto de corte  $\geq 20$  puntos. Esto concuerda con otros resultados presentados sobre el mismo tema.

Tabla 6

*Niveles de Riesgo TAC*

Nivel	Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Alto	>75	2	6.1%
Medio Alto	50-75	13	39.4%
Medio Bajo	25-50	8	24.2%
Bajo	<25	10	30.3%



*Figura 5. Distribución del riesgo TAC según percentiles*

En la tabla 6 y figura 5 tomando en cuenta únicamente la muestra con riesgo TAC el nivel alto y medio alto son el 46% aproximadamente.



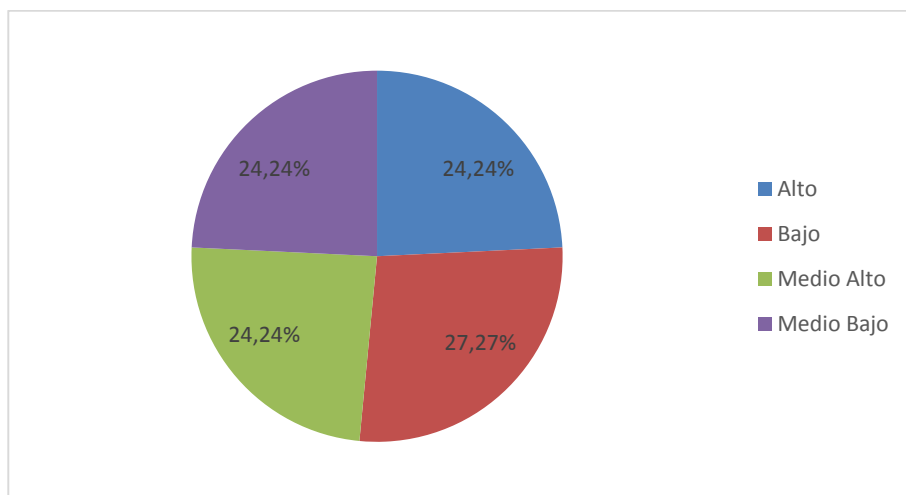
Tabla 7

*Nivel de factor dieta en estudiantes con riesgo de TAC.*

---

Nivel	Frecuencia	Factor dieta
Alto	8	24.20%
Medio Alto	8	24.20%
Medio Bajo	8	24.20%
Bajo	9	27.30%

---



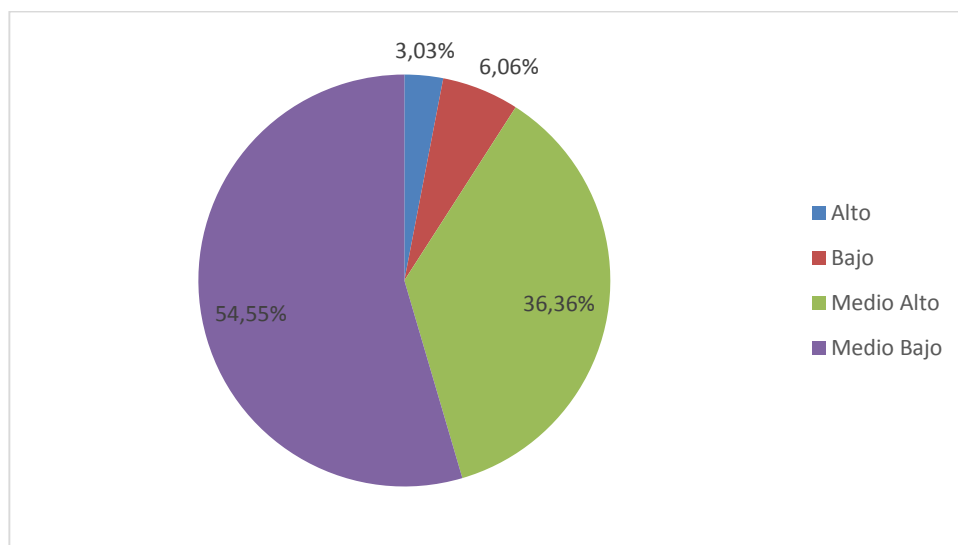
*Figura 6 Nivel del factor dieta en la muestra de riesgo de TAC*

De acuerdo a la tabla 7 figura 6, la muestra en riesgo de TAC según factor dieta se observan porcentajes similares en cada uno de los niveles diferenciándose únicamente el nivel bajo con un 27%.

Tabla 8

*Nivel del factor bulimia y preocupación por la comida en la muestra con riesgo de TAC.*

Nivel	Frecuencia	Factor bulimia
Alto	1	3.03%
Medio alto	12	36.36%
Medio bajo	18	54.55%
bajo	2	6.06%



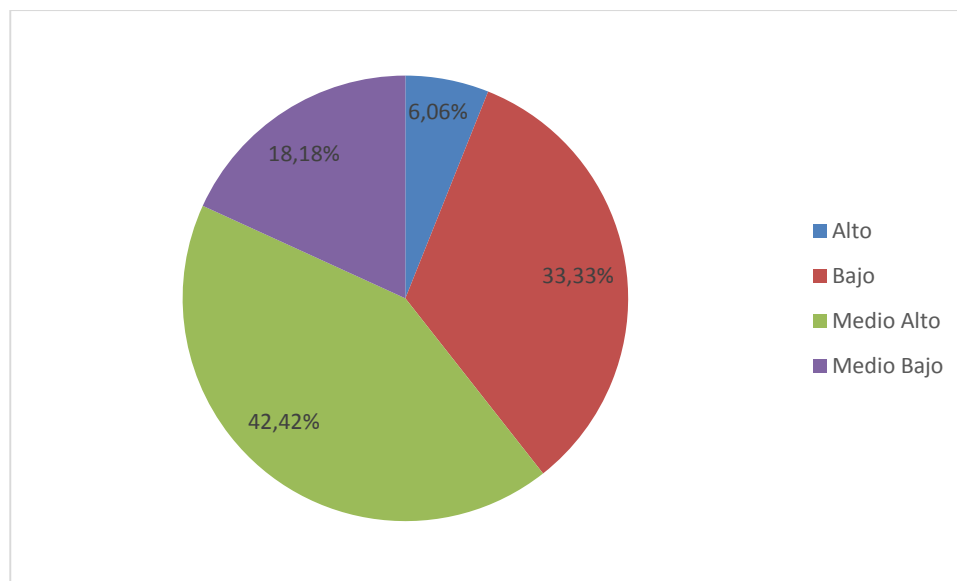
*Figura 7 Nivel de factor bulimia en la muestra de riesgo de TCA*

