



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Tesis de grado previo a la obtención del título de Licenciatura de
Enfermería**

TEMA:

**“CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN
ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA
DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE
OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA,
DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE
2011 – OCTUBRE 2012”.**

AUTORAS:

**MORALES FLORES ANDREA ANABEL
YÉPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY**

TUTORA: Lcda. Mercedes Cruz

IBARRA – ECUADOR

2012



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determino la necesidad de disponer de textos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO

CEDULA DE IDENTIDAD:	100381790-3
APELLIDOS Y NOMBRES:	YÉPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY
DIRECCIÓN:	SAN PABLO, CALLE SUCRE. BARRIO BRISAS DEL LAGO
EMAIL:	veritoruby@hotmail.com
TELÉFONO MÓVIL:	2918345 / 0993557131

DATOS DE LA OBRA

TITULO:	CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO SUPERIOR "REPUBLICA DEL ECUADOR", UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012
AUTORES:	YEPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY MORALES FLORES ANDREA ANABEL
FECHA:	2013/01/11
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
ASESOR/DIRECTOR:	Lcda. Mercedes Cruz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, YÉPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY, con cedula de identidad N° 100381790-3, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 143.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 11 días del mes de Enero de 2013.

AUTOR

Nombres: **Yépez Verónica**

C.I. **100381790-3**

ACEPTACIÓN

Nombre: **Ing. Betty Chávez**

Cargo: **Jefe de Biblioteca**

Facultado por resolución del Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, YÉPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY, con cedula de identidad N° 100381790-3, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica Del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”**., se ha sido desarrollada para optar por el título de **Licenciado/a en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En mi concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Firma

Nombre: Yépez Verónica

C.I. 100381790-3

Ibarra, a los 11 días del mes de Enero de 2013.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determino la necesidad de disponer de textos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO

CEDULA DE IDENTIDAD:	100382794-4
APELLIDOS Y NOMBRES:	MORALES FLORES ANDREA ANABEL
DIRECCIÓN:	OTAVALO. CDLA J. COLLAHUAZO.
EMAIL:	andyfukis@hotmail.com
TELÉFONO MÓVIL:	2922083 / 0983608732

DATOS DE LA OBRA

TITULO:	CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO SUPERIOR "REPUBLICA DEL ECUADOR", UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012
AUTORES:	YEPEZ ROSAS VERÓNICA RUBY MORALES FLORES ANDREA ANABEL
FECHA:	2013/01/11
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
ASESOR/DIRECTOR:	Lcda. Mercedes Cruz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, MORALES FLORES ANDREA ANABEL, con cedula de identidad N° 100382794-4, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 143.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 11 días del mes de Enero de 2013.

AUTOR

Nombres: **Morales Andrea**

C.I. **100382794-4**

ACEPTACIÓN

Nombre: **Ing. Betty Chávez**

Cargo: **Jefe de Biblioteca**

Facultado por resolución del Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, ANDREA ANABEL MORALES FLORES, con cedula de identidad N° 100382794-4, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica Del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”.**, se ha sido desarrollada para optar por el título de **Licenciado/a en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En mi concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Firma

Nombre: Andrea Morales Flores

C.I. 100382794-4

Ibarra, a los 11 días del mes de Enero de 2013.

CERTIFICACIÓN

Lcda. Mercedes Cruz, en calidad de Asesor de Tesis designado por disposición del Consejo Académico de la Escuela de Enfermería, certifica que la Srta. Andrea Morales y la Srta. Ruby Yépez, estudiantes de la Escuela de Enfermería del Facultad Ciencias de la Salud, han culminado su trabajo de tesis, con el tema **“CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”**. Quienes han cumplido con todos los requerimientos exigidos por lo que se aprueba la misma.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, facultando a las interesadas hacer uso de la presente, así como también se autoriza la presentación para la evaluación por parte del jurado respectivo.

Atentamente,

Lcda. Mercedes Cruz
DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos primeramente a Dios ya que sin el nada podemos hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas.

A nuestras madres: Dora Rosas - Luisa Flores por darnos la vida, guiarnos y acompañarnos durante todo este camino, por ser nuestros pilares de apoyo y formación desde siempre.

De manera especial a mi hija Mabell Valentina y a Javier Gualacata mi esposo (Ruby Yépez) y al respetable Padre Victoriano Guerrero mi tío (Andrea Morales), porque constituyen un apoyo fundamental, guía y fuente de cariño incondicional.

Andrea Anabel Morales Flores

Verónica Ruby Yépez Rosas

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos dado la vida, y por darnos la oportunidad de culminar con éxito nuestra tesis.

A la Dra. María Luisa Egas por su asesoramiento, paciencia y estímulo para continuar, y poder realizar esta tesis

A nuestra tutora de tesis la Msc. Mercedes Cruz por su predisposición permanente e incondicional durante el desarrollo y redacción final de nuestra tesis.

A la Universidad Técnica del Norte por abrirnos sus puertas y permitir nuestra formación profesional.

Al Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador, docentes y estudiantes por su cooperación en nuestro trabajo investigativo.

A nuestros familiares por su apoyo constante y desinteresado.

A mi Amiga y Compañera de tesis, Por haberme tenido paciencia, amor y comprensión durante todo este largo proceso de elaboración de esta tesis, juntas hemos llegado hasta aquí y nuestra amistad perdurara siempre.

Andrea Anabel Morales Flores
Verónica Ruby Yépez Rosas

INDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
AUTORIZACION Y CESIONES DE DERECHO	II
CERTIFICACIÓN.....	VII
DEDICATORIA.....	XI
AGRADECIMIENTO.....	X
INDICE.....	XI
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	
RESUMEN EJECUTIVO.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
TEMA.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	XVII
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.	4
1.5. OBJETO O SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.7. OBJETIVOS.....	6
1.7.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.8. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
CAPITULO II.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES.....	8

2.2. TEORÍA BASE.....	10
ANOREXIA.....	10
CLASIFICACIÓN.....	11
CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO.....	11
CAMBIOS CONDUCTUALES	22
SIGNOS Y SÍNTOMAS	25
EPIDEMIOLOGIA.....	27
DIAGNÓSTICO	27
EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA.....	28
OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.....	33
EL PROCESO DEL TRATAMIENTO	33
PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA.....	35
PREVENIR LA ANOREXIA DESDE LA INFANCIA.....	35
PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA EN LA ADOLESCENCIA.....	36
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	38
CAPITULO III	41
3. METODOLOGIA.....	41
3.1. Tipo de Investigación	41
3.2. Diseño de la Investigación	42
3.3. Población o universo en estudio	42
3.4. Muestra:.....	42
3.5. Método.....	43
3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	44
3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.	44
3.8. Variables	44
3.9. Operacionalización de variables	45
CAPITULO IV.7.	46
4.1. Presentación y análisis de resultados.....	46
4.2 Conclusiones	66
4.3 Recomendaciones	69

CAPITULO V.....	72
MARCO PROPOSITIVO	72
5.1. TEMA.....	72
5.2 IMPORTANCIA.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
ANEXOS.....	77

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1.....	46
TABLA Y GRÁFICO N° 2.....	47
TABLA Y GRÁFICO N° 3.....	48
TABLA Y GRÁFICO N° 4.....	49
TABLA Y GRÁFICO N° 5.....	50
TABLA Y GRÁFICO N° 6.....	51
TABLA Y GRÁFICO N° 7.....	52
TABLA Y GRÁFICO N° 8.....	53
TABLA Y GRÁFICO N° 9.....	54
TABLA Y GRÁFICO N° 10.....	55
TABLA Y GRÁFICO N° 1.....	56
TABLA Y GRÁFICO N° 12.....	57
TABLA Y GRÁFICO N° 13.....	58
TABLA Y GRÁFICO N° 14.....	59
TABLA Y GRÁFICO N° 15.....	60
TABLA Y GRÁFICO N° 16.....	61
TABLA Y GRÁFICO N° 7.....	62
TABLA Y GRÁFICO N° 18.....	63
TABLA Y GRÁFICO N° 19.....	64
TABLA Y GRÁFICO N° 20.....	65

CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”.

Autoras: Morales Andrea, Yépez Verónica.

Tutora: Lic. Mercedes Cruz.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo identifica las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”. Se trabajó con 305 alumnos de ambos sexos específicamente de los segundos años de bachillerato de todas las especialidades. El instrumento aplicado fue un Test de Actitudes Alimentarias. Cuyos resultados señalan que el 45% de la muestra estudiada presentan algunos síntomas de este trastorno alimentario, predominando la no aceptación de su aspecto físico, provocando afecciones en su estado emocional, social contrastando al mismo tiempo con su entorno familiar.

Los resultados nos permiten concluir que el grupo de estudio es propenso a desarrollar este tipo de trastorno, prevaleciendo el sexo femenino como el grupo más afectado.

Como propuesta resolutive se elaboró, socializó y entregó 250 Guías Educativas y Preventivas sobre Conductas de Riesgo frente a la Anorexia, a los estudiantes y docentes del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”.

Palabras clave: anorexia, conductas de riesgo, trastorno alimentario, factores sociales, ámbito familiar, medios publicitarios.

CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”.

Autoras: Morales Andrea, Yépez Verónica.

Tutora: Lic. Mercedes Cruz

ABSTRACT

The present investigative work identifies the behaviors of risk in front of the anorexy in adolescent students of the Institute Technological Superior "Republic of the Ecuador". One worked specifically with 305 students of both sexes of the second years of high school of all the specialties. The applied instrument was a Test of Alimentary Attitudes. Whose results point out that 45% of the studied sample presents some symptoms of this alimentary dysfunction, prevailing the non acceptance of its physical aspect, causing affections in its emotional, social state contrasting at the same time with its family environment.

The results allow us to conclude that the study group is prone to develop this dysfunction type, prevailing the feminine sex as the affected group.

As resolutive proposal it was elaborated, it socialized and he/she gave 250 Educational and Preventive Guides on Behaviors of Risk in front of the Anorexy, to the students and educational of the Institute Technological Superior "Republic of the Ecuador."

Words key: anorexy, behaviors of risk, alimentary dysfunction, social factors, family environment, advertising means.

TEMA:

“CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – OCTUBRE 2012”.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia el tener una contextura ideal fue considerado y es hasta la actualidad sinónimo de salud y belleza tanto para hombres como para mujeres presentándose con mayor frecuencia en adolescentes de sexo femenino. En los años 40 y 50 dicho trastornos fue incrementándose por lo que se imponía la moda en ropa y desde luego iba íntimamente ligado al cuerpo y a su delgadez.

La existencia de una serie de alteraciones psicopatológicas, entre las que destacan la percepción distorsionada de su imagen corporal y el intenso miedo corporal, vienen a completar el cuadro clínico. De este modo, la Anorexia consiste en una conducta de restricción alimentaria, con la consiguiente pérdida de peso de naturaleza progresiva y grave, existiendo en el trastorno un deseo irrefrenable de estar delgado que puede conducir, en último extremo, a la muerte por inanición.

En los últimos años se viene observando un aumento considerable del trastorno por la influencia negativa del medio publicitario, entorno familiar que contrasta con el medio social.

La Organización Mundial de la Salud, en los Criterios Diagnósticos de Investigación de su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, cataloga la anorexia nerviosa como entidad incluida dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los criterios diagnósticos incluyen: miedo a engordar, alteración del esquema corporal, rechazo del mantenimiento de un peso corporal adecuado a la edad y altura correspondiente.

El tratamiento para las personas que la padecen requiere la intervención de varios profesionales por una parte debe tratarse la parte

nutricional y a la vez se suele acudir a la psicoterapia, en ocasiones se recomienda terapia familiar y muchos de los casos suele emplearse tratamiento farmacológico.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción del problema

Reconociendo la problemática que en los últimos años ha venido marcando en los adolescentes una idea errónea de que ser delgado es ser bello/a llevándolos al extremo de no medir las consecuencias que con el tiempo esto acarrea.

Anorexia, pérdida del apetito, para poseer una pérdida de peso rápido mediante la restricción de la ingesta de alimentos, sobre todo los de alto valor calórico, asociada o no al consumo de laxantes o diuréticos. Debe distinguirse del trastorno psicológico específico conocido como anorexia nerviosa, y también de la ingestión relativamente baja de alimentos; ésta última no resulta peligrosa para la salud mientras la dieta sea variada y el peso corporal se mantenga.¹

¹ CORREA-DONOSO, EDUARDO. Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. Editores : Rosa Behar A. y Gustavo Figueroa C. Editorial : Mediterráneo, 2004, 257 págs. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. 2005, vol.43, n.1 [citado 2011-07-07], pp. 61-63. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272005000100008.

En cuanto a los síntomas, los más característicos son: no comer, distorsión de la imagen corporal y la pérdida importante del peso corporal, pero a su vez hay otros signos que delatan la afección. ²

- Imperiosa necesidad de bajar de peso y el deseo de llegar a un límite inadecuado para la contextura y edad.
- Miedo desenfrenado a engordar
- Distorsión de la imagen
- Amenorrea
- Estreñimiento, vómitos, sequedad de la piel, palidez, etc.
- Preocupación por saber las calorías de los alimentos
- No querer comer e inventar excusas para ello
- Exceso de actividad física
- Desmayos

Entre las principales consecuencias se encuentran:

- ✓ Riesgo de muerte
- ✓ Cardiopatía
- ✓ Desajustes de electrolitos
- ✓ Anormalidades reproductivas y hormonales
- ✓ Problemas neurológicos
- ✓ Problemas gastrointestinales

El mayor problema radica en la información codificada por los medios de comunicación masiva, ya que ellos son los que transmiten a las personas los cambios en las diversas áreas del mundo, ya sea en lo político, social, moda, etc. ³

²MARQUEZ, S.. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. Nutr. Hosp. [online]. 2008, vol.23, n.3 [citado 2011-07-07], pp. 183-190 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0212-1611.

³TANNENTAUS, NORA: " Anorexia y bulimia". Ed. Plaza &Janés, Barcelona 2005. Disponible en: <http://www.blogmujeres.com/2009/04/28/sintomas-de-anorexia/>

A través de la historia el cuerpo se ha visto de diferentes maneras, por ejemplo en la antigüedad las mujeres eran apreciadas por sus cuerpos de contextura gruesa pues su organismo tendría la fortaleza para tener varios hijos, esto comenzó a cambiar debido a varios factores como la moda, las comunicaciones, sociedad, es así como nace una nueva forma de mirar la belleza en las personas.

La moda tuvo un repentino despertar, en la cual la visión de la estética cambio radicalmente, las mujeres comenzaron a vivir una etapa de liberación, a mostrar su cuerpo con los diseños de ropa cada vez más ceñida, preocupándose más por la contextura delgada sin importar la manera en que llegue a adquirirla.

