

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Incidencia de problemas alimenticios: anorexia,
bulimia y obesidad en estudiantes de segundo
básico de dos instituciones educativas.**

TESIS

LESLIE ANDREA MUÑOZ JUÁREZ

Carné: 10341-07

Guatemala, febrero de 2013

Campus Central

UNIVERSIDAD RAFAEL LANÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Incidencia de Problemas Alimenticios: Anorexia,
Bulimia y Obesidad en Estudiantes de Segundo
Básico de dos Instituciones Educativas.**

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por:

LESLIE ANDREA MUÑOZ JUÁREZ

Carné: 10341-07

Previo a optar al título de:

PSICOLOGA CLÍNICA

En el grado académico de:

LICENCIADA

Guatemala, febrero de 2013

Campus Central

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

Rector	P. Rolando Enrique Alvarado López, S.J.
Vicerrectora Académica	Dra. Lucrecia Méndez de Penedo
Vicerrector de Investigación y Proyección	P. Carlos Cabarrús Pellecer, S.J.
Vicerrector de Integración Universitaria	P. Eduardo Valdés Barría, S.J.
Vicerrector Administrativo	M.A. Ariel Rivera Irías
Secretaría General	Licda. Fabiola de la Luz Padilla Beltranena

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

Decana	M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos
Vicedecano	M.A. Hosy Benjamer Orozco
Secretaria	M.A. Lucrecia Elizabeth Arriaga Girón
Directora del Departamento de Psicología	M.A. Georgina Mariscal de Jurado
Directora del Departamento de Educación	M.A. Hilda Díaz de Godoy
Directora del Departamento de Psicopedagogía	M.A. Romelia Irene Ruíz Godoy
Directora del Departamento de Ciencias de la Comunicación	M.A. Nancy Avedaño Maselli
Director del Departamento de Letras y Filosofía	M.A. Eduardo Blandón Ruíz
Representante de Catedráticos ante el Consejo de facultad	M.A. Marlon Urizar Natareno
Representante de Catedráticos ante el Consejo de Facultad (suplente)	Lic. Leslie Sechel Vela

ASESOR DE TESIS

Licda. Melissa Lemus

REVISOR DE TESIS

Licda. Gladys de Corado

Guatemala 01 de febrero de 2013.

Señores
Consejo
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar

Estimados Señores del Consejo:

Deseándole éxitos en cada una de sus actividades. Por este medio solicito pueda otorgarse fecha para revisión final de tesis de la estudiante **LESLIE ANDREA MUÑOZ JUÁREZ**, quien se identifica con Carné No. **10341-07**, la Carrera de la *Licenciatura en Psicología Clínica*, cuyo título es **"INCIDENCIA DE PROBLEMAS ALIMENTICIOS: ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO BÁSICO DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS"**.

La tesis cuenta con los requisitos solicitados por la Facultad como trabajo de Graduación. Por lo que quedamos a la espera de la fecha de revisión.

Me suscribo atentamente,


M.A. Melissa Angélica Lemus García.

Psicóloga Clínica

Código de docente 12258



FH/ap-CI-120-13

Guatemala,
21 de febrero de 2013

Señorita
Leslie Andrea Muñoz Juárez
Presente.

Estimada señorita Muñoz:

De acuerdo al dictamen favorable rendido por la Revisora Examinadora de la Tesis titulada: **“Incidencia de Problemas Alimenticios: Anorexia, Bulimia y Obesidad en Estudiantes de Segundo Básico de dos Instituciones Educativas”**, presentada por la estudiante **Leslie Andrea Muñoz Juárez**, carné No. **10341-07**, la Secretaria de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS, previo a optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lcda. Lucrecia Arriaga Girón, M.A.
SECRETARIA DE FACULTAD



*ap
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen María por guiarme y colocar a cada persona en mí camino, para que me orientara en el momento que más necesite.

A mis padres por enseñarme a soñar, por estar a mi lado siempre, por su apoyo, sus consejos y ánimos, por ser un ejemplo de perseverancia y de ser humano, porque gracias eso y muchas cosas más, finalizo esta etapa de mi vida.

A la Licda. Melissa Lemus por su asesoramiento constante, a las personas que me ayudaron a la realización y finalización de este trabajo de estudio: Licda. Karla Rojas y Licda. Gladys de Corado, a mis compañeras por sus consejos y conocimientos compartidos.

Y a las instituciones educativas por su colaboración en la realización de esta investigación.

ÍNDICE

I Introducción	11
1.1 PROBLEMAS ALIMENTICIOS	20
CONCEPTO	20
1.2 ANOREXIA	22
CONCEPTO	22
SÍNTOMAS	24
CAUSAS	24
<input type="checkbox"/> Factores Biológicos	24
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	25
<input type="checkbox"/> Factores culturales o sociales	25
CONSECUENCIAS	26
1.3 BULIMIA	28
CONCEPTO	28
SÍNTOMAS	29
CAUSAS	30
<input type="checkbox"/> Genéticas	30
<input type="checkbox"/> Psicológicas	31
<input type="checkbox"/> Sociales	31
CONSECUENCIAS	31
1.4 OBESIDAD	32
CONCEPTO	32
CAUSAS	33
<input type="checkbox"/> Factores genéticos	33
<input type="checkbox"/> Factores exógenos o ambientales	33
CONSECUENCIAS	34
<input type="checkbox"/> Biológicas	34
<input type="checkbox"/> Psicológicas	35
<input type="checkbox"/> Psicosociales	35
1.5 ADOLESCENCIA	35
CONCEPTO	35
<input type="checkbox"/> Desarrollo físico	36
<input type="checkbox"/> Desarrollo Cognoscitivo	37
<input type="checkbox"/> Desarrollo Psicosocial	39
II. Planteamiento del Problema	43
2.1 OBJETIVOS:	44
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	44
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
2.2 VARIABLES	44
2.2.1 Variables de Estudio	44
2.2.2 Variables Controladas	44