De acuerdo tabla 8 figura 7 la muestra en riesgo de TAC según factor bulimia y preocupación por la comida, se observan que solo un 3% presenta un alto riesgo, así mismo un medio alto del 36%, medio bajo de 54.5% frente a un 6% de un bajo.

Tabla 9

*Nivel de factor control oral en la muestra de riesgo de TCA.*

Nivel	Frecuencia	Factor control oral
Alto	2	6.06%
Medio Alto	14	42.42%
Medio Bajo	6	18.18%
Bajo	11	33.33%



*Figura 8 Nivel de factor Control Oral de la muestra de riesgo de TCA*

De acuerdo a la tabla 9 figura 8 de la muestra en riesgo de TAC, factor control oral se observa un nivel alto y medio alto del 48% aproximadamente.

### 4.3. Análisis y discusión de resultados

Los análisis de los resultados para definir riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las estudiantes del nivel secundaria de I.E.P “José Olaya Balandra” Callao, se presentan a continuación:

En cuanto al objetivo general el presente trabajo tomo como punto de corte los puntajes mayores o iguales a 20 puntos para determinar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria, la tabla 5, la frecuencia hallada fue de 37% (33 casos) y un 63%(57 casos) que no registraron riesgo; de los 33 casos con riesgo se determinaron los rangos percentiles para clasificarlos en 4 niveles de riesgos, percentil menor a 25% para bajo riesgo, entre 25% y 50%, para riesgo medio bajo, de 50% a 75% para riesgo medio alto y mayor a 75% para alto riesgo. En base a estos niveles se obtuvo un 30.3% para el nivel bajo, un 24.2% para el nivel medio bajo, un 39.4% para el nivel medio alto y un 6.1% para el nivel alto.

Al respecto existen en nuestro país investigaciones que puedan ser referencia para contrastar los resultados y a la vez algunas nacionales e internacionales que se investigaron al tema, sirviendo como base teórica a este tema en particular.

El estudio realizado por Miranda (2016), Lima metropolitana en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo, donde el porcentaje fue de 17% en riesgo de TCA, siendo la muestra que presento más riesgo entre los 14 hasta los 21 años de edad, donde el instrumento empleado EAT-26 resultando muy alta en variantes y confiable con esta población de investigación, su estudio se asemeja a este estudio en la estudiantes de secundaria de I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.

Por otro lado Toro, Mesa, & Escudero (2014), en su estudio sobre “Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina” de tipo descriptivo, transversal

y retrospectivo. Se les aplicó el test EAT-26 teniendo como resultado el 13,7% de la muestra total presentó riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, siendo el 11,3% en mujeres y el 2,4% en hombres.

Respecto al primer objetivo específico relacionado con el nivel del factor dieta presente en la población con riesgo, se analizó la presencia del factor a partir de 4 niveles percentilares, obteniendo como resultado que las proporciones de cada nivel son similares con 24.2% para los niveles alto, medio alto y medio bajo, con una pequeña diferencia para el nivel bajo con un 27.3%, esto describe a el 75% de la muestra no tiene un manejo de su dieta desearían ser delgadas y tienen restricción en sus alimentos con el fin de alcanzar el peso deseado, Asimismo el estudio realizado por Gaete, López , & Matamala (2012) los cuales determinan que los adolescentes excluyen de la dieta diaria las comidas con alto contenido de calorías, cancelando grasas saludables que requiere el cuerpo, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy fuerte y restringida, sin asesoría de nutricionista.

Con relación al segundo objetivo específico relacionado con el nivel del factor bulimia y preocupación por la comida presente en la población con riesgo, se analizó la presencia del factor a partir de 4 niveles percentilares: alto, medio alto, medio bajo, bajo obteniendo como resultado que el nivel alto es el 3.%, un nivel medio alto de 36.%, un nivel medio bajo de 54% y nivel bajo con un 6 % de participación, esta puntuación está no está asociada a un mal pronóstico, se puede intervenir y lograr reducir los casos de alto, medio alto y nivel medio bajo, basándome en mi teoría , los trastornos de conducta alimentaria si no es detectadas y tratadas precozmente pueden desencadenar en muerte (Wong, 2015); de igual forma en la tesis doctoral, en España donde se paso por el test a 600 estudiantes entre 18 y 26 años nos da a notar que hay una muestra de jóvenes con riesgo, a su vez tienen un pico alto en rasgos bulímicos. Benítez,(2016)

Respecto al tercer objetivo específico relacionado con el nivel del factor control oral presente en la población con riesgo estudiada se analizó la presencia del factor a partir de 4 niveles percentilares alto, medio alto, medio

bajo y bajo obteniendo como resultado que el nivel alto tiene un 6 %, el nivel alto, medio alto con 42%, el medio bajo con 18% y el bajo con 33% de participación, dando a indicar que el 50% de la muestra esta insatisfecha con su imagen con bajo autocontrol alimentario, así otro estudio similar de Lazo, et. al., (2015), causas y riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria en estudiantes en Lima, Perú”, este estudio fue con 483 estudiantes de 14 y 17 años que como resultado fue el 13,9% que alcanzaron a presentar un riesgo de padecer TCA, con un alto descontrol oral hacia las comidas.