1.2. Delimitación del problema

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” de la Provincia de Imbabura, Cantón Otavalo a partir del mes de Septiembre 2011 hasta Octubre 2012.

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” de la Provincia de Imbabura, Cantón Otavalo?

1.4. Contextualización del problema.

En base a esta información nos hemos enfocado en esta problemática tomando como área de investigación a los/as estudiantes del INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR”, ubicado en la Ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura, ya que en los últimos años se ha evidenciado conductas de malos hábitos alimenticios que están llevando a la extrema delgadez en los estudiantes, puesto que también esta problemática incide en otros establecimientos educativos de la provincia, este comportamiento tiene como causa principal el medio en el que los estudiantes se desenvuelven en su diario vivir sean estos como concursos de belleza, coreografías, bastoneras, etc. que tienen como preferencia las siluetas delgadas.

Además, se debe tomar en cuenta que las manifestaciones de dicha patología no siempre muestran señales de alerta dentro de los hogares por lo que la familia desconoce y no se da cuenta de lo que está sucediendo, por lo mismo los adolescentes continúan con este comportamiento, el cual si no se detecta a tiempo acarreará consecuencias graves.

1.5. Objeto o sujeto de la investigación

Nuestro objeto de estudio lo integran las/os estudiantes adolescentes de 12 y 18 años, del INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” ubicado en la Ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura, durante el período Septiembre 2011 – Octubre 2012.

1.6. Justificación

El estudio de este problema es de relevante importancia no solo porque es de actualidad para los adolescentes, sino también porque los medios de comunicación lo manejan de una manera superficial, como si se tratara de una etapa más de los adolescentes sin profundizar en lo que en realidad implica la anorexia. Además de que este tema es de vital importancia nos es de mucho interés los síntomas que llevan a la anorexia no solamente físicos, sino también psicológicos en sus diferentes etapas.

Todo esto con la finalidad de realizar el seguimiento respectivo de los casos presentes ya evidenciados educar y concienciar a los estudiantes del INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPUBLICA DEL ECUADOR” la importancia de una adecuada alimentación, previniendo la aparición de nuevos casos y logrando estilos de vida saludables, aportando de este modo al conocimiento de los estudiantes, docentes y padres de familia de la unidad educativa e incluso reconocer a una persona con este tipo de desorden alimenticio y poder ayudarla de una manera adecuada sea, inculcándole hábitos de alimentación sana, actividad física adecuada de acuerdo a sus facultades físicas o tratamiento médico.

Beneficiando con esta investigación a los estudiantes del INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPUBLICA DEL ECUADOR” docentes y padres de familia, logrando comprensión y confianza en su realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones, infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son. Así mismo fomentar la autonomía y criterios para que los estudiantes sean capaces de no dejarse influenciar de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Evaluar las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “REPÚBLICA DEL ECUADOR” ubicado en la Ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura durante el período Septiembre 2011 – Octubre 2012.

1.7.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar los factores de riesgo que llevan a la anorexia, tanto modificables como genéticos.
- ✓ Establecer cuáles son los grupos étnicos más propensos a sufrir de problemas de autoestima y desórdenes alimenticios que conlleven a la anorexia.
- ✓ Determinar el grado de influencia negativa de los medios de comunicación audio visual, entorno familiar y social que predispone al desarrollo de conductas que conlleven a la anorexia.
- ✓ Diseñar una guía educativa, para proporcionar conocimientos de las conductas de riesgo de la anorexia en los adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “REPÚBLICA DEL ECUADOR”.

1.8. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo frente a la anorexia en estudiantes de 12 y 18 años del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”?

¿Cuáles son los grupos más propensos a sufrir problemas de autoestima y desórdenes alimenticios en el Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”?

¿Cuántos casos fueron diagnosticados en los últimos 3 años y recibieron tratamiento?

¿Cuáles serían las estrategias de intervención apropiadas para evitar el aumento de casos de anorexia?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A lo largo de la historia el sobrepeso ha sido considerado signo de salud, belleza y poder. Quizá porque sólo las clases altas se podían permitir comer suficientemente. En la antigüedad los banquetes donde se comía y bebía con exageración tenían un carácter sagrado y el vómito era un remedio usual para reiniciar la comida.

Los cristianos y los místicos han practicado el ayuno con frecuencia como penitencia y forma para lograr un estado espiritual más elevado. En este punto es difícil separar lo patológico de lo místico.

Las primeras referencias descritas en términos médicos aparecen en el *siglo XVI*. En esta época comienzan a aparecer datos sobre personas que presentan inanición, sus conductas restrictivas con la alimentación son vistas como anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

El primer caso de anorexia se dio en la edad media con Catalina de Siena de 26 años de edad, con idea de dedicar su vida a Dios que la llevó a encerrarse en su habitación no comiendo y así que aparecen muchos casos de anorexia en las religiosas de la edad media ya que el ayuno era un medio para que el espíritu triunfara. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. Por lo que a esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se llamó " Anorexia santa"

La palabra anorexia proviene del griego an- (negación) + órexis (apetito, hambre; deseo) es decir falta de apetito. Aunque la Anorexia Nerviosa comenzó a conocerse en la década del '60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, generalmente mujeres, que repudiaban los placeres terrenales. El ayuno era considerado una bendición suprema de Dios y se admiraban a los que sobrevivían sin ingerir alimentos.

El primer caso confirmado de Anorexia se remota a 1694, cuando un médico inglés llamado Morton describió a una joven paciente en estado de desnutrición extrema, parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía un frío descomunal'. En la década de los 70' dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos.

Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad Anorexia Nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que en estas adolescentes existía una negación perversa a comer. Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

En la década del 70', la Dra. Brunch en Estados Unidos, describe las características de la personalidad de los individuos que sufren Anorexia Nerviosa. Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales.

Desde los años sesenta se han incrementado los trabajos sobre anorexia con una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno pueden influir factores psicológicos, biológicos y sociales. Los actuales modelos de investigación indican que los modelos de tratamiento deben ser pluridisciplinarios y deben abordar los tres núcleos conflictivos de la anorexia: peso, figura y pensamientos distorsionados.

Los trastornos de la alimentación se conocen desde hace ya tiempo, sin embargo, en Ecuador actualmente han aumentado de manera considerable. Lo anterior se debe a los actuales dictámenes de la moda.

En el siglo XVI, la redondez de las mujeres en los cuadros de Rubens era considerada el ideal de belleza femenino. Sin embargo, en la actualidad este ideal está caracterizado por una figura sumamente delgada, lo cual ha esclavizado a las mujeres a buscar caer en un patrón que muy pocas pueden cumplir.

2.2. Teoría Base

2.2.1 Anorexia

Es un trastorno alimentario que lleva a que las personas pierdan más peso de lo que se considera saludable para su edad y estatura.

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria (TAC) que supone una pérdida de peso corporal provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. Se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del

propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado.

Las personas con este trastorno pueden tener un miedo intenso a aumentar de peso, incluso cuando están con peso insuficiente. Pueden hacer dietas, ejercicio excesivo u otros métodos para bajar de peso.⁴

2. 2.1.1 Clasificación.

Existen dos tipos diferentes de anorexia nerviosa:

- a) Restrictivo.- La paciente utiliza el ayuno y la dieta sin recurrir al vómito o a los laxantes.
- b) Purgativa y con ingesta compulsiva.- Se caracteriza por atracones de comida recurrentes, con pérdida de control sobre la alimentación unido a un malestar clínicamente significativo. Las verdaderas ingestas compulsivas tienen dos rasgos característicos: la gran cantidad de alimentos ingeridos durante la misma y la sensación de pérdida de control.

La anorexia purgativa, se enmarca dentro de la anorexia nerviosa, pero a diferencia de la anorexia restrictiva, guarda semejanzas con la bulimia nerviosa ya que la persona alterna periodos de restricción con atracones o purgas recurrentes que se compensan con vómitos, laxantes y/o diuréticos..., estando la paciente con un peso muy por debajo de lo normal para su edad y estatura .La anorexia purgativa se asocia con la anorexia restrictiva ,la cual se produce con posterioridad como consecuencia de la restricción alimentaria ,el orden inverso también es

⁴ AVILÉS, D. (2007). Actitud negativa hacia la alimentación (anorexia nerviosa) entre padres e hijos. Tesis de licenciatura. Toluca (México): UAEM. Disponible en: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>

posible. La paciente con anorexia purgativa suele utilizar los atracones como forma de mitigar los repetidos ataques de hambre que experimenta y posteriormente, vomita o se purga para mantener su peso en niveles muy bajos; de manera que le permite deshacerse de todo lo consumido. Desde el punto de vista de salud física, aunque la frecuencia de las comilonas no sea tan frecuente como el caso de la bulimia nerviosa purgativa, quizá sea éste el tipo de trastorno a de la conducta alimentaria de mayor riesgo ya que el paciente no sólo sobrelleva los efectos de la inanición, sino además impone a su cuerpo el efecto de una sucesión de atracones seguidos de purgas o vómitos. Al igual que la bulimia purgativa, es característico sentir vergüenza y sensación de pérdida de control y por estas razones, es muy probable que la anoréxica bulímica sea más propensa a la depresión.

En la anorexia de tipo compulsivo purgativo se debe hacer diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa, y éste se basa fundamentalmente en que estos últimos pacientes son capaces de mantener un peso normal o aumentado.

Diferencias entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Inicio temprano	Inicio más tardío
Dieta restrictiva	Dieta variable
Bajo peso	Peso con pocas variaciones
Baja Impulsividad	Impulsivas
Pocos antecedentes de obesidad previa	Mayores antecedentes de obesidad previa
Control de peso estable: restricción alimentaria	Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
Hiperactividad	Hipoactividad

Amenorrea	Amenorrea 50%
Dieta restrictiva	Dieta restrictiva y atracones
Poca psicopatología asociada	Mucha psicopatología asociada
Pocas conductas autolíticas directas	Más frecuentes conductas autolíticas
Conductas bulímicas en menos del 50%	Conductas bulímicas en el 100%
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas agudas

2.2.1.2 Causas y factores de riesgo.

Es extremadamente complicado establecer parámetros comunes responsables de este trastorno alimentario debido sobre todo a su componente psicológico y a la gran variación de signos y síntomas entre unos pacientes y otros. Los estudios desarrollados que han intentado determinar la etiopatogenia (origen de la patología) de la enfermedad no han sido concluyentes, apuntando como origen la suma de algunos de estos factores predisponentes:

Existen multitud de teorías que intentan explicar su aparición, la mayor parte de las mismas inciden en los aspectos psicológicos como los principalmente implicados. Sin embargo los desórdenes alimentarios también podrían tener causas físicas de origen bioquímico. El hecho de que la anorexia nerviosa tienda a presentarse en determinadas familias sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada. Se ha sugerido que la causa de la anorexia nerviosa no debe buscarse en un único factor, sino en una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamiento, factores biológicos, familiares y sociales, se puede afirmar que parece existir una

predisposición genética y son más susceptibles las adolescentes del sexo femenino con ciertas características de la personalidad (personas perfeccionistas, inseguras, estrictas, constantes, autoexigentes). Desempeñan un papel no totalmente aclarado las circunstancias familiares y socioculturales.⁵

Factores genéticos. La importancia de los factores genéticos viene dada por las aportaciones de diferentes estudios en los que se ha comprobado que existe una concordancia diagnóstica del 70% cuando se analizan los historiales médicos de gemelos idénticos. Estas cifras se reducen a únicamente el 20 % cuando se trata de gemelos no idénticos. También se ha comprobado que las hermanas de las pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad. La susceptibilidad genética podría deberse no a un único gen, sino a la interacción entre diferentes genes.

Factores bioquímicos. En varias publicaciones se ha puesto de manifiesto que pueden existir en la anorexia nerviosa niveles excesivamente altos de un neurotransmisor cerebral llamado serotonina. Se cree que la serotonina interviene en los mecanismos bioquímicos que controlan la saciedad. Además se ha comprobado que muchos de estos pacientes presentan una anomalía de origen genético en el receptor celular para la serotonina tipo 5HT_{2A}.¹⁴

Factores psicológicos. Se ha afirmado que la mayoría de los pacientes presentan una personalidad previa al inicio de la enfermedad,

⁵ ÁLVAREZ R., G., FRANCO, P.K., MANCILLA D., J.M. Y VÁZQUEZ A., R. (2005). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. Disponible en: http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_31.htm

caracterizada por tendencia al perfeccionismo, baja autoestima y personalidad obsesiva. Por otra parte, la imagen que una persona tenga de sí misma puede ser factor de riesgo si ésta es negativa, pues el sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte.

Problemática familiar. Los problemas dentro del seno familiar pueden ser factor causal de las desviaciones de la conducta alimenticia. La influencia de la autoridad o falta de la misma de padre, madre u otro miembro de la unidad familiar, podría ocasionar respuestas o conductas dañinas. Los conflictos intrafamiliares, especialmente con la figura materna y las familias de tipo disfuncional son otro factor que tradicionalmente se ha señalado como posible causante de padecer esta enfermedad en especial en la adolescencia. Asimismo, la renuncia a alimentarse, puede considerarse según algunos psicólogos, como un acto de venganza hacia los padres o de cierto modo intentar llamar la atención de los mismos.⁶

Factor social. Se ha postulado por parte de diferentes investigadores, la influencia que puede tener en la génesis de la anorexia nerviosa el modelo de cuerpo femenino, extremadamente delgado, que se toma como patrón de belleza en diferentes medios de comunicación audiovisuales. La asociación de la intensa delgadez con la belleza y su utilización como prototipo de modelo ideal al que todas las mujeres se deben aproximar, puede ejercer un papel, cuya importancia exacta aún no se ha determinado, en el inicio de la enfermedad.

⁶ Disponible en: <http://www.nosotros2.com/familia-bebes-y-ninos/021/articulo/1862/adolescencia-egocentrismo-y-conducta-temeraria>

Los trastornos de la alimentación se producen cuando el adolescente necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de un modo saludable. En lugar de cambiar su forma de relacionarse con el mismo y con su entorno, su familia, sus amigos, su comunidad y su cultura el adolescente se inclina en la imagen corporal en como se ve mejor frente a sus amigos y entorno y hace que le permita y le proporcione una ilusión de control, protección de la vulnerabilidad.

En lugar de escuchar las señales de su cuerpo, crea reglas; se obsesiona con cifras y rutinas en vez de confiar en la intuición y sentir y hacer lo que es bueno para él.

No existe un gen que sea la causa de los trastornos de la alimentación, y no hay una sola experiencia o presión cultural que obligue a nadie a aferrarse a la anorexia. Sin embargo, hablando en términos más generales, la biología y las experiencias de una persona, su naturaleza y su educación, se pueden combinar para formar factores que conlleven a padecer la enfermedad, siendo así que en colegiales hay factores que predominan como:

La adolescencia: Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez comprendido entre los 10 y 19 años de edad.