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	45
2.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	45
2.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	46
2.4 ALCANCES Y LÍMITES	48
2.5 APORTE	48
III. MÉTODO	50
3.1 SUJETOS:	50
3.2 INSTRUMENTOS	51
3.3 PROCEDIMIENTO:	52
3.4 DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
4.5 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	54
IV. Resultados	55
V. Discusión de Resultados	67
VI. Conclusiones	73
VII. Recomendaciones	75
VIII. Referencias Bibliográficas	77

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue establecer la incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de 2do. Básico de una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto y una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo.

La muestra estuvo conformada por un grupo mixto de estudiantes pertenecientes a 2do básico, de dos diferentes instituciones educativas diferenciándose en el nivel socioeconómico medio-bajo, con un total de 100 estudiantes y nivel socioeconómico medio-alto, con un total de 107 estudiantes, ambos ubicados en la ciudad capital de Guatemala. Para llevar a cabo dicha investigación se aplicó el Test: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson el cual se calificó según los criterios establecidos; se tomó peso (Kg.) y estatura (mtr.) de cada estudiante para así poder calcular su Índice de masa corporal, según las tablas normativas del Ministerio de Salud de Guatemala (2010).

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación existe una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia de problemas alimenticios y el nivel socioeconómico de la institución educativa. La incidencia a la obesidad es el problema de alimentación que se presenta con un mayor porcentaje en los alumnos de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo, siendo el sexo masculino con mayor incidencia.

En base al estudio anteriormente descrito se concluye que la tendencia a la obesidad en general es Alarmante, ya que representa un total de 29 estudiantes dentro de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto y un total de 35 estudiantes dentro de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.

Por lo anterior se recomienda realizar investigaciones futuras para indagar las diferencias socio ambientales que pueden afectar a los hábitos alimenticios, creando así la diferencia entre nivel socioeconómico.

I. Introducción

La anorexia, bulimia y la obesidad son de los problemas de alimentación más renombrados en el siglo XXI, ubicados en los primeros puestos de la lista de las afecciones más comunes de la adolescencia. Según Ogden (2005) casi el 90% de los casos de anorexia y bulimia, son pacientes mujeres entre 10 y 29 años y, el 10% son varones. Se calcula que afecta a cerca del 1 por ciento de la población y las consecuencias físicas pueden ser graves.

Silvia (2008) plantea que actualmente se han vuelto trastornos populares, siendo cada vez más diagnosticados, especialmente en los últimos quince años. Entre riesgos de las patologías en los problemas alimenticios, es no lograr independencia ni insertarse en la sociedad.

También hay riesgos de vida, con un vómito la persona puede provocarse un paro cardíaco, o a raíz de tomar laxantes o diuréticos producir un cambio orgánico. El bajo peso puede provocar una muerte repentina o no tener capacidad para soportar actividad física. Hay que tomar en cuenta que la obesidad no es considerada una enfermedad, sin embargo, con lleva una serie de problemas de salud como diabetes, enfermedades de corazón, de riñones e hígado, entre otros.

Por lo cual esta investigación tiene como objetivo establecer la incidencia de los problemas alimenticios anteriormente mencionados, en los alumnos de segundo básico de dos instituciones educativas mixtas una de nivel socioeconómico medio-alto y otra de nivel medio-bajo.

En Guatemala se han realizado algunos estudios sobre el tema de problemas de alimentación, entre ellos:

De León (2004) llevó a cabo un estudio que lleva por título “Trastornos alimenticios y valores: diferencia entre los valores de un grupo de mujeres con tendencia a la anorexia nerviosa, un grupo con tendencia a la bulimia nerviosa y un grupo sin esa tendencia.” La cual tuvo como objetivo principal establecer la diferencia en los valores de un grupo

de adolescentes con bulimia nerviosa y anorexia, con un grupo sin estas tendencias. Dicho estudio se llevó a cabo en la ciudad de Guatemala, utilizando una muestra conformada por 417 mujeres entre 14 y 20 años, estudiantes de un centro educativo privado. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el diseño observacional o “Ex post factum”. Para su realización se aplicó el Cuestionario ¿Deseas intensamente ser Delgada? de Lapson, con la finalidad de medir las tendencias a la anorexia y bulimia nerviosa. Llegando a la conclusión que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0.05 entre los valores en un grupo con tendencias de bulimia y anorexia, y los valores de un grupo sin dichas tendencias. Recomendó realizar más estudios sobre la relación de peso, valores y trastornos alimenticios en Guatemala, junto con la creación de instrumentos que describan con mayor precisión los trastornos alimenticios.

Mansilla (2005) realizó un estudio llamado “La entrevista motivacional para incrementar la toma de conciencia, de los adolescentes con tendencia a los trastornos alimentarios de anorexia y bulimia nerviosa”, planteándose como objetivo el establecer la efectividad de “la Entrevista Motivacional”, en la toma de conciencia, de las adolescentes que muestren marcadas tendencias a padecer los trastornos alimenticios de anorexia o bulimia nerviosa. El estudio se realizó con un grupo integrado por diez adolescentes de sexo femenino, entre