#### **4.4. Conclusiones**

Los resultados de la toma de muestra nos arrojan los siguientes resultados:

En lo relacionado a nuestro objetivo general, el cual pide determinar el riesgo de desarrollar conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” Callao, podemos manifestar de acuerdo a la tabla 5 así como en la figura 4, se identificó que fueron 37% (33 casos) de estudiantes que presentan riesgo de trastorno de conducta alimentaria y 53% (57 casos) de estudiantes no tienen riesgo, teniendo mayor participación el factor dieta al tener mayor presencia en los niveles alto y medio alto de alrededor de 50%, seguido del factor control oral con una presencia en los niveles medio alto y alto de 48% y por último el factor bulimia con niveles medio alto y alto de 39%, de un total de 90 estudiantes que pasaron el Test Eat 26, tomando como punto de corte  $\geq 20$  puntos que se correlaciona conductas y actitudes alimentarias riesgosas relacionadas con algún tipo de desorden alimentario (Jones, et. al., 2001).

Podemos mencionar en la tabla 7 figura 6, factor dieta las proporciones son similares en cada nivel con una participación alrededor del 25% cada uno, sumados los niveles en alto y medio alto dan el 50% de la muestra en riesgo y si aumentamos el otro 25%, del percentil medio bajo darían 75% de la muestra, que da a conocer no tener un manejo adecuado de su dieta

desearían ser delgadas y tienen restricción en sus alimentos con el fin de alcanzar el peso deseado y sentirse a gusto con su imagen.

Según la tabla 8 figura 7, factor bulimia y preocupación por las comidas, un 3.03% presenta alto, 36% medio alto y 54% medio bajo y por la suma de los percentiles alto y medio alto daría el 39% que debe ser tratado adecuadamente, esta puntuación está no está asociada a un mal pronóstico, se puede intervenir y lograr reducir el porcentaje de alto, medio alto y nivel medio bajo

En lo relacionado a la tabla 9 figura 8 tomando en cuenta solo la muestra con riesgo debemos enfocarnos en los que están en el nivel alto y medio alto siendo estos un 6% y 42% respectivamente en el caso de control oral esto indica que cerca de un 50% muestra insatisfacción por las comidas y bajo autocontrol y dominio en la alimentación.

Finalmente podemos concluir que los trastornos de conducta alimentaria se presentan por todo un conjunto de factores para su inicio, desarrollo y mantenimiento, teniendo en cuenta los resultados de este estudio 33 % de riesgo en desarrollar TAC, si no son tratadas e intervenidas con programas especiales para ellas de acuerdo a su edad y condición, llevando un abordaje completo y adecuado en todas las áreas en conjunto, pueden llegar a desarrollarlo y poner en riesgo su salud.

#### **4.5. Recomendaciones**

Establecer programas de prevención de TCA como parte integral y básica en el campo de salud psicológica, principalmente enfocada en la población adolescente, trabajando en forma conjunta con el sector educación y salud.

Diseñar e Implementar un programa de intervención con respecto a los enunciados expuestos buscando se coadyuve a maximizar la implicación de

los padres de familia de los adolescentes para prevenir dichos factores de riesgo.

Asumir una búsqueda de conciencia sobre las consecuencias que puede traer el hacer dietas inadecuadas o excederse en hacer ejercicios sin supervisión con el solo fin de quemar calorías, desarrollando estrategias con talleres para intervenir llegando a concientizar a padres e hijos por igual.

Sugerir a la Institución Educativa “José Olaya Balandra” que realice evaluaciones respecto a TCA al inicio y fin de cada año, pues ello le servirá de base para que el personal de salud con el que trabaja tome medidas preventivas para un mejor desenvolvimiento académico de los estudiantes y futuros profesionales.

Sugerir a la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” que realice sesiones de consejería sobre TCA y adecuados hábitos alimentarios a los estudiantes en coordinación con profesionales de salud (Psicología, nutricionistas y/o Médicos).



## **CAPÍTULO V**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **5.1 Denominación del programa**

Promoviendo tu cuidado fortaleciendo tus habilidades

#### **5.2 Justificación del problema**

Este estudio sobre trastornos de conducta alimentaria busca pretender conocer datos actuales referente al tema, para tratamientos preventivos, dado el incremento en la mortalidad y morbilidad de personas con algún distinto trastorno de alimento, en el Perú no hay claro conocimiento de un diagnóstico asertivo en primera instancia por desconocimiento de la enfermedad, motivo por el cual es necesario el impulso de esta investigación desde un inicio, para prevenir los riesgos que pueden conllevar si no es detectado a tiempo.

Esta investigación está dedicada a encontrar riesgos de TCA en estudiantes mujeres de secundaria de la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” no para encontrar diagnósticos de anorexia y bulimia.

De la muestra de 90 estudiantes mujeres presentaron el riesgo 37% y 63% no lo presentaron, con una mayor nivel al factor dieta con casi 75% si se toman en cuenta los 3 primeros niveles percentilares, esto nos indica que la mayoría de los estudiantes carecen de una información en el manejo de un dieta adecuada en su alimentación diaria.

La utilidad de crear un programa de intervención que estaría dirigida a la muestra de estudiantes para mejorar dicho factor, sugerir en el desarrollo de cada sesión programas preventivos orientados al bienestar biopsicosocial reduciendo los niveles de desnutrición, obesidad y manejando de un

autocontrol en la conducta alimentaria, enfocando al desarrollo de mejores profesionales en el futuro.