Están sujetos a los cambios del metabolismo que repercuten en el aspecto físico y originan la preocupación por la aparición de las características sexuales secundarias, se presenta un conflicto psicológico entre la dependencia y la independencia, es un periodo de ajuste difícil que emocionalmente es un problema para si mismo que para los demás.

El Egocentrismo: En la adolescencia, existe también una incapacidad de reconocer o identificar los objetos y los acontecimientos que preocupan a los demás, solo se reconoce lo que a ellos les preocupa. Esto se identifica cuando los adolescentes piensan o creen que todos los miran, los observan y se interesan por ellos ve el mundo sólo desde un punto de vista propio, pero sin conocer la existencia de puntos de vista o perspectivas de los demás y más aún si son adultos.

El ideal yo físico: Es característico de todo ser humano tener una imagen de su yo físico. Durante la adolescencia tienen lugar tan rápido los cambios de las proporciones de su cuerpo que al mismo tiempo provocan una preocupación aumentada en el sentido de tener que llegar a un ideal socialmente aceptado. La imagen del yo físico del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y particularmente en la interpretación de estas normas aceptadas como normales por su grupo.

La imagen corporal.: Dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios estéticos de la sociedad donde la moda de una figura delgada donde todo lo que se ponga le queda ha llegado a nuestra sociedad. Haciendo que esta nueva tendencia genere ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud en especial de colegiales adolescentes.

Puesto que el culto a la imagen se ha convertido como un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que, esta es la edad de cambios y crisis emocionales esta idea de un cuerpo perfecto ha impactado en la mente de distintas poblaciones de diversas edades entre ellas adolescentes y niveles socioeconómicos ocasionando cierto tipo de alineación en los jóvenes de hoy.

El adolescente experimenta esta idea de una manera muy especial, hay que tener en cuenta que esta etapa no solo es importante sino decisiva por sus implicaciones psicológicas. Por lo general el adolescente se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se dirige al mundo adulto, entre un mundo perdido y otro desconocido decide permanecer en su propio mundo acompañado por sus pensamientos, que son mayormente idealistas, perfeccionistas. Esta manera de pensar es la que recibe toda la información del mundo que los rodea, y por supuesto, que la idea de un cuerpo perfecto adquiere gran importancia ya que todo ideal, todo sueño y, obviamente, toda perfección influye poderosamente en el adolescente que cree y está convencido que todo lo puede.

La sociedad con toda la intención posible busca imponer esta idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social. Encontramos que la figura perfecta está ligada a la moda, a la cultura y sexo de cada generación. Ante el cuestionamiento de cómo lograr en corto tiempo esta imagen de perfección corpórea, encuentran como pronta solución disminuir su ingesta de alimentos, también pueden optar por devolver el alimento ya ingerido, etc.

La Moda: Ante todo queremos distinguir entre el deseo de adelgazar controlado y voluntario y la anorexia, donde el impulso por adelgazar continúa más allá de los primeros propósitos perder algunos kilos y sigue de forma compulsiva y angustiosa, buscando la delgadez esquelética, dejando de lado la estética, como objetivo, sin prestar ninguna atención a problemas de salud graves, con una actitud mecánica que se hace auto-estimuladora de la patología.

Así pues, la tendencia a adelgazar y la anorexia está muy lejos de coincidir plenamente, aunque las personas especialmente adolescentes

las confunda tan a menudo. Existe un significante social y cultural divulgado a través de los medios de comunicación, preferentemente la TV, que influye en la prevalencia e incidencia de la tendencia a adelgazar voluntaria y en muchos casos compulsiva.

El peso es importante en nuestra cultura, especialmente para la mujer. Hay una gran mayoría de adolescentes de nuestra sociedad que no están conformes con su peso y que desean disminuirlo de alguna forma, frecuentemente con dietas y no siempre sanas. Y en este deseo juvenil incide la TV y su publicidad propagando una imagen delgada de la mujer y una apariencia fuerte en el hombre.

En la actualidad, las cifras hablan por sí solas: dentro del sistema escolar estudiantes adolescentes, entre el 15% y el 20% de las niñas presentan trastornos alimentarios, y el 90% de quienes sufren de anorexia están entre los 12 y 20 años. De ahí que la preocupación por el distanciamiento y desconocimiento de los padres con respecto de la enfermedad, lo que mantiene su desconocimiento del tema y les impide actuar a tiempo cuando el mal afecta a algún miembro de la familia en este caso el o la adolescente. Por eso, se cree que es necesario que la información comience a dirigirse específicamente a los padres colectivamente con los docentes de este modo resolver dudas y a aclarar mitos.

Detrás de la anorexia no sólo está el dejar de comer, querer ser flaca, delgada y obedecer al modelo de belleza que imponen los medios de comunicación, sino más allá. Ahí hay miedo a vivir, a crecer, a las responsabilidades. Estas jóvenes adolescentes son muy inestables en sus cambios, y cuando les está cambiando el cuerpo sienten mucha angustia y buscan, erróneamente, un modelo para sentirse seguras.

Hoy en día, casi todas las adolescentes recurren a una dieta para adelgazar, o comúnmente están pendientes de lo que ingieren o de las calorías que poseen los alimentos. En las adolescentes con la presión social y la autoestima baja aumentan el número de afectadas por anorexia, y cada vez en mayor cantidad, en gran mayoría son todas adolescentes con un discurso típico: “tenía ciertas partes del cuerpo algo gorda”. Eso me dio vergüenza y pensé que si me volvía más flaca me iban a aceptar mejor, como en esta edad los adolescentes son vulnerables a creencias y la opinión de los demás les es indispensable, haciéndose una errónea concepción de que las personas flacas tienen más éxito y suelen ser siempre preferidas. También juega un rol importante el mundo de las imágenes, sobre todo pensando en que estas jóvenes miran mucha televisión, revistas, que muestran una realidad que no se ajusta muchas veces a la de ellas.

La mayor parte de las adolescentes, son chicas dependientes de la opinión ajena, y por eso buscan patrones físicos que, piensan ellas, les servirán para ser aprobadas dentro de la sociedad intentando de este modo imitar a compañeras de colegio, usar cosas o ropa que antes no lo hacía, ingerir solo alimentos de dieta, etc.

La anorexia generalmente comienza durante los años de adolescencia o a principios de la edad adulta y es más común en mujeres, aunque también se puede ver en hombres. El trastorno se observa principalmente en mujeres de raza blanca, de alto rendimiento académico y que tienen familia o personalidad orientada hacia el logro de metas.^{7,8}

⁷CARROBLES, J.A.I. (2005): Prólogo al libro de V.E. Caballo: Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia, Promolibro. Disponible en: <http://guiajuvenil.com/anorexia/las-causas-de-la-anorexia-en-la-adolescencia.html>

⁸<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/315/1/PG%20153%20TESIS%20FINA%20L.pdf>.

Conductas de riesgo: Las conductas de riesgo agrupan aquellas "actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura". Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

Los y las adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos. Se trata de manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Las situaciones de riesgo se definen como "aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social". Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.⁹

⁹ CORNELLÀ I CANALS, Josep (2007): Anorexia nerviosa - Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y de protección. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosGrles.htm>

2.2.1.3 Cambios Conductuales:

Los pensamientos de las personas anoréxicas suelen preceder a la acción. Así se manifiestan los distintos comportamientos:

Comportamiento ingestivo: los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.

Suelen utilizar varios recursos para seguir la dieta:

- Vómitos.
- Uso de laxantes: suelen padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que "a más retención, más peso". Su problema es la falta de información.
- La utilización de diuréticos: disminuyen así la retención líquida y, por tanto, de peso.

Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta todo lo relacionado con la alimentación y el peso: conversaciones, lecturas.

Se informa de todo lo relacionado con las mil y una dietas posibles, el uso de cremas, colección de libros, recetas.

Suele incluso preocuparse hasta de lo que se comen en su casa.

A partir de ese momento realizará rituales con la comida como desmenuzarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar.

Hiperactividad: es la práctica de la actividad física de manera obsesiva. Así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico.

Todo ello supone la posibilidad de que la persona anoréxica incremente sus actividades físicas en dos mecanismos.

El primero de ellos es el cognitivo – conductual en las que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.

El segundo es el psicofisiológico en donde la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La persona anoréxica decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico.

Comportamiento familiar: es el primer sitio donde las personas anoréxicas atacan porque es el lugar en el que se realizan las comidas, ya que la alimentación cuenta con un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de "alimentadores" ya que la alimentación es igual a salud y no alimentarse es enfermedad. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la persona anoréxica, desencadena la ansiedad familiar.

Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva. Cuando una palabra o un gesto consiguen resultados positivos en la ingesta, son considerados como comportamientos que resultan reforzados positiva o negativamente.

Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos de distinto orden que forzosamente va a influir sobre el comportamiento de la persona anoréxica.

La interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la persona anoréxica. La familia no tiene por qué ser la causante de la anorexia, pero la familia afectada evoluciona y actúa de modo paralelo a cómo evoluciona y actúa la persona anoréxica.

Conducta social y sexual: el sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida/o por los demás, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación.

Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.

También es una realidad la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual por parte de las personas anoréxicas, aunque esto se ha estudiado de manera diversa porque no es lo mismo una niña de 13 años que una mujer casada de 35, ya que no se puede esperar la misma respuesta sexual de una niña, sin casi experiencia, a otra ya con experiencia.

El interés sexual de la persona anoréxica está disminuido o acumulado. Ellas/os suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso. A pesar de ello, desean perder más kilos.

Las cosas suceden como si su apariencia le permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.

2.2.1.4 Signos Y Síntomas

Existen determinados signos y síntomas que hacen sospechar que una persona puede estar padeciendo anorexia nerviosa, no obstante, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento siempre deben ser realizados por un profesional sanitario especialista. Estos signos son:

Síntomas principales:

- Profundo deseo de adelgazar.
- Percepción errónea de la imagen corporal (la persona tiende a percibirse gorda)
- Sólo en períodos más avanzados de la enfermedad se pierde el apetito.
- Rechazo a la comida.
- Dieta y ejercicios excesivos.
- Ausencia de períodos menstruales.
- Preocupación obsesiva por el tipo de alimentos.
- Disminución significativa de peso o falta de aumento de peso durante el período de crecimiento (el peso corporal se encuentra, al menos, un 15% por debajo del peso normal para esa persona).
- Resistencia a mantener un peso corporal mínimo estipulado para su talla, sexo y edad.
- Intenso placer ante la idea de estar delgado.

Síntomas del comportamiento.

- ❖ Rechazo voluntario de los alimentos con muchas calorías
- ❖ Preparación de los alimentos sólo por cocción o a la plancha
- ❖ Disminución notable de la ingesta de líquidos

- ❖ Conductas alimentarias extrañas, como cortar los alimentos en pequeños trozos, estrujarlos, lavarlos, esconderlos y descartarlos.
- ❖ Mayor irritabilidad
- ❖ Uso de laxantes y diuréticos
- ❖ Vómitos autoinducidos
- ❖ Aislamiento social
- ❖ Uso compulsivo de la balanza

Síntomas emocionales y mentales.

- Trastorno severo de la imagen corporal
- Manifiesta negación de las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño
- Miedo o pánico a subir de peso
- Negación parcial o total de la enfermedad
- Dificultad de concentración y aprendizaje
- Temor a perder el autocontrol
- Afloramiento de estados depresivos y obsesivos

Síntomas físicos.

- Pérdida notable de peso
- Fatiga
- Piel seca y descamada
- Pelo quebradizo y lanugo (cabellos finos)
- Vértigo y dolor de cabeza
- Deshidratación
- Amenorrea (pérdida de la menstruación)
- Hipotermia (pies y manos frías)
- Osteoporosis, arritmias, bradicardia

- Insomnio
- Infertilidad
- Alteraciones dentales.¹⁰

2.2.1.5 Epidemiología

En los países desarrollados, el grupo más afectado es el de adolescentes del sexo femenino con edades comprendidas entre 15 y 19 años que representan el 40% del total de pacientes. Aproximadamente el 90% de las personas diagnosticadas son mujeres. La anorexia nerviosa es más frecuente en miembros de la clase social media y alta y es inusual en los países no desarrollados en las etnias blanco - mestizo.

Dentro de las enfermedades mentales, la anorexia tiene el índice más alto de mortalidad. Así, 15 de cada 100 personas mueren por esta causa.

Aunque en Ecuador no existen cifras sobre la incidencia de esta enfermedad, consultorios y centros médicos mantienen un subregistro de acuerdo a los casos que tratan.

2.2.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en:

- Una entrevista con el paciente y su entorno familiar más cercano, y revisión de su historia clínica y antecedentes familiares.

¹⁰ ÁLVAREZ, R.G., FRANCO, P.K., VÁZQUEZ, R., ESCARRIA, A., HARO, M. Y MANCILLA, J.M. (2008). Sintomatología de trastorno alimentario: una comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-256.

- Una exploración física y evaluación del ritmo cardiaco, presión sanguínea y frecuencia respiratoria.
- Pruebas clínicas complementarias: hemograma, bioquímica, etc.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Sociedad Americana de Psiquiatría, los cuatro criterios diagnósticos principales de la anorexia nerviosa son:

- Rechazo tajante a lograr y mantener un peso corporal igual o superior al valor mínimo normal considerado en función de la edad y la talla. Por lo general, el peso es inferior al 85% del mínimo correspondiente a la edad y talla.
- Terror patológico a la ganancia de peso y a la conversión en una persona obesa.
- Alteración de la autopercepción del peso y silueta corporal, con exageración de su importancia en la capacidad de autoevaluación, y negación de los riesgos que supone un bajo peso corporal mantenido.
- Amenorrea en mujeres pospuberales (desaparición de al menos tres ciclos menstruales).¹¹

2.2.1.7 El Tratamiento de la Anorexia

Una vez evaluados los parámetros diagnósticos descritos previamente, y descartadas otras patologías psiquiátricas y orgánicas, se procede al tratamiento y seguimiento del paciente. El proceso de tratamiento de la anorexia nerviosa es multidisciplinar, precisando una acción coordinada del médico de familia, psiquiatra, psicólogo, endocrinólogo y ginecólogo.

¹¹ Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico, y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clínica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latín Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 2004. Pg. 50-51.

Debido a que la anorexia nerviosa afecta varios ejes hormonales y las manifestaciones clínicas que tiene dependen, fundamentalmente, de la edad en que se presenta, es por eso que el endocrinólogo desempeña una función importante en el tratamiento de la anorexia ya que en la adolescencia puede alterarse:

El eje hipotálamo-hipófisis-gónada : En la anorexia nerviosa, se encuentra un hipogonadismo hipogonadotrófico. Esto significa que desde la hipófisis no se están enviando las órdenes adecuadas para el funcionamiento de los ovarios y el ciclo menstrual.