### **5.3 Objetivo general**

Orientar a las estudiantes mujeres del nivel secundaria del Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” a la práctica de hábitos saludables en la dieta, dando a conocer los riesgos de desarrollar trastornos en la alimentación.

### **5.4 Objetivos específicos**

Brindar información sobre una adecuada y nutritiva alimentación que beneficiara no solo a su cuerpo sino a su mente, a las estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I. E.P “José Olaya Balandra”.

Reforzar su autoestima aceptando su cuerpo ayudándolas a no centrarse solo en su aspecto físico, potenciando sus demás habilidades en las estudiantes mujeres del nivel de secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra”.

Fomentar el manejo del autocontrol en conductas y pensamientos, buscando mejoren su autoconcepto de las estudiantes mujeres del nivel secundaria en la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra”.

### **5.5 Sector al que se dirige**

El presente programa de intervención se dirige al sector educativo trabajando con el tutor y las estudiantes de la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra”.

## **5.6 Establecimiento de conductas problemas y metas**

Se observa el análisis situacional de la problemática en trastorno de la alimentación en La Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” tomando en cuenta la edad adolescente de estos y la dificultad en llegar a sensibilizarlos con el riesgo de no tener una adecuada alimentación.

La meta es lograr los objetivos propuestos mediante este programa de intervención, dando a conocer la importancia del manejo de una dieta responsable con cambios de hábitos y esto no afecte la salud de futuras profesionales en formación.

## **5.7 Metodología de la intervención**

El presente taller está conformado por 9 sesiones de 3 módulos, cada módulo de 3 sesiones, 2 por semana en las horas de tutoría que gentilmente cedieron, dada la naturaleza del programa se incluirá a participar al tutor en compañía de las estudiantes del nivel secundaria, serán separadas en 4 grupos, el cual se les aplicara las mismas sesiones por día, serán sesiones activas y dinámicas, asimismo este programa busca la salud preventiva, fomentando una alimentación saludable, cambios de hábitos, elevar a autoestima, consiguiendo la participación grupal de los participantes en general.

## **5.8 Instrumentos / material a utilizar**

Recursos de administración para el desarrollo del programa de intervención, en búsqueda del buen funcionamiento, la Institución Educativa Pública “José Olaya Balandra” brindará recursos del colegio, que puedan necesitarse tales como:

- Papelotes.
- Power point
- Plumones.
- Copias.
- Proyector.
- Limpia tipo
- Salón de clase de la institución.
- Pizarra
- Radio
- micrófono
- 1 laptop
- Papelotes
- Lapiceros, plumones.
- Hoja Bond A4
- platos
- cojines
- guantes

## 5.9 Cronograma de actividades

Nº sesión	Actividad	Estrategia	Recursos	Tiempo	Fecha
Sesión 1	Hablemos claro	Expositiva, Informativa Dinámica grupala	Multimedia Plumones, hojas	60 min	09/08/2017
Sesión 2	Reconozco lo nutritivo	Expositiva, dinámica	Papelotes, adhesivos	60 min	11/08/2017
Sesión 3	Vivencialmente aprendo	Informativa Dinámica grupala	Platos descartables, frutas	60 min	16/08/2017
Sesión 4	Conociendo mi interior	Informativa Dinámica grupala	Hojas, plumones, espejos	60 min	18/08/2017
Sesión 5	Pensando en positivo	Dinámica de grupo	Hojas y plumones	60 min	23/08/2017
Sesión 6	Reforzar de tomar conciencia	Expositiva, informativa instructiva	Tarjetas, lapiceros y plumones	60 min	25/08/2017
Sesión 7	Motivación hacia los cambios de actitud	Expositiva Dinámica de grupo	Hojas y plumones	60 min	30/08/2017
Sesión 8	Identificar cualidades personales	Explicativa Dinámica de grupo	Multimedia Hojas y plumones	60 min	01/09/2017
Sesión 9	Refuerzo y aprendo	Feedback	Marionetas	60 min	06/09/2017

## **Sesión 1**

### **Primera Sesión de intervención**

**Actividad:** “Hablemos claro”

**Objetivo:** Lograr concientizar a las participantes sobre trastornos de conductas alimentarias, ampliando sus conocimientos.

**Estrategia:** Dinámica de grupo y expositiva

**Materiales:** Facilitadora, nutricionista, participantes y material audiovisual

Video: Tema “Trastorno de conducta alimentaria”

Este video da a conocer los conceptos claros de los trastornos de conducta alimentaria y se puede visualizar en YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=A2fbUR4A4M4&feature=youtu.be>

**Tiempo:** 60 min

#### **Desarrollo:**

Dinámica LA PALABRA CLAVE.

El facilitador se presenta, inicia la explicación del porqué del programa a trabajar, buscando un mejor impacto como introducción anuncia el apoyo de un nutricionista especialista en el tema, comprometiendo a las participantes y al tutor a reunirse dos veces por semana, hasta finalizar el taller. Asimismo se les mostrará un video reforzando el tema introductorio.

Luego se pide al grupo dividirse en dos, se le reparte plumones y hojas a cada grupo, se pide escriban 10 palabras de lo que piensa o siente en relación con la sesión que se ha trabajado.

Por ejemplo: “dieta”, “vida” “bulimia” “auto control” “riesgos” “familia” “comida chatarra”, etc.

A continuación se inicia la ronda de palabras, el facilitador y la nutricionista deben recoger las hojas y explicar el concepto de cada palabra escrita por los participantes, explicando y resolviendo las dudas de cada uno.

Para terminar la sesión se les pide a todos sigan informándose en casa sobre los trastornos de alimentación y para la próxima reunión lleven el nombre de

un conocido en la televisión nacional o internacional que paso por este problema según sus gustos y preferencias.

Indicadores: Que las integrantes reflexionen y participen brindando su percepción de lo aprendido en la sesión.

## Actividad 2

### **Segunda Sesión de intervención**

#### **Sesión 2: “Reconozco lo nutritivo”**

**Objetivo:** Orientar a las participantes a diferenciar comida saludable y comida no saludable manejando un control con cierto tipo de comidas.

**Estrategia:** Dinámica de grupo

**Materiales:** Papelotes, adhesivos

**Tiempo:** 60 min

#### **Desarrollo:**

Dinámica ¿QUÉ ES LO QUE PEGAS?

El facilitador saludará a las participantes y al tutor, luego les pedirá que saquen la información requerida en la anterior reunión, para ver el grado de interés presentado en nuestra primera sesión, asimismo se iniciará un debate del tema pasando a explicar el motivo de la siguiente dinámica se procede a pegar papelotes con el título de “Saludables” y otro papelote que como título lleva “No saludables” se pide que peguen según su criterio una cantidad de adhesivos alusivos al tema como por ejemplo frutas, carnes, pollo, pescado, verduras, leche, quesos, yogurt, huevo, avena, gaseosas, caramelos, jugos en polvo e instantáneos, frituras, embutidos, tortas industriales, helados, pizzas, en el orden que ellos crean conveniente.

Luego haremos el cierre de la sesión explicando el motivo de esta dinámica, si algunos prefirieron las comidas no saludables se les ayudara a manejar el control por elegir lo sano ya que un cuerpo bien alimentado no entran enfermedades.

Indicadores: Aprender una dieta nutritiva.

### **Actividad 3**

#### **Tercera Sesión de intervención**

##### **Sesión 3: “Vivencialmente aprendo”**

**Objetivo:** Lograr que las participantes cambien hábitos y motivación en su dieta diaria.

**Estrategia:** Dinámica de grupo

**Materiales:** platos descartables, frutas, guantes, lapiceros y tijera

**Tiempo:** 60 min

##### **Desarrollo:**

###### Dinámica INVITACIÓN A PROBAR

El facilitador saludará a las participantes de taller, procederá a enseñarles lo que tiene en su canasta para hacer el mercado, donde habrán distintas frutas como por ejemplo fresas, naranjas, uvas, mango, piña, papaya, y frutas, también las no tan conocidas como el kiwi, camu camu, aguaymanto entre otras, se agrupará en dos grupos, luego se repartirán platos descartables con las manos con guantes una encargada por grupo procederá a nombrar cada fruta y la facilitadora explicará dando información de los beneficios que tiene comer frutas de las vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes necesarios que se han demostrado protegen de enfermedades crónicas al corazón y previenen el cáncer.

Para hacer el cierre de este taller haremos una invitación escribiendo en la pizarra lo siguiente:

Te invito a participar de este nutritivo plato

“Hoy toca ensalada de frutas”

Se les repartirá platos con un trozo de cada fruta y el facilitador cambiará el pensar negativo que pueden tener: No es rico, no es nutritivo, la fruta no me gusta, explicando los grandes beneficios de las distintas frutas incluyendo las no tan conocidas como el camu camu y kiwi entre todas unas de las mejores por tener gran cantidad de vitaminas y antioxidantes.



Asimismo se pedirá que en casa puedan hacer esta dinámica, convirtiendo la hora del alimento en un momento de reunión familiar logrando que siempre tengan un horario establecido y sin prisas.

Indicadores: Conociendo beneficios de una buena dieta.

## **Sesión 4**

### **Cuarta Sesión de intervención**

#### **Actividad 4: “Conociendo mi interior”**

**Objetivo:** Potenciar autoconcepto positivo, rechazar los negativos.

**Estrategia:** Dinámica de grupo

**Materiales:** Espejo, lápiz y papel

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Desarrollo:**

Dinámica: ESPEJO REAL

El facilitador saludará a las participantes, explicará la razón de este programa, explica que es el autoconcepto; es la opinión que se tiene de sí mismo, es nuestra imagen que hemos creado de nosotros mismos, considerado un factor central en la madurez personal y autonomía propia, les explica que es un sentimiento de confianza en sí mismo.

Luego reparte a cada grupo, un espejo, un lápiz y una hoja bond, luego que cada una se mire alrededor de unos minutos pasará el espejo a la compañera del costado.

Se le pide a cada una responder las siguientes preguntas

¿Cuándo te miras en el espejo que ves?

¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?

¿Crees que les gustas a tus amigos y compañeros tal y como eres?

Luego se le pide que lean para poder conocer la percepción y la representación de la imagen que muchos desearían tener en su espejo interior.

El facilitador tiene que resaltar lo positivo que expresa cada estudiante desechando lo negativo, que aprendan a valorarse y motivarlos al cambio.

Indicadores: Conocer el autoconcepto.

## **Actividad 5**

### **Quinta Sesión de intervención**

#### **Sesión 5: Pensando en positivo**

**Objetivo:** Fomentar expresen de palabra o por escrito sentimientos positivos hacia su pareja de sesión.

**Estrategia:** Dinámica de grupo

**Materiales:** Lápiz y papel

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Desarrollo:**

Dinámica: Retroalimentación Positiva

El facilitador saluda a las participantes, les brindará el concepto de retroalimentación positiva, es apoyar a los demás en sus esfuerzos para alcanzar una meta ayudando a mejorar sus habilidades respetando y valorando los resultados siempre resaltando las capacidades, dando a entender que el éxito está a su alcance.

Luego para empezar la dinámica se agrupan de dos en dos, se les coloca frente a frente en parejas, que escriban 4 o 5 cosas que hayan notado en su compañera.

Todos los conceptos deben ser positivos (bien vestido, voz agradable, sabe escuchar, empático, proactiva etc).