Alteraciones en el eje de la hormona del crecimiento

Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides: En los cuadros de anorexia, para reducir el metabolismo basal, se forma mayor cantidad de T3 reversa que en condiciones normales, lo que se traduce en un nivel más bajo de T3 en los exámenes. En condiciones habituales, cuando se encuentra T3 bajo, la TSH debería incrementarse, porque quiere decir que existe poca hormona tiroidea funcional.

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: La glándula suprarrenal reacciona frente a esta situación de anorexia nerviosa, enfrentándola como una situación de estrés. Generalmente, lo que se encuentra es un hipercortisolismo, que se manifiesta como un aumento de los niveles basales y del ritmo del cortisol y de los niveles de cortisol libre urinario.

Del mismo modo la intervención de un médico ginecólogo es necesaria ya que la mujer al completar el crecimiento alrededor de los 16-18 años tiene un 26 al 28 % de su peso corporal como depósito adiposo. Cuando este porcentaje se halla por debajo del esperable, el organismo reacciona. En consecuencia, se sustrae el ciclo menstrual. La amenorrea

es un recurso del organismo para protegerse de la pérdida de hierro y de la consiguiente anemia, e infertilidad.

Los puntos principales del tratamiento son:

- Modificación de los hábitos alimentarios del paciente: se precisa una re-educación del paciente en sus hábitos alimentarios. Para ello, se inicia con una dieta relativamente baja en calorías (1.000-1.500 calorías/día) y se va incrementando progresivamente hasta lograr cubrir las necesidades calóricas del paciente, respetando siempre el espacio personal para no presionarle, pero no permitiendo que coma a solas, y vigilando que haga las cinco comidas diarias fundamentales.
- Control regular del peso: se deben detectar aumentos semanales de 250-500 gramos al pesar a la persona desnuda o en ropa.
- Restricción del ejercicio físico: inicialmente se elimina por completo y se reintroduce muy progresivamente.
- Controles analíticos regulares para evitar complicaciones orgánicas.
- Terapia farmacológica: se centra principalmente en el componente depresivo y/o ansioso de la anorexia. Es un tratamiento individualizado y constreñido a los requerimientos y la situación psicológica del paciente.
- Terapia psicológica: se emplea de forma aislada, o combinada, la terapia conductual, psicoanalítica, interpersonal y la de grupo.

El seguimiento del tratamiento se puede realizar de forma combinada entre el médico y la unidad de salud mental. En el caso de que el seguimiento ambulatorio haya fallado, y siempre que el paciente tenga un buen apoyo familiar, buena predisposición hacia el tratamiento y tolere la terapia en grupo, se puede intentar la terapia en hospitales de día, siendo una opción totalmente contraindicada si el paciente muestra

tendencia al suicidio, abuso de sustancias o complicaciones médicas severas.

El paciente puede ser hospitalizado en caso de riesgo manifiesto para su vida, alteración psicológica muy grave (suicidio, otras alteraciones psiquiátricas, etcétera), o si la situación familiar es muy desfavorable. Una vez iniciado el tratamiento el pronóstico es muy variable, aunque se consideran indicativos de buen pronóstico la capacidad de aceptación precoz de la enfermedad por parte del paciente, la aparición y diagnóstico a corto plazo de la enfermedad, un buen apoyo familiar, y la ausencia de antecedentes psiquiátricos en la familia.

Es importante conseguir que la persona afectada reconozca que presenta anorexia nerviosa. La mayor parte de los pacientes que sufren la enfermedad, niegan que lo suyo sea un trastorno de la alimentación y por esta causa acuden a recibir tratamiento cuando el problema ha avanzado mucho.

Dada la naturaleza de este padecimiento, el tratamiento busca restaurar el peso corporal ideal, estabilizar al organismo, mejorar su estado nutricional y restablecer hábitos alimenticios saludables. Conforme se avance en este proceso, deben abordarse los aspectos psicológicos y emocionales mediante psicoterapia, en ocasiones se utilizan medicamentos para mejorar la ansiedad, depresión u otros problemas psíquicos acompañantes.

La intervención, a menudo es utilizada por quienes quieren a la persona afectada y les preocupa su conducta, sea un trastorno de la ingesta, abuso de drogas o alcohol u otras clases de comportamientos autodestructivos. La intervención puede ser un medio eficaz de comunicar su preocupación, establecer algunas reglas y quizás que la persona

afectada, decida buscar ayuda. Para intentar una intervención es necesario estos dos puntos:

1- Si es posible, es positivo comentar la intención con un consejero, médico de cabecera.

2- Es necesario planear la intervención con cuidado. Quienes deben de estar allí, padres, hermanos. En general las personas idóneas son las más próximas al paciente, quienes la vean con más frecuencia y aquellas cuyas vidas se han visto afectadas por su conducta.

3- Es necesario conocer los hechos para así poder dar a la afectada razón de su preocupación: No es conveniente criticar y decir " estás destruyendo a esta familia" es perjudicial y melodramático aunque pueda ser verdad. En su lugar se podría decir que se siente preocupación por su salud, quizá incluso por su vida.

4- Hay que mantenerse firme. Puede que no se produzca un milagro de la noche a la mañana, pero eso no es razón para cambiar su opinión de que existe un problema.

5- Es normal esperar resistencia de la anoréxica. Obtienen una sensación de orgullo e identidad del hecho de estar delgadas y se sienten atacadas cuando alguien trata de cambiarlo.

6- Es conveniente documentarse. Se debe leer bibliografías sobre el tema de la ingesta.

7- Recordar en todo momento el propósito de la intervención. Su objetivo es ayudar a la persona afectada. Si no se consigue la primera vez, hay que continuar intentándolo; no renunciar ni perder de vista el objetivo.

8- Es necesario reconocer los miedos de la paciente. Para una anoréxica, la idea de cambiar de hábitos mantenidos durante meses, quizá años, asusta de verdad porque comenzará a pensar o temer que se está intentando convertirla en una gorda.

2.2.1.8 Objetivos del tratamiento

El éxito de la terapia depende de muchos factores, entre ellos:

- La propia personalidad de la paciente y su deseo de cambio.
- La duración de su trastorno.
- La edad a la que comenzó la enfermedad.
- Su historia familiar.
- Nivel de habilidades sociales y vocacionales.
- La concurrencia de otros trastornos como la depresión.

En general, los tres objetivos principales de la terapia son:

- 1.- Mitigar los síntomas físicos y peligrosos o que representen una amenaza para la vida.
- 2.- Enseñar a la paciente a comer normalmente y a disfrutar de una relación más relajada con la comida.
- 3.- Investigar, con la esperanza de cambiar, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

2.2.1.9 El proceso del tratamiento

Evaluación: Antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, debe ser evaluado:

- Su estado físico y mental general.
- La gravedad de su trastorno.
- La eventual existencia de trastornos concurrentes.
- Su voluntad para cambiar.

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quien intentan ayudar. La mayor parte de los afectados obtienen del trastorno una gran parte de su propia imagen; es decir, mediante éste pueden verse como delgadas o especiales o fuertes.

Psicoterapia tradicional: Los medios de esta psicoterapia animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, la paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las intentara cambiar hasta conseguirlo.

Terapias.

Terapia de grupos: para las personas que nunca lo han intentado, la idea de la terapia puede resultar aterradora. Descubrir sus pensamientos más íntimos, hacer frente a sus miedos y la idea de hacerlo en grupo puede convertirlo en algo peor.

Sin embargo, el propósito de la terapia de grupo es justamente lo contrario: busca proporcionar una fortalecedora red de personas que saben lo que el/ la adolescente (paciente) está sufriendo y quieren ayudarla.

Terapia de familia: Esta terapia permite observar a los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Durante la terapia, el terapeuta puede contemplar cómo se comunican los miembros de la familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que la paciente reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades.

2.2.1.10 Prevención de la anorexia.

La detección precoz y ponerse en manos de especialistas para seguir un tratamiento adecuado son las mejores armas para combatir la anorexia, una vez establecida la enfermedad. Sin embargo, es mejor prevenir su aparición, con la difusión de programas de prevención y promoción de la Salud en los ámbitos familiares, educativos y sociales, que permitirían reducir el número de personas que desarrollan trastornos alimentarios cuyas consecuencias pueden repercutir sobre su salud de forma irreversible.

Prevenir la anorexia desde la infancia

- Enseñar a los niños desde pequeños, tanto en casa como en la escuela, la importancia de unos correctos hábitos alimenticios.
- Comer en familia siempre que sea posible, convirtiendo el momento de la comida en una reunión agradable en la que se intercambian las vivencias del día.
- Los menús deben ser variados e incluir todos los tipos de alimentos necesarios para una correcta nutrición. Salvo que existan razones de salud, no se deben excluir alimentos de la dieta del niño, pues todos son necesarios en su justa medida, aunque sí se debe limitar el consumo de dulces y postres, sustituyéndolos, en la medida de lo posible, por otros hechos en casa.
- Establecer horarios de comida regulares. Mejor si la comida se reparte en 4 o 5 fracciones a lo largo del día.
- Fomentar su autoestima. Es importante que conozca sus capacidades y limitaciones, y aprenda a sentirse a gusto consigo mismo. Esto evitará futuros complejos.
- Reforzar su autonomía y estimularle para que tenga sus propias opiniones y resulte menos vulnerable a los mensajes de los medios de

comunicación y la publicidad que transmiten la idea de que tener un cuerpo perfecto es sinónimo de éxito y felicidad, olvidando los valores de las personas.

- Comentar con el niño estos mensajes sobre estética y alimentación que difunden los medios de comunicación, razonando lo que es cierto y lo que no, y enseñándole a valorar la salud por encima de los condicionamientos estéticos.
- No proponerle metas, ni académicas ni deportivas, que superen sus capacidades, para evitar frustraciones.
- Animarle a practicar ejercicio con regularidad. Es bueno para su salud y le ayudará a mantenerse en forma.
- Facilitar sus relaciones sociales y su participación en actividades extraescolares, excursiones, visitas culturales programadas por el colegio, etc. Si se siente integrado socialmente, es difícil que al crecer piense que le van a rechazar por no cumplir unos cánones de belleza concretos.
- Establecer una buena comunicación dentro del ámbito familiar, para que el niño se sienta seguro, y sea capaz de buscar el consejo y la ayuda de su propia familia cuando se enfrente a situaciones que le resulten difíciles o estresantes.

Prevención de la anorexia en la adolescencia

La mayoría de los casos de anorexia se dan en mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Jóvenes que han recibido un falso mensaje que ensalza la delgadez como la representación del éxito, la felicidad, lo correcto y lo natural. El deseo de cambiar el aspecto físico no implica que se padezca una enfermedad mental, pero sí incrementa las posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario cuando se convierte en una obsesión y se adoptan conductas inapropiadas. La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable porque la

personalidad no está suficientemente formada, de ahí la importancia de establecer programas de prevención de la anorexia, para evitar el desarrollo de este y otros trastornos alimentarios.

- ❖ Los educadores en contacto con adolescentes juegan un papel muy importante en la detección precoz de los trastornos alimentarios, y deben avisar a los familiares si observan alteraciones emocionales o cambios en el comportamiento o el aspecto físico de los jóvenes.
- ❖ Si el joven necesita perder peso por motivos de salud, debe hacerlo siempre bajo control médico y con el conocimiento de los padres. Si estos observan que el deseo de perder peso está injustificado, o que el joven empieza a reducir sin motivo la cantidad de comida, deben consultar inmediatamente con un especialista.
- ❖ Los familiares deben evitar hacer comentarios despectivos sobre el aspecto físico de otras personas. Se puede criticar una mala acción o el mal carácter de alguien, pero no burlarse de su “fealdad” o “gordura”.
- ❖ En esta misma línea, se debe enseñar al adolescente a valorar las virtudes de los otros en vez de juzgarlos por su aspecto físico.
- ❖ Favorecer la integración y convivencia entre personas procedentes de distintos ámbitos sociales y culturales, ayuda al adolescente a comprender que ser diferente no significa ser peor ni mejor.
- ❖ Potenciar su autoestima para que valore sus cualidades y capacidades y no se avergüence de sus limitaciones.
- ❖ Un ambiente familiar positivo, sin caer en la sobreprotección, proporcionará al adolescente la seguridad y el apoyo necesarios para superar sus problemas.

2.3. Definición de términos

Anorexia Nerviosa: Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Adolescencia: Edad comprendida entre los 12 o 13 años de edad y que termina hasta antes de los 20; donde se generan cambios físicos y psíquicos que se inician con la maduración de las glándulas.

Auto concepto: El auto concepto deriva de la comparación subjetiva que hacemos de nuestra persona frente a los demás, así como de lo que éstos nos dicen y de las conductas que dirigen hacia nosotros. También los éxitos y los fracasos personales influyen en nuestra forma de valorarnos.

Autoestima: Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Amenorrea: Ausencia temporal o permanente de la menstruación, en el periodo comprendido entre la pubertad y la menopausia, debida a diversas causas. Es fisiológica, es decir, normal, en caso de ingravidez; en cambio, es patológica cuando acontece en ausencia de esta condición.

Diuréticos: Sustancias que aumentan la producción de orina en el riñón.

Identidad: Concepto claro y nítido de uno mismo.

Identidad sexual: Convicción interna de una persona acerca de ser varón o mujer.

Idealización: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Insomnio: Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

Fobia: Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

Letargia: Estado de sueño profundo patológico, a menudo invencible, que comporta una completa relajación muscular y desaparición total de la sensibilidad. Puede ser producido por histeria, tripanosomiasis, encefalitis letárgica e hipnosis.

Percepción: Se refiere al conocimiento aparentemente directo e inmediato del mundo, y también de nuestros propios cuerpos, por señales nerviosas procedentes de los ojos, los oídos, la nariz, la lengua y otros muchos órganos sensoriales, que incluyan los sentidos coetáneos de tacto, temperatura y dolor; y también de órganos del equilibrio situados en el oído interno, así como el registro inconsciente de la fuerza ejercida por músculos y articulaciones para señalar la posición de los miembros.

Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/ purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

Trastorno alimentario: Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Investigación

Este trabajo está apoyado en la investigación descriptiva ya que la misma consiste en analizar el problema con un propósito real que se plantea describirlo e interpretarlo, definir su naturaleza y los factores que influyen en la situación, para así poder explicar los efectos y sus consecuencias, desarrollando una investigación donde se defina los enfoques de la realidad directa existente en los estudiantes, partiendo de los datos suministrados tanto documental como los registrados por la población y explorativa porque se realiza con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior.

Esta investigación se apoyó en información proveniente de entrevistas, encuestas, cuestionarios y observaciones a las personas objeto de estudio.