Después de 10 minutos se inicia la comunicación con cada grupo, en el cual el que observo expresa lo que escribió acerca de la otra compañera.

Para finalizar se les preguntará a las participantes: ¿Se sintieron a gusto con este ejercicio? Sino ¿por qué? ¿De qué manera sería más Fácil dar retroalimentación positiva a los demás? ¿Les agrado recibir conceptos positivos?

Para terminar la sesión explicará el motivo de esta dinámica, se evaluará los conocimientos que tienen de una buena retroalimentación.

Indicadores: Reciben con agrado las cosas positivas.

## **Actividad 6**

### **Sexta Sesión de intervención**

**Sesión 6:** Reforzar la tomar conciencia

**Objetivo:** Reforzar el conocimiento de lo serio que es una enfermedad e identificar que puede tener consecuencias graves incluyendo la muerte; reforzando el hecho que aun todavía se cuenta con una vida por delante y que es decisión de hacer con ella lo que se quiera tomando decisiones con acertada conciencia.

**Estrategia:** Dinámica individual

**Materiales:** hoja y lápiz

**Tiempo:** 60 min

**Desarrollo:**

Dinámica: LA ESQUELA

El facilitador saludará a las participantes, brindará el significado de tomar conciencia en conductas adecuadas, dando ejemplos prácticos a las estudiantes, con el fin de fomentar la toma de conciencia con responsabilidad que no traigan consecuencias lamentables en la vida, se procede con la entrega a cada participante de una hoja y un papel indicando lean y llenen en los puntos suspensivos, escriban su nombre y hagan su propia esquila

después de muertos, explicando que cada uno es libre de escribir en los puntos suspensivos en la forma que prefiera.

### LA ESQUELA

..... Murió ayer a la edad de.....era miembro de.....antes de morir se dedicaba a.....para llegar a ser.....

Sera recordada

por.....

Sera llorado

por.....

Aunque siempre deseo , no

logró.....

Su cuerpo será velado

en.....

Se pueden enviar flores

a.....

la familia..... Agradece que los acompañen en su dolor.

Al finalizar esta sesión se espera haya causado el impacto en los participantes, se procede a comentar lo serio de tomar decisiones en algunos casos irremediables, se fomenta el buen manejo del sentido de conciencia.

Indicadores: Comprender que con la salud no se juega.

## **Sesión 7**

### **Séptima sesión de intervención**

**Actividad 7:** Motivación hacia los cambios de actitud

**Objetivo:** Fomentar estilos de vida saludable

**Estrategia:** Dinámica grupal

**Materiales:** Hoja y lápiz

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Desarrollo:**

Dinámica: LA PROPUESTA

El facilitador pide a las participantes proponer proyectos de cambios donde ellas mismas se involucren permitiendo generar buenos hábitos para mejorar y mantenerse saludables, tomando en cuenta; ¿Qué estilos de vida quisieran?, ¿Qué metas quisieran alcanzar cambiando su estilo de vida?, ¿Qué hábitos saludables contribuyen en su futuro?

Se les da ejemplos:

No saludables:

Consumir alimentos con exceso de grasa, consumo de alcohol o tabaco, no hacer ningún ejercicio, no asearse diariamente, dormir muy pocas horas al día.

Saludables:

Comer sano, dormir las horas correctas, hacer deportes, fijarse metas, etc.

Luego de conversar sobre estos aspectos les pedimos que cada grupo elabore una lluvia de ideas y se incentiva para que tomen conciencia y hagan un buen proyecto de vida, con hábitos y cambios positivos de actitudes.

Indicadores: Asumiendo actitudes responsables.

## **Sesión 8**

### **Octava Sesión de intervención**

**Actividad 8:** Identificar cualidades personales

**Objetivo:** fortalecer las cualidades aun guardadas.

**Estrategia:** Dinámica grupal

**Materiales:** Hoja y lápiz

Video: Tema "Cualidades"

<https://www.youtube.com/watch?v=DcmrDfQk5zg>

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Desarrollo:**

Dinámica: MIS CUALIDADES POSITIVAS

El Facilitador después de ver el video conceptualiza el término cualidades, para que todas entiendan ¿cuáles son nuestras cualidades? , entrando en dialogo con las estudiantes, por ejemplo señalo a una y le digo; Ud. es una de las personas más inteligentes que conozco, con usted me rio mucho, haces feliz a mucha gente, me sabes escuchar, bailas bien, eres muy guapo, etc.

Después se repartirá hojas y lapiceros, se pedirá a las participantes que hagan una lista con 5 cualidades que tengan en su vida, anotando el margen del número por interés. Del mayor interés (1) al menor interés (5).

Luego las participantes que salgan de una en una hacia la parte de adelante y comenten al grupo las cualidades que eligieron en el orden de menor deseada a mayor y sigan el proceso así el facilitador evaluará el ejercicio haciendo reflexión de sus preferencias enfocándose en reforzar lo que más deseó por el orden que le pusieron.

Esto ayudará a fomentar las cualidades en sí mismas, sacar las mejores características aun guardadas dentro de sí mismo.

Indicadores: Explorar, entender y reforzar las motivaciones

## **Sesión 9**

### **Novena Sesión de intervención**

#### **Actividad 9:** Refuerzo y aprendo

**Objetivo:** Reflexionar brindando su percepción de lo aprendido en las sesiones.

**Estrategia:** Feedback

**Materiales:** 10 marionetas

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Desarrollo:**

Dinámica: TEATRO GUIÑOL

El facilitador les pedirá a las participantes desarrollar vivencias diferentes ante las situaciones y hechos abordados en situaciones de la vida real, escogiendo el tema con relaciones a las sesiones brindadas, para lo cual se deberá contar con un argumento y un final de una pequeña historia con un final feliz y triste.

Utilizando grupos de 3 participantes y entregando 3 o 4 marionetas por grupos.

Se logrará diagnosticar los conocimientos de la población, sobre el tema obtener retroalimentación sobre las actitudes, conductas y reacciones.

Aclarar preguntas, situaciones que ocurran dentro del interior de un equipo de trabajo.

Esto es una excelente técnica para evaluar sus distintas maneras de pensar y sus distintas posiciones acerca de las sesiones dictadas.

Al final se harán preguntas a las participantes ¿si les ha gustado las actividades?, ¿Cómo se sienten?, ¿Qué opiniones tienen?, ¿Qué les parece similar al de ellos?

Las participantes serán capaces de compartir sus sentimientos con los demás, así como de recoger los sentimientos de sus compañeros, y

comprobar la satisfacción que todo esto produce y lo expresaran con un fuerte aplauso o distintas maneras de alegría y despedida.

Como cierre del programa se les entrega una constancia de participación, felicitándolas por terminar el taller, con fines motivadores.

Indicadores: lo trabajado quedo aprendido.



## **ANEXOS**

**Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra”**

**Callao 2017**

<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>DEFINICION DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao 2017</p>	<p>Garner, Olmsted y Garfinkel (1984) define Trastorno de alimentación al pensamiento que se va distorsionado. El peso y la alimentación se experimenta en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta peculiar manera de pensar llega incluso a incidir en otros aspectos de la cotidianidad adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales.</p>	<p>Determinado por la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación de Gardner, et, al. (1982) validado por Gandarillas (2003) y en el Perú por Palpan, Jiménez, Garay, &amp; Jiménez, (2011).</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <p>F1 Dieta F2 Bulimia F3 Control Oral</p>	<p><b>TIPO:</b> Aplicada</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>DISEÑO:</b> No experimental</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Compuesta por 96 estudiantes mujeres de secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.</p> <p><b>MUESTRA:</b> Conformado por 90 estudiantes mujeres.</p> <p><b>TECNICA:</b> No probabilístico</p>

<p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</b></p> <p>¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor dieta en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao?</p> <p>¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor bulimia en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao?</p> <p>¿Cuál es el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria según factor control oral en estudiantes mujeres del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <p>Identificar el nivel del factor dieta en estudiantes mujeres con riesgo de trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao</p> <p>Identificar el nivel del factor bulimia y preocupación por la alimentación en estudiantes mujeres con riesgo de trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao</p> <p>Identificar el nivel del factor control oral en estudiantes mujeres con riesgo de trastornos de conducta alimentaria del nivel secundaria en la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao.</p>			
--	--	--	--	--



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 11 de Abril del 2017

Carta N° 1106-2017-DFPTS

Señor  
**JAI ME ALVARADO VÁSQUEZ**  
DIRECTOR  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JOSÉ OLAYA BALANDRA"  
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita DESIREE LIZBETH BORJAS CAVERO, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 40-202690-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGM/ab  
Id. 625310



Recibido  
Gómez Salas  
20/04/17



# Universidad Inca Garcilaso de la Vega

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

A continuación, deberás completar tus datos personales, seguido de ello deberás marcar con un aspa (X) la alternativa que te corresponda.

<b>EDAD</b>		
<b>SEXO</b>	M	F
<b>PROCEDENCIA</b>	Lima	Provincia
<b>GRADO</b>		

<b>¿Con quienes vives?</b>	Papá	Mamá	Papá y Mamá	Hermano (a)	Abuelos	Tío (a)	N.A.

Deberás marcar en forma sincera con un aspa (X) la alternativa que más creas conveniente según la pregunta formulada. No olvides responder a todas las preguntas, tus respuestas serán absolutamente confidenciales.

ITEMS	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me da mucho miedo pesar demasiado						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida.						
4. A veces me he excedido en consumir alimentos, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						

7. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papa).						
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.						
17. Consumo alimento dietéticos.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19. Me controlo en la cantidad de las comidas.						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						

21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer dieta.						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

## REFERENCIAS

- Arévalo, R., Aguilar , X., Trelles, M., & Mancilla, J. (2015). *D. Trastornos alimentarios Diagnóstico: Del DSM-IV al DSM-5*. Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico.
- Arrufat, F. J. (2006). estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. *investigación* . Barcelona.
- Asociación contra la anorexia y la bulimia. (s.f.). Obtenido de <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
- Benítez Benítez , A. M. (2016). *HÁBITOS ALIMENTARIOS DE RIESGO EN LA POBLACION UNIVERSITARIA EXTREMEÑA*. Badajoz, España.
- Blasco, M., García , M., & Balaguer, I. (1993). Trastorno alimentarios en la actividad física y el deporte: Una revisión. *REVISTA DE PSICOLOGIA DEL DEPORTE*, 41-53.
- Borras, t. (2014). adolescencia: definicion, vulnerabilidad y oportunidad. *mi scielo*.
- Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú . (2005). Factores que facilitan la atención en Salud Mental. *compendio*, 7. Lima, Perú.
- Común, L. M. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016*. Lima.
- Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 10º. (febrero de 2009). *Psiquiatria.com*.
- Contreras, M. (2006). Refrigerios Escolares. *Guía Técnicas CENAN*.
- Corada, L., & Montedónico , A. (noviembre del 2007). *Estudio del aporte de un instrumento (EAT-26) en la evaluación de cambios en adolescentes*. Santiago de Chile.