Para realizar esta investigación, se llevo a cabo una revisión de artículos relacionados con el tema en desarrollo, para sustentar el marco teórico en estudio.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es de tipo cualitativo que busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento.

3.3. Población o universo en estudio

Se tomó como población a todos los estudiantes cuyas edades están comprendidas entre 12 y 18 años del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”.

Todos ellos constituyen el universo de estudio de 1130 alumnos debido a los propósitos establecidos en esta investigación.

3.4. Muestra:

El tamaño de la muestra para esta investigación se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Descripción:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

p = prevalencia estimada de las conductas de riesgo frente a la anorexia

m = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

Se calculó el 27% (0,27) de los/as adolescentes entre 12 y 18 años de edad estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”. Cálculo:

$$n = \frac{1.96^2 \times .27(1-.27)}{.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times .1982}{.0025}$$

$$n = \frac{.7614}{.0025}$$

$$n = 304.56 = 305$$

En este caso la muestra representativa fue del 27% del universo en estudio, lo que equivale a 305 estudiantes cuyo principal criterio de selección fue el sexo femenino, en virtud de que la anorexia se presenta con mayor incidencia en este género.

3.5. Método

El tipo de método que se utilizó en esta investigación es el lógico inductivo completo que permite el razonamiento partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales, formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y demostraciones, se dice completo por que la inducción completa solo se realiza cuando conocemos con exactitud el número de elementos que forman el objeto de estudio y además, cuando sabemos que el conocimiento generalizado pertenece a cada uno de los elementos del objeto de investigación.

Así mismo se hizo uso del método de concordancia mismo que compara entre si varios casos en que se presenta un fenómeno natural y señala lo que en ellos se repite, como causa del fenómeno.

3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo a través de la aplicación de una encuesta, a todos los 305 estudiantes de los segundos años de bachillerato de I Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador”.

3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.

El valor práctico de nuestro proyecto de investigación subyace en la validez, factibilidad y pertinencia, de poder ayudar implementar satisfactoriamente, métodos de enseñanza para concienciar a los adolescentes, al mismo tiempo maestros y padres de familia.

3.8. Variables

3.8.1. Variable independiente (causa) :

Conductas de riesgo frente a la anorexia

3.8.2. Variable dependiente (efecto):

Padecimiento de la enfermedad en adolescentes

3.8.3. Variable interviniente:

Nivel de autoestima

Estado o nivel socioeconómico

Grado de motivación

3.9. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALAS
SEXO	Se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.	Hombre Mujer	Porcentaje Mujeres 95% Hombres 5%
EDAD	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Años cumplidos	12-14 15-17 18
AUTOESTIMA	Es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores.	Comportamiento	Buena Regular Mala

CAPITULO IV

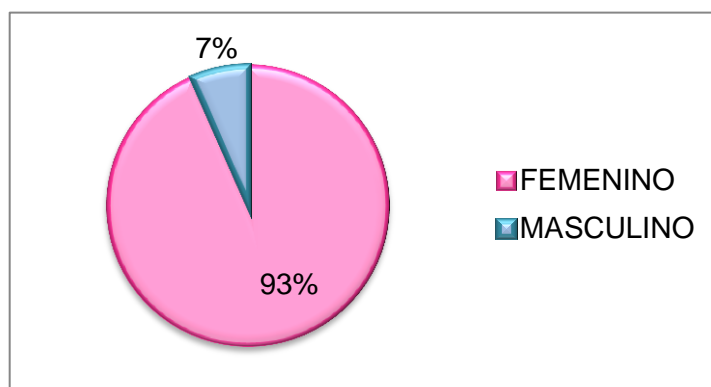
4. RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

1. SEXO

TABLA y GRAFICO 1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	285	93%
MASCULINO	20	7%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS “República del Ecuador”

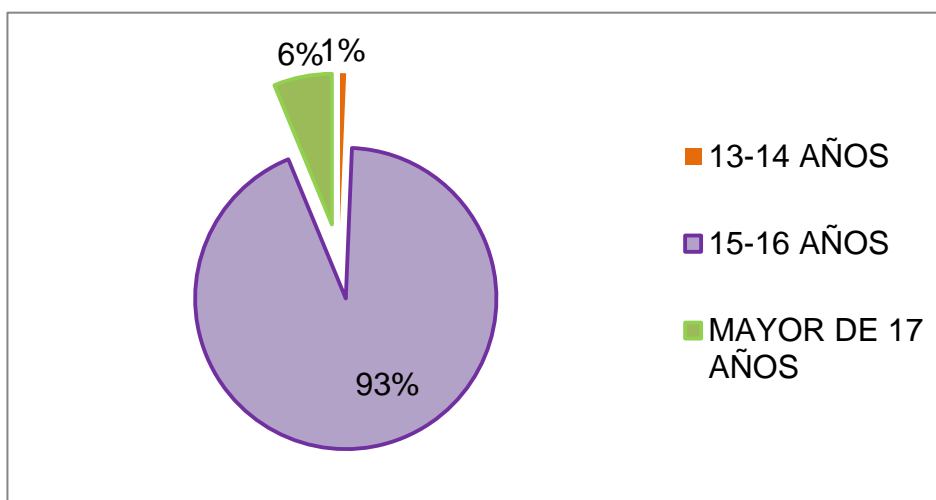
Elaborado por: Las autoras

Los datos revelan que en esta institución, la población estudiantil está conformada en su mayoría por estudiantes de género femenino y que a la vez conforman el porcentaje más alto de la muestra. Adicionalmente se infiere que el fenómeno objeto de estudio en esta investigación está presente esencialmente en el grupo de las mujeres, quienes son las que por su naturaleza usualmente están preocupadas por su belleza y apariencia física.

2. TU EDAD SE ENCUENTRA ENTRE

TABLA Y GRÁFICO 2

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-14 AÑOS	2	1%
15-16 AÑOS	284	93%
MAYOR DE 17 AÑOS	19	6%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS “ República del Ecuador”

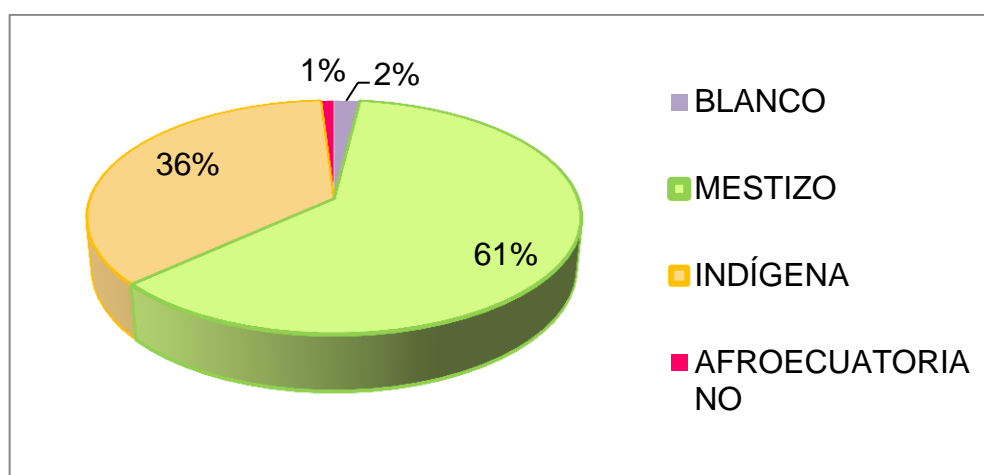
Elaborado por: Las autoras

Los datos obtenidos respecto a la edad que tienen los estudiantes que son parte de la muestra determinan que el 93% tienen entre 15 a 16 años, un 6% corresponde a estudiantes mayores de 17 años y 1% representa a jóvenes en edades de 13 y 14 años. Los resultados muestran que la totalidad de estudiantes se encuentra en etapa adolescente, en la misma que la incidencia del aspecto físico en el comportamiento y actitudes de los jóvenes es relevante.

3. TU ETNIA CORRESPONDE A

TABLA Y GRÁFICO 3

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BLANCO	6	2%
MESTIZO	187	61%
INDÍGENA	109	36%
AFROECUATORIANO	3	1%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

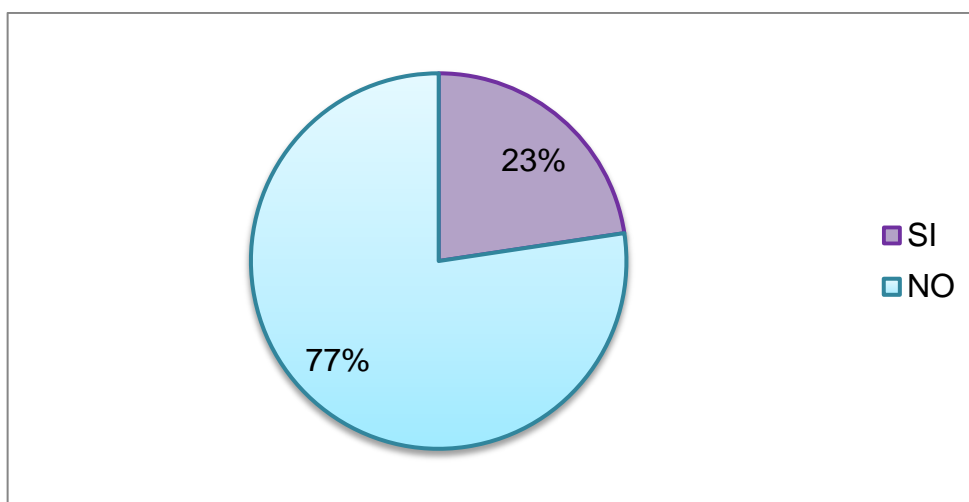
Elaborado por: Las autoras

Como se aprecia la etnia mestiza tiene mayor presencia poblacional en la muestra; sin embargo y a pesar de la diversidad de etnias que tiene la población; sabemos que las conductas de riesgo frente a la anorexia está presente sin excepción alguna; por lo tanto; la presente investigación cobra mayor relevancia porque se aplicó a todos los grupos étnicos.

4. ¿CONOCES EL CASO DE ALGÚN FAMILIAR QUE HAYA DESARROLLADO ANOREXIA?

TABLA Y GRÁFICO 4

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	69	23%
NO	236	77%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

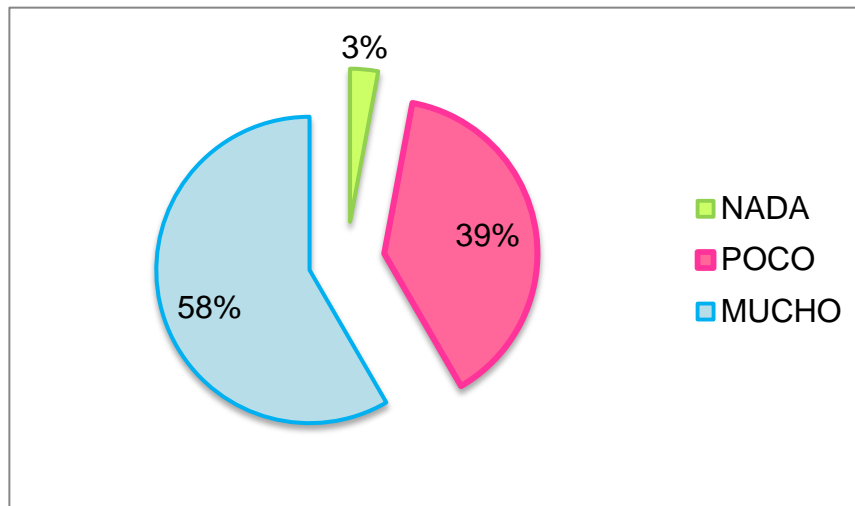
Elaborado por: Las autoras

El 23% de resultados de nuestro estudio manifiesta que si conoce de algún familiar que ha desarrollado anorexia, lo que podría influir en el comportamiento de los adolescentes, provocando conductas equivocadas por lo que podemos afirmar que es de utilidad la realización de una campaña de concienciación del riesgo de la anorexia.

5. ¿TE GUSTA TU CUERPO?

TABLA Y GRÁFICO 5

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	9	3%
POCO	118	39%
MUCHO	178	58%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

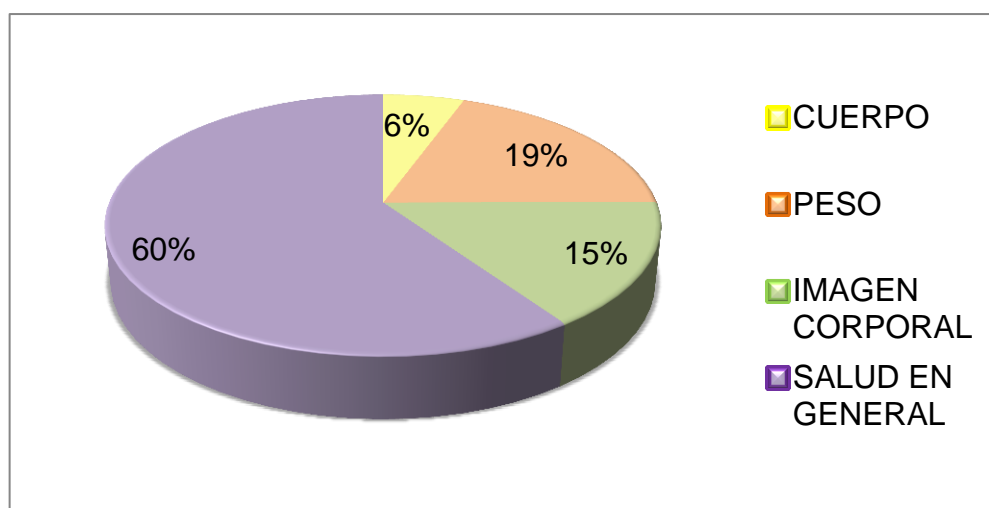
Elaborado por: Las autoras

La juventud de hoy es muy preocupada de su aspecto; como su presentación personal esto es muy beneficioso pero hace que inviertan mucho dinero en vestuario y demás, que según ellos favorecen su imagen para competir con los demás en tanto que el 58% de los encuestados en nuestro estudio responden que les gusta su cuerpo, sin embargo si sumamos los valores de los que les gusta poco su cuerpo y los que no les agrada mucho obtenemos un porcentaje equivalente al 40% de los adolescentes inconformes con su apariencia física lo cual implica que tienen baja autoestima; la misma que desencadena manifestaciones conductuales de riesgo que pueden terminar desarrollando anorexia.

6. LO QUE MÁS TE PREOCUPA ES:

TABLA Y GRÁFICO 6

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUERPO	17	6%
PESO	59	19%
IMAGEN CORPORAL	47	15%
SALUD EN GENERAL	182	60%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

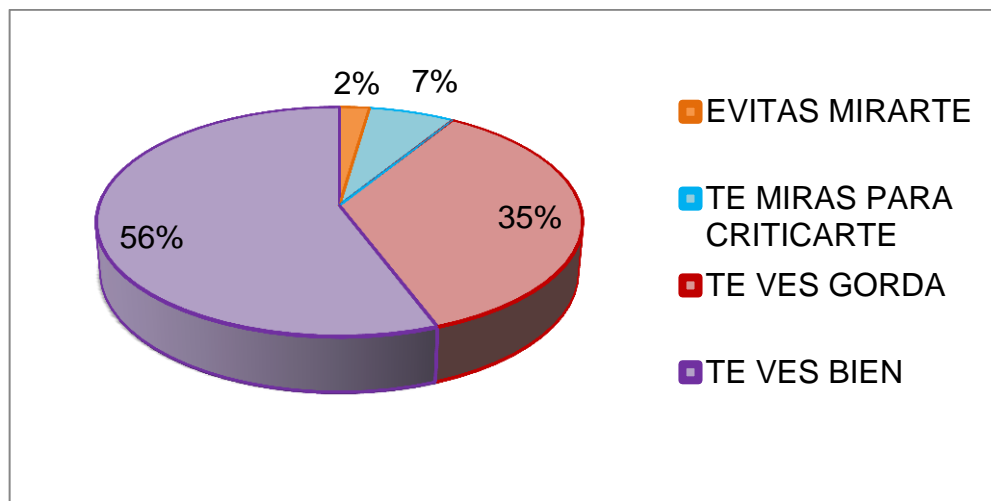
Elaborado por: Las autoras

En la actualidad los medios de comunicación influyen mucho en resaltar el aspecto físico de las personas en especial de los adolescentes que creen que mientras más dietas hagan se ven muy bien, por esta razón en nuestro estudio encontramos que un 19% se preocupan de su peso y un 60% se preocupa de su salud en general.

7. CUANDO TE MIRAS EN EL ESPEJO:

TABLA Y GRÁFICO 7

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EVITAS MIRARTE	7	2%
TE MIRAS PARA CRITICARTE	20	7%
TE VES GORDA	108	35%
TE VES BIEN	170	56%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

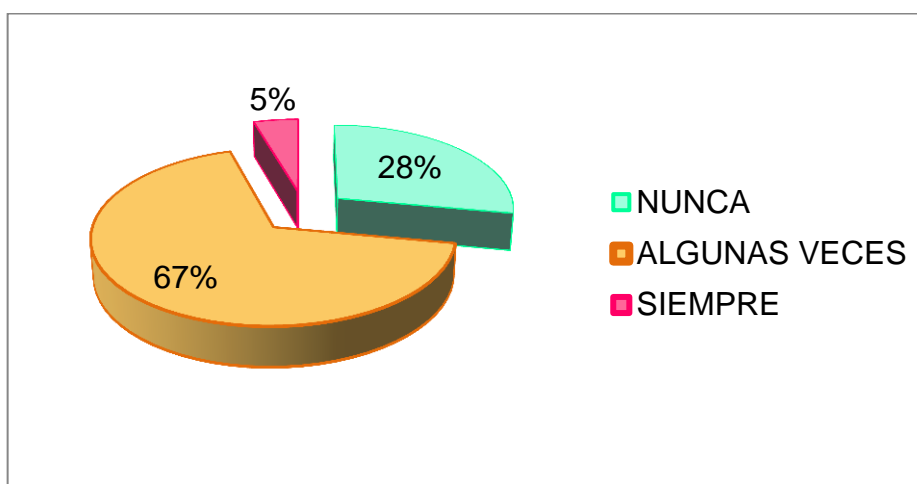
Elaborado por: Las autoras

Los resultados obtenidos señalan claramente que aquellos adolescentes que se ven con apariencia gorda, que se critican y que evitan mirarse en el espejo manifiestan baja autoestima e inconformidad con su apariencia física los cuales son signos de alteraciones síquicas y emocionales que se presentan en los casos de conductas anoréxicas.

8. ¿TENGO EN CUENTA LAS CALORÍAS QUE TIENEN LOS ALIMENTOS QUE COMO?

TABLA Y GRÁFICO 8

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	85	28%
ALGUNAS VECES	206	67%
SIEMPRE	14	5%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

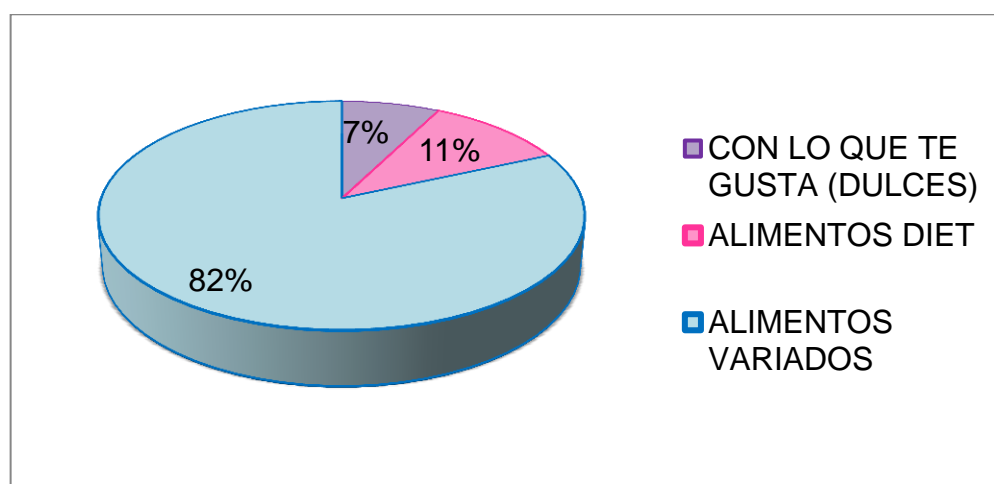
Elaborado por: Las autoras

Los niños y los adolescentes requieren más calorías a medida que crecen por lo que las diferencias en necesidades calóricas son muy amplias y varían fundamentalmente con el patrón de actividad, la velocidad de crecimiento y el sexo. Sin embargo, los resultados señalan que un elevado índice de adolescentes encuestados se preocupa por el contenido calórico de los alimentos que consumen a diario sin importar si el aporte calórico es o no adecuado.

9. HABITUALMENTE TE ALIMENTAS:

TABLA Y GRÁFICO 9

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON LO QUE TE GUSTA (DULCES)	23	7%
ALIMENTOS DIET	33	11%
ALIMENTOS VARIADOS	249	82%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

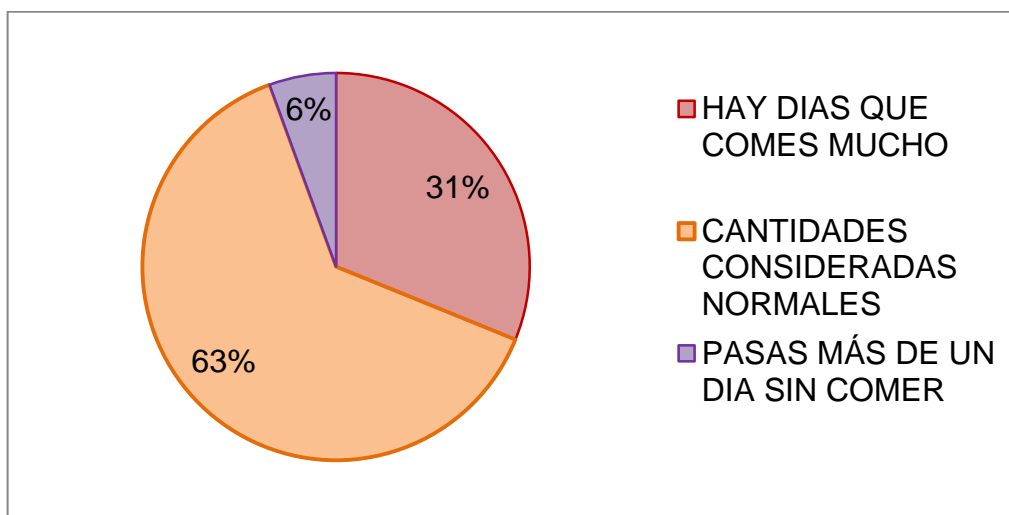
Elaborado por: Las autoras

Los adolescentes que consumen alimentos dietéticos y los que consumen dulces tiene una dieta alimenticia deficiente y de alto riesgo; por cuanto el aporte nutricional de los alimentos dietéticos y especialmente los dulces es muy bajo; adicionalmente la tendencia alimenticia de los jóvenes en esta edad y en esta época particularmente esta orientada al consumo de comida rápida y dulces de variados sabores.

10. ¿QUÉ CANTIDADES INGIERES DE ALIMENTOS?

TABLA Y GRÁFICO 10

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HAY DIAS QUE COMES MUCHO	95	31%
CANTIDADES CONSIDERADAS NORMALES	193	63%
PASAS MÁS DE UN DIA SIN COMER	17	6%
TOTAL	305	100%



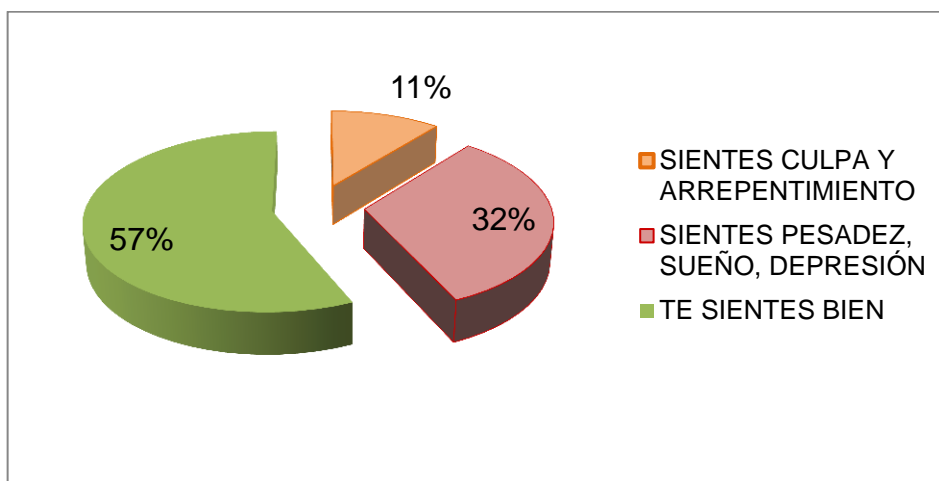
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"
Elaborado por: Las autoras

Un elevado número de adolescentes encuestados tienen signos de desorden alimenticio marcado por consumo excesivo y por otro lado insuficiente consumo; como se sabe los dos extremos son peligrosos por cuanto las deficiencias en el consumo adecuado de calorías y nutrientes, pueden retrasar la maduración sexual, detener el ritmo de crecimiento y conducir a problemas psicológicos. El 63% de los adolescentes manifiesta que ingieren alimentos en cantidades consideradas normales.

11. LUEGO DE COMER, EN GENERAL

TABLA Y GRÁFICO 11

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIENTES CULPA Y ARREPENTIMIENTO	33	11%
SIENTES PESADEZ, SUEÑO, DEPRESIÓN	99	32%
TE SIENTES BIEN	173	57%
TOTAL	305	100%



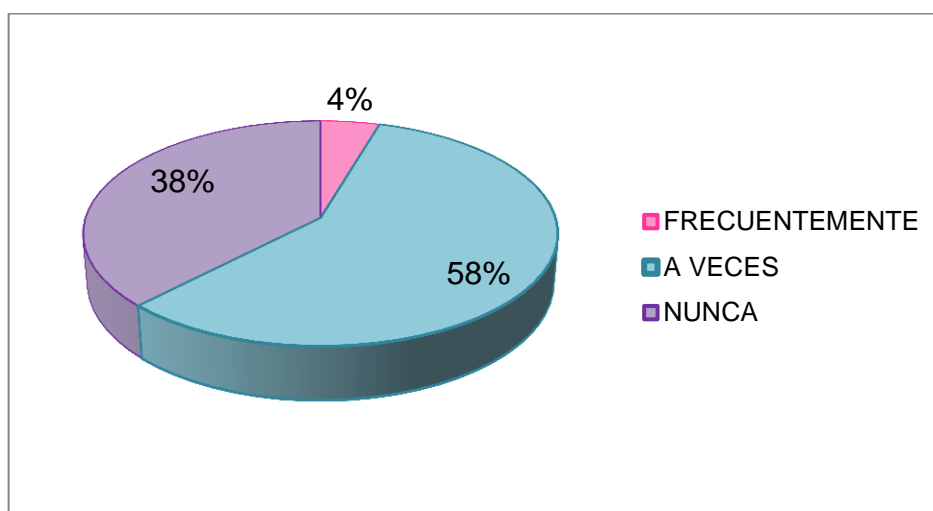
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS “República del Ecuador”
Elaborado por: Las autoras

La interacción entre los alimentos y los procesos químicos de nuestro organismo pueden mejorar nuestro estado anímico y nuestro bienestar, por lo que es evidente que un 57% de estudiantes luego de comer se sienten bien, hecho considerado normal, por cuanto en menor porcentaje siente algún tipo de incomodidad después de haber comido lo que muestra signos de una conducta impropia para desarrollar anorexia, cabe resaltar que ciertos alimentos pueden provocar somnolencia y pesadez.

12. ¿PREFIERO COMER SOLA/O O CUANDO SÉ QUE NADIE ME VA A ESTAR MIRANDO?

TABLA Y GRÁFICO 12

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENTEMENTE	14	4%
A VECES	176	58%
NUNCA	115	38%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

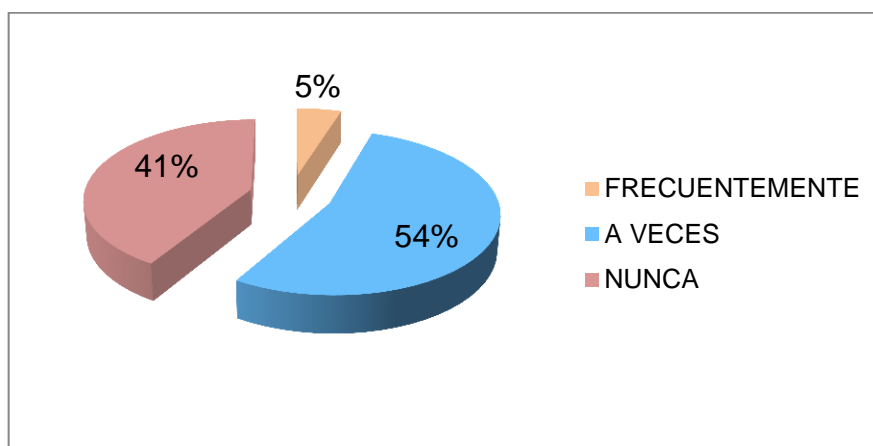
Elaborado por: Las autoras

De los resultados obtenidos se deduce que en la mayoría de los adolescentes prevalece la tendencia de comer solos; lo cual significa que tienen vergüenza o temor de que otras personas conozcan o les llamen la atención sobre sus hábitos alimenticios, esta es una conducta evidente en los adolescentes ya que ellos prefieren vivir bajo sus propios modos de pensar y hacer las cosas.