- Cristancho, P. (2014). *Conductas Alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Cutipé, Y. (11 de agosto de 2014). Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú. *Perú 21*.
- Deossa Restrepo, G., Restrepo Betancur, L., & Velásquez Vargas, J. (2015). *Actitudes y comportamientos de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes universitarios, Colombia*. Colombia.
- Departamento de Promoción de la Salud Mental. (2006). *Guía de Consejería Básica.*, 11.
- Diane , E., & Wendkos , S. (1998). *Psicología de la Adolescencia*. México: Mc Graw-Hill.
- Edit. Masson S.A . (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM- IV*.
- Figuroa , D., Cordella, P., & Urrejola, P. (2004). Recorridos en el Continuum de los Trastornos Alimentarios en una Muestra de Adolescentes Chilenos. *15*, 28-38.
- Gaete, M., López , C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes. *Revista Medica Clinica Condes*, 568.
- Galindo Sánchez, S. L. (2012). *Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo-2011*. Lima.
- González, A. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician* , 614-1.
- Guerro, P., & Barjau , R. (2002). Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Medes*, 239.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (s.f.).

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Instituto Nacional Hideyo Delgado Honorio Noguchi. (Junio de 2011). *Psiquiatria del Perú.*, 21.
- K.T, E., Doyle , A., Hoste, R., Herzog , D., L, & Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specidied in adolescents. *J Am Acad Chid Adolesc Psychiatr*, 156-64.
- La Asociación Americana de Psiquiatría ( APA ). (2013). *Manual de los trastornos mentales DSM-5*.
- Lameiras, M., Calado, M., & Rodríguez , Y. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria y la exposición a los medios de comunicación en chicas adolescentes*. Universidad de Vigo, España.
- Lazo, Y., Quenaya, A., & Mayta, P. (2015). *Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú*. Lima.
- M, S., Peña I, fernandez C, Garcia R, Jimenez B, & Menendez A. (2010). et al. Identificación de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relacion con el indice de Masa Corporal en Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Medica UV*.
- M., U., & Rigol, C. (2001). *Trastornos de la conducta alimentaria*. España: Masson.
- Manzaneque, B. (2013). *Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral, Universidad de Castilla, España.
- Méndez, J. P., Vázquez, V., & García , E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemisa*.

- Méndez, J., Vázquez-Velázquez , V., & García-García , G. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. boletín médico , Hospital Infantil de Mexico.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la salud. (2006). Modelo de abordaje de promoción de la salud: Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima, Perú: Documento técnico MINSA.
- Miranda Común, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016*. Lima Peru.
- Montoya Salazar , M. (2012). *Factores Asociados a Riesgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia en Adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II – Villa María del Triunfo*. Lima-Perú.
- Narvárez R, O. M., Ochoa O, & Peña G. (2015). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de medicina. *Vitae*.
- Ochoa EFC, Puente de la ML, & Grana JL. (1990). Trastornos de la alimentación. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría.*, 726-807.
- Organización Mundial de la Salud . (Marzo de 2016). *Salud del adolescente*. Obtenido de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. *MEDTOR*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD OMS. (Ginebra, 2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter1S.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *La Salud en las Americas. Volumen 1*.

- Palpan, Y., Jiménez, C., Garay, C., & Jiménez, V. (2007). *FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANSTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITAN*. Universidad Nacional Federico Villareal, Lima. Perú: Psychology International.
- Pamies, L., Quiles, Y., & Bernabe, M. (2011). *Conductas Alimentarias De Riesgo En Una Muestra De 2.142 Adolescentes*. Universidad Miguel Hernández, Alicante España.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo*. Graw Hill Interamericana.
- Perez E, C, G., Martin B, Mitja I, DePablo R, & De la Torre P. (2007). *Deteccion De Adolescentes En Riesgo De Presentar Trastornos De La Alimentación*. Elsevier.
- Quintana, L., RosMar, L., González, D., & González, R. (2007). *Alimentación del preescolar y escolar*. Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Gran Canarias.
- Rosa M, R., Sanchez, D., Mora, M., & Torras, J. (1999). *Bulimia Nerviosa ¿Más allí del DSM-IV?* *Anuario de Psicología*, vol. 30(2).
- Rutzstein, G., Murawski, B., & Scappatura, L. (2010). *Trastornos Alimentarios: Deteccion en Adolescentes Mujeres y Varones en Buenos Aires*. Mexico.
- Sánchez, B. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013*. Tesis de Licenciatura, Universidad Tecnológica Intercontinental, Paraguay.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. En *Visión Universitaria*. Lima. Perú: ed .
- Saucedo, M., Peña, I., Fernández, C., García, R., Jiménez, B., & Menéndez, A. (2010). *Identificación de Factores de Riesgo asociados a Trastornos*

*de la Conducta alimentaria y su Relación con el Índice de Masa Corporal en Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. México.*

- Shapiro, D., Blinder, B., Hagman, J., & Pituck, J. (1993). "Un sentido psicológico" de perfil de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Psychol Rep.*, 73: 531-541.
- Silva Toro, N., Mesa, M., & Escudero, D. (diciembre de 2014). RIESGOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DEL ÚLTIMO AÑO DE LA ENSEÑANZA MEDIA EN INSTITUTOS ADVENTISTAS DE ARGENTINA. *Actualización en Nutrición*, 15, 89-98.
- UNER Facultad de Ciencias, Nutrición y Dietética. (2012). *Alimentación por etapas de vida: Adolescencia*. Obtenido de <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica>.
- Valles, M. (2013). *La Imagen Corporal: Programa Preventivo Sobre Los Trastornos De La Conducta Alimentaria*. Universidad de Castilla La Mancha, España.
- Vega, V. (2004). *Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria(TCA) en la población escolar adolescente*. Argentina.
- Viguria , F., & Miján , A. (2006). *La Pica Retrato de una entidad clínica poco conocida*. Universidad de Valladolid, España.
- Wong, P. (2015). Sabes como identificar si alguien padece anorexia y bulimia. *Novedades Quintana Roo*.