13. ¿INVENTO EXCUSAS (EJ. “YA COMÍ”, “NO ME SIENTO BIEN”. ETC.) PARA NO TENER QUE COMER CON MI FAMILIA O AMIGOS?

TABLA Y GRÁFICO 13

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENTEMENTE	15	5%
A VECES	164	54%
NUNCA	126	41%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS “República del Ecuador”

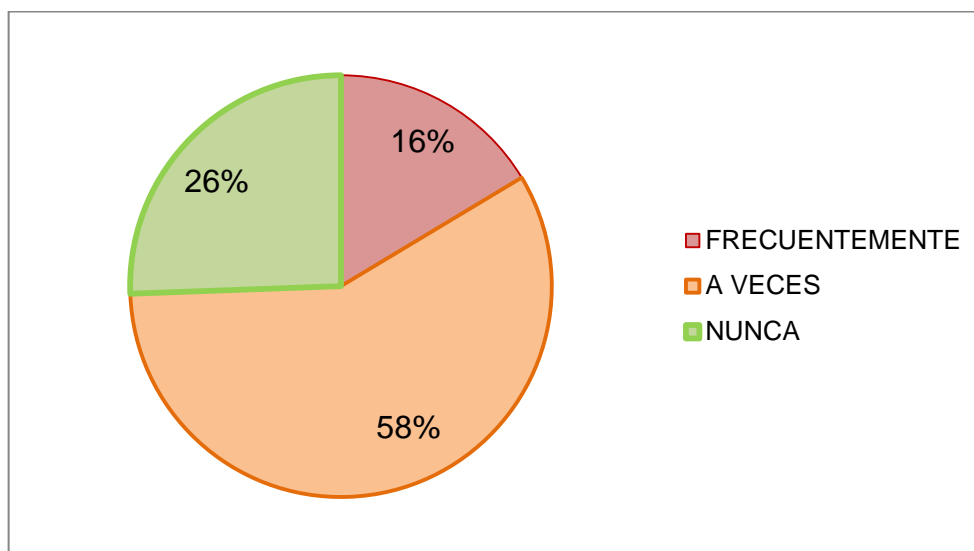
Elaborado por: Las autoras

En un alto índice de los encuestados advierte que inventa excusas para no tener que comer en compañía, esta conducta en el adolescente generalmente es aceptada por cuanto en esta edad no le agrada que le impongan reglas; en este caso, alimenticias. Aunque los adolescentes con obsesión por su aspecto físico generalmente se aíslan y se vuelven menos sociables sintiéndose no capaces de disfrutar de comidas con amigos y familiares.

14. ¿ME ENOJO CUANDO OTROS MUESTRAN INTERÉS EN LO QUE COMO Y ME PRESIONAN A QUE COMA MÁS?

TABLA Y GRÁFICO 14

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENTEMENTE	50	16%
A VECES	177	58%
NUNCA	78	26%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

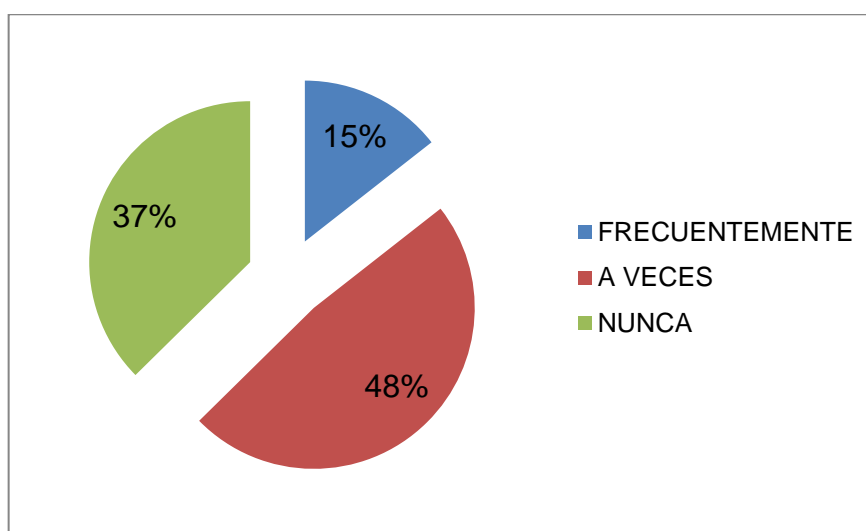
Elaborado por: Las autoras

Podemos afirmar que la frecuencia con la que los adolescentes muestran resistencia está presente en un porcentaje mayoritario y la toma de sus propias decisiones en cuanto a las cantidades y el tipo de alimentos que deciden comer; por tanto, les molesta que otras personas intervengan en sus hábitos alimenticios, conductas que pueden representar un riesgo para desarrollar anorexia.

15. ¿MIS AMISTADES ME DICEN QUE ESTOY DELGADA/O, PERO YO NO LES CREO PORQUE ME SIENTO GORDA/O?

TABLA Y GRÁFICO 15

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENTEMENTE	44	15%
A VECES	147	48%
NUNCA	114	37%
TOTAL	305	100%



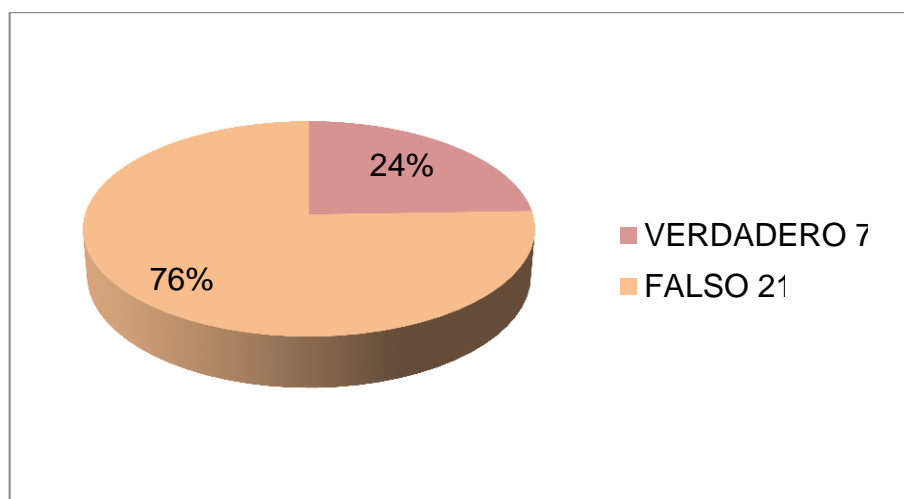
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"
Elaborado por: Las autoras

Estos resultados advierten que en el subconsciente o la psiquis de la mayoría de los adolescentes esta presente el dilema de estar gordo(a) o flaco(a); situación que influye en el comportamiento, estado de ánimo y actitud del adolescente, evidenciadas por su alto grado de inconformidad, preocupación y hasta tensión respecto a su condición física encajada en el idealmente aceptado por la mayoría.

16. (SOLO PARA MUJERES) ¿MI PERÍODO MENSTRUAL SE DETUVO O ES IRREGULAR DEBIDO A CAUSAS MÉDICAS DESCONOCIDAS?

TABLA Y GRÁFICO 16

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	70	24%
FALSO	216	76%
TOTAL	286	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

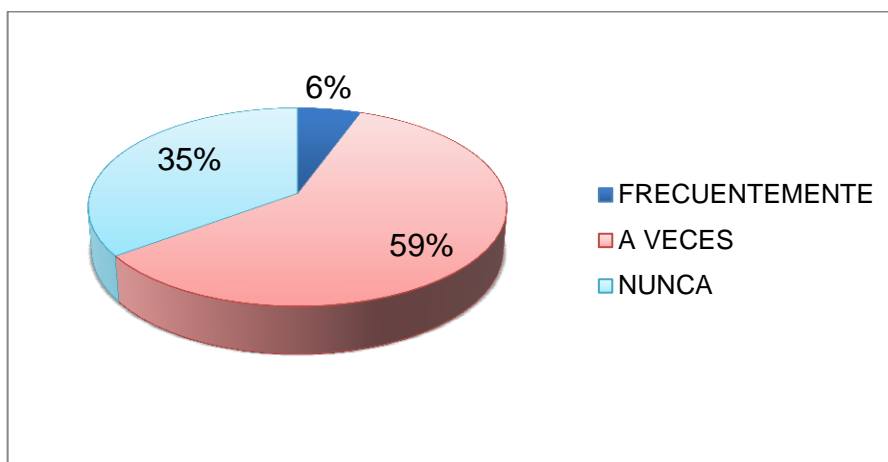
Elaborado por: Las autoras

La mayor parte de adolescentes encuestadas presenta un ciclo menstrual normal y en un mínimo porcentaje sufren alteraciones que podrían considerarse conductas de riesgo para padecer anorexia, aunque cabe señalar que por su edad, desarrollo físico y hormonal están sujetas a cambios, que pueden ser causantes de irregularidades y ausencias menstruales.

17. ¿PUEDO PASAR MUCHO TIEMPO LEYENDO LIBROS O REVISTAS SOBRE DIETAS, EJERCICIOS, ENTRENAMIENTOS, O CONTANDO CALORÍAS?

TABLA Y GRÁFICO 17

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENTEMENTE	17	6%
A VECES	181	59%
NUNCA	107	35%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

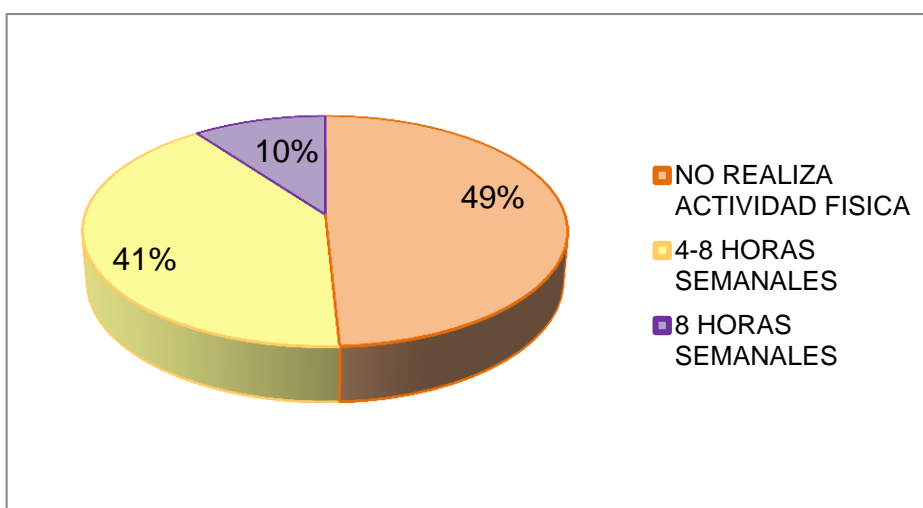
Elaborado por: Las autoras

El adolescente tiene la capacidad de distinguir la realidad de la fantasía pero aún no tiene un criterio sólido y una posición personal frente a las cosas que lo hace fácilmente influenciado. Por esta razón asume nuevas actitudes y comportamientos, buscando siempre información ligada al tema de dietas, ejercicios y calorías, tal como refleja el elevado porcentaje de los estudiantes encuestados que tienen interés en una imagen aparentemente perfecta de sí mismo.

18. ¿ACTUALMENTE REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTES, GIMNASIA, ETC?

TABLA Y GRÁFICO 18

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA	150	49%
4-8 HORAS SEMANALES	124	41%
8 HORAS SEMANALES	31	10%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

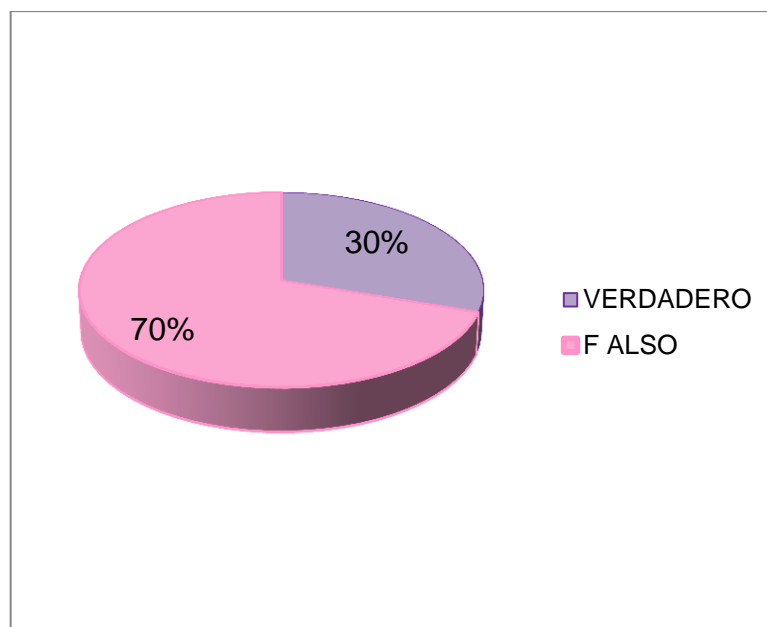
Elaborado por: Las autoras

Realizar actividad física de manera habitual en los adolescentes ayuda a desarrollarse física y mentalmente, relacionarse con las personas, mantener un peso saludable. Por lo que un porcentaje aproximadamente equitativo refleja que los adolescentes cumplen con actividad física sin excederse del tiempo considerado normal, mientras que la otra parte no realiza actividad física.

19. ¿ME HE SENTIDO DEPRIMIDA/O E IRRITABLE ÚLTIMAMENTE Y PASO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO SOLA/O?

TABLA Y GRÁFICO 19

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	92	30%
F ALSO	213	70%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

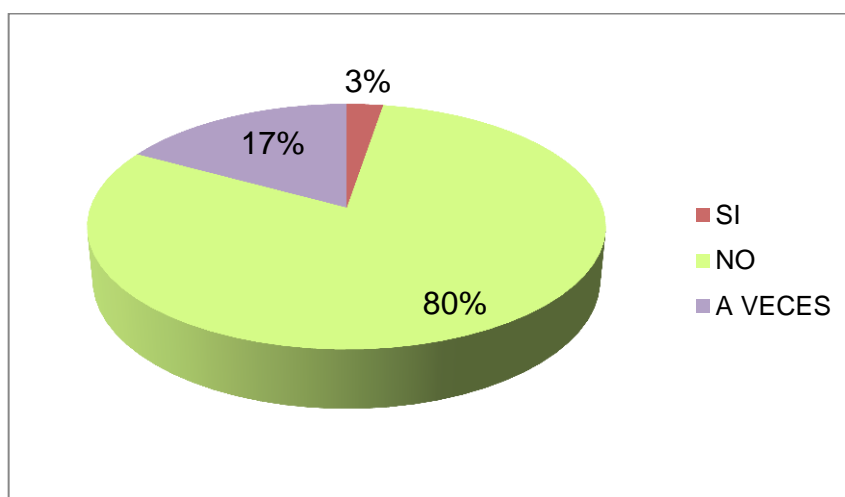
Elaborado por: Las autoras

Los estudiantes encuestados en un mayor índice no sienten depresión, irritabilidad, y no pasan mucho tiempo a solas; situación valorada como normal; no obstante en un reducido porcentaje presentan signos de baja autoestima, tristeza, desánimo, pérdida del interés en actividades habituales y aislamiento social lo que puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes o conductas de riesgo proclives a desarrollar anorexia.

20. ¿TE HAS SENTIDO EXCLUÍDO DE TU GRUPO DE AMIGAS/OS POR TU ASPECTO FÍSICO?

TABLA Y GRAFICO 20

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	3%
NO	245	80%
A VECES	52	17%
TOTAL	305	100%



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de los quintos cursos del ITS "República del Ecuador"

Elaborado por: Las autoras

La adolescencia es una etapa que se presenta con características propias y muchas de ellas superficiales, como la exclusión por la apariencia física, especialmente por considerar que no cumple con los estándares físicos aceptados por la mayoría, lo que provoca el rechazo por parte del grupo de amigos de manera reiterada a causa de su aspecto físico, aunque en la mayoría confirma que no han sido excluidos de su grupo de amigos considerando más importante la amistad.

4.2 Conclusiones

En la investigación realizada en el Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” a los adolescentes de 12 y 18 años, de acuerdo a la interpretación de los resultados obtenidos hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- ✓ El género es un factor primordial en cuanto a la prevalencia de la anorexia puesto que afecta en su gran mayoría a las adolescentes femeninas traduciéndose en una preocupación constante por el peso, la dieta, la moda y el aspecto físico, siendo usualmente esta preocupación más frecuente en las mujeres.
- ✓ La etapa adolescente que se encuentra de los 12 a 18 años de edad presenta mayor vulnerabilidad biológica ya que los cambios en el entorno familiar, social y personal pueden combinarse, determinar y originar conductas patológicas vinculadas a la alimentación y preocupación excesiva por el cuerpo.
- ✓ El acrecentamiento de adolescentes que acaban desarrollando un trastorno de alimentación se ha elevado considerablemente, se ha universalizado siendo así que en la actualidad afecta a todas las etnias y clases sociales con mayor incidencia en la clase media-alta.
- ✓ Parece existir una predisposición genética que puede ser la causa para el desarrollo de la anorexia, que consiste en una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamiento, factores biológicos, familiares y sociales.
- ✓ Los adolescentes son los más preocupados por destacar su aspecto físico, porque viven una etapa en la que buscan la constante aceptación de su entorno. Son muy susceptibles y ejecutan con facilidad lo que los medios de comunicación les venden a toda hora, especialmente la idea de que una figura delgada es belleza.

- ✓ En la actualidad uno de los factores que más preocupa a los adolescentes consiste en su aspecto físico e imagen corporal que a la vez son influenciados por los medios de comunicación que crean la falsa idea de que el éxito personal, social y profesional puede alcanzarse fácilmente si se tiene una figura en extremo delgada.
- ✓ Las manifestaciones de los adolescentes que al mirarse al espejo sienten inconformidad con su peso y la forma de su cuerpo es una manera de canalizar problemas emocionales como un nivel de autoestima muy bajo debido a las actitudes y pensamientos negativos que tiene hacia su cuerpo y hacia sí misma.
- ✓ Los adolescentes con conductas anoréxicas se encuentran preocupadas con la comida, con contar calorías, con su peso y la forma de su cuerpo sin tomar en cuenta que su etapa es de desarrollo y cambios pudiendo adquirir un peso que no es normal ni para su edad ni para su estatura.
- ✓ La alimentación habitual adquirida por los adolescentes crea una relación sana con la comida y con los hábitos alimentarios realistas y saludables, no obstante la alimentación inadecuada puede desencadenar alteraciones a nivel fisiológico y psicológico retardando en los adolescentes su crecimiento y desarrollo normal.
- ✓ Luego de alimentarse el estado anímico y el bienestar de los adolescentes puede mejorar debido al potente efecto positivo derivado de comer alimentos que les gustan, aunque puede verse disminuido por los sentimientos de culpa.
- ✓ El temor de los adolescentes ante el reproche de su familia sobre sus hábitos alimenticios hace que en muchas ocasiones prefieran comer solos.
- ✓ Cuando el adolescente necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de un modo saludable. En lugar de cambiar su forma de relacionarse con el mismo y con su entorno, su familia, sus amigos y su cultura, busca la manera de aislarse y evitar compañía.

- ✓ El actual proceso de cambios sociales con su consiguiente incremento de inseguridad, incertidumbre y vulnerabilidad, crea en los adolescentes un rechazo a la presión y al control de sus hábitos alimenticios.
- ✓ Las actitudes de las adolescentes que según ellas están muy gordas, y quieren verse bien cuando están totalmente delgadas ocasiona cuadros depresivos y obsesivos llegando a crear reglas absurdas con el fin de adelgazar en lugar de escuchar las señales de su cuerpo.
- ✓ El período menstrual en la mayoría de las adolescentes se presenta con normalidad, aunque en algunas su ciclo menstrual puede ser irregular o ausentarse debido a los cambios hormonales que se presentan en esta etapa.
- ✓ La información que el adolescente obtiene de libros, revistas etc en donde figuran los patrones de belleza impuestos desde la actividad diaria hasta la alimentación calórica que motivan a los adolescentes a optar por una figura delgada.
- ✓ La actividad física forma parte de una vida sana, contribuye al desarrollo armónico de los adolescentes que en gran parte la realiza sin excederse de los límites necesarios.
- ✓ Cuando existe depresión y aislamiento por parte de los adolescentes existe problemas emocionales relacionados con una baja autoestima, perfeccionista y el deseo de tener el control sobre todas las situaciones en las que encuentren como la exclusión de alguien dentro de un grupo de amigos por su aspecto físico supone una falta de madurez y educación tomando en cuenta que lo que más sobresale en una persona son sus valores morales.

4.3 Recomendaciones

Después de la investigación realizada a los estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” y conociendo los efectos negativos que lleva consigo la enfermedad, se recomienda:

- ✓ Es aconsejable prevenir este trastorno de la adolescencia femenina inculcando equilibrio y serenidad en esta etapa tan compleja que demanda saberse querido, comprendido y con la confianza apropiada para conversar acerca de los cambios físicos que está viviendo el cuerpo, y de lo incomprensible que se ha vuelto el mundo de la belleza.
- ✓ La familia y docentes en especial constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente, ya que ellos son los encargados de la preservación y transmisión de valores e identidad propia y cultural, promoviendo a los adolescentes a la valoración de su salud.
- ✓ Es preciso afianzar el compañerismo entre todos los adolescentes de las diferentes etnias, puesto que la anorexia no distingue etnia, género o estatus social.
- ✓ Es primordial brindar información adecuada y actualizada a los estudiantes, docentes y padres de familia sobre el riesgo que puede conllevar el padecimiento de anorexia en algún familiar y la relación de la misma con el desarrollo de la enfermedad en generaciones futuras.
- ✓ Es conveniente incentivar a los adolescentes a valorar a la persona por sus cualidades humanas antes que físicas.
- ✓ Se debe procurar facilitar sus relaciones sociales y su participación en actividades extraescolares, excursiones, visitas culturales programadas por el colegio, etc.
- ✓ Es favorable influir en los adolescentes que al mirarse en el espejo lo hagan con satisfacción y aceptación tal como son.

- ✓ Se debe incentivar a los/as adolescentes a mantener o adquirir estilos de vida saludables, con mayor prioridad en sus estudios, su salud en general, siendo partícipe en las actividades familiares, sociales y personales.
- ✓ Es beneficioso aconsejar a los adolescentes a practicar hábitos alimenticios sanos y equilibrados, comiendo en proporciones adecuadas evitando dar excesiva importancia a las dietas y al peso.
- ✓ Educar a los adolescentes acerca de la cantidad y calidad de alimentos que deben consumirse de acuerdo a la edad y peso en el que se encuentran.
- ✓ Es importante que los adolescentes no olviden que los sentimientos relacionados con la alimentación siempre sean de satisfacción más no de culpa.
- ✓ Los familiares deben evitar hacer comentarios despectivos sobre el aspecto físico de otras personas, comer en familia siempre que sea posible, convirtiendo el momento de la comida en una reunión agradable en la que se intercambian las vivencias del día.
- ✓ Proporcionarles motivación a los adolescentes para relacionarse con su entorno, su familia, sus amigos, y su cultura evitando el aislamiento.
- ✓ El ambiente durante las comidas es un asunto básico, por esta razón es necesario brindar educación tanto a los adolescentes como padres de familia acerca de la importancia de una correcta alimentación.
- ✓ Es primordial en los adolescentes evitar el rechazo al aspecto físico promoviendo la educación y la aceptación.
- ✓ En caso de que una adolescente presente frecuentes irregularidades o ausencias menstruales, se debe comunicar a sus padres y buscar asistencia médica para descartar la presencia de enfermedades.

- ✓ Es necesario estimular la Actuación crítica ante la literatura, medios de comunicación y anuncios publicitarios que se centran en la imagen corporal.
- ✓ Es necesario estimular en los adolescentes la práctica de deportes, o la realización de actividad física por lo menos una hora diaria sin llegar a excesos y de esta manera también evitar el sedentarismo.
- ✓ Es fundamental en los adolescentes mantener una autoestima elevada para que comprendan que quien tiene un cuerpo perfectamente normal y desea ser excesivamente delgado puede ser peligroso.
- ✓ Se aconseja orientar a maestros y directivos del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” en relación al apoyo emocional que necesitan los adolescentes con conductas riesgo para desarrollar anorexia.

CAPÍTULO V

MARCO PROPOSITIVO

5.1. Tema

“GUIA EDUCATIVA Y PREVENTIVA ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA DESARROLLAR ANOREXIA DIRIGIDO AL GRUPO DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR “REPUBLICA DEL ECUADOR”

5.2 Importancia

A través de la historia el tener una contextura ideal fue considerado y es hasta la actualidad sinónimo de salud y belleza tanto para hombres como para mujeres. En los años 40 y 50 dicho trastornos fue incrementándose por lo que se imponía la moda en ropa y desde luego iba íntimamente ligado al cuerpo y a su delgadez.

Para entender las causas de este problema, hay que tener en cuenta la historia personal y familiar, las características individuales y las presiones socioculturales.

La adolescencia y la juventud son momentos de mayor vulnerabilidad, ya que se encuentran construyendo su propia identidad. Para un/a adolescente es más difícil tener un criterio y valores propios puesto que es fácil la influenciación negativa del medio o entorno en el que se desarrolla.

Es por eso que se ha pensado en la realización de una propuesta que promueva conocimiento, concienciación, y prevención en los/las adolescentes en estudio a través de la socialización de una guía dirigida tanto a estudiantes como a los docentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÁLVAREZ R., G., FRANCO, P.K., MANCILLA D., J.M. Y VÁZQUEZ A., R. (2005). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. Disponible en: http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_31.htm
2. AVILÉS, D. (2007). Actitud negativa hacia la alimentación (anorexia nerviosa) entre padres e hijos. Tesis de licenciatura. Toluca (México): UAEM. Disponible en: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>
3. CARROBLES, J.A.I. (2005): Prólogo al libro de V.E. Caballo: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, Promolibro. Disponible en: <http://guiajuvenil.com/anorexia/las-causas-de-la-anorexia-en-la-adolescencia.html>
4. CORNELLÀ I CANALS, Josep (2007): Anorexia nerviosa - Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y de protección. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosGrles.htm>
5. CORREA V, María Loreto; ZUBAREW G, Tamara; SILVA M, Patricia y ROMERO S, María Inés. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev. chil. pediatr. [online]. 2006, vol.77, n.2 [citado 2011-07-07], pp. 153-160. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370-4106.
6. CORREA-DONOSO, EDUARDO. Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. Editores : Rosa Behar A. y Gustavo Figueroa C. Editorial : Mediterráneo, 2004, 257 págs. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. 2005, vol.43, n.1 [citado 2011-07-07], pp. 61-63 . Disponible en:

- <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.
7. ESPINOZA CÁRDENAS, A. 2010 "Campaña para prevenir el incremento de casos de Anorexia y Bulimia entre la juventud estudiantil de la ciudad de Guayaquil - Ecuador" Director de Tesis. Disponible en: <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10224/1/Campa%C3%B1a%20para%20prevenir%20el%20incremento%20de%20casos%20de%20Anorexia%20y%20Bulimia.pdf>
 8. FERNÁNDEZ, F., y OTROS (2006): «Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéutica», en: *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 23, pp. 30-35. Disponible en: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
 9. MARQUEZ, S.. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr. Hosp.* [online]. 2008, vol.23, n.3 [citado 2011-07-07], pp. 183-190 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0212-1611.
 10. MIGUELEZ, Luis Vicente. (2004). Introducción al psicoanálisis. Clínica con adolescentes, un llamado al padre. Recuperado el 28 de marzo de 2010, de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5170>.
 11. TANNENTAUS, NORA: " Anorexia y bulimia". Ed. Plaza & Janés, Barcelona 2005. Disponible en: <http://www.blogmujeres.com/2009/04/28/sintomas-de-anorexia/>
 12. Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico, y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clinica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latín Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 2004. Pg. 50-51.

13. ZAGALAZ SÁNCHEZ, M^a Luisa Universidad de Jaén, España2007.
Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>
14. ZAMORA, RAQUEL; MARTINEZ, AIRAM; GAZZO, CLAUDIA y
CORDERO, SOLEDAD. Antecedentes personales y familiares de los
trastornos de la conducta alimentaria. Arch. Pediatr. Urug. [online].
2002, vol.73, n.3 [citado 2011-07-07], pp. 129-136. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0584.

ANEXOS

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES DE LOS SEGUNDOS AÑOS DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR”



TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS A LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS



CONVERSACIÓN CON LOS ESTUDIANTES ACERCA DEL TEMA EN ESTUDIO



SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA GUÍA EDUCATIVA ACERCA DE LA ANOREXIA A LOS ESTUDIANTES DE LOS SEGUNDOS AÑOS DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR”



SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA GUIA EDUCATIVA A ESTUDIANTES, DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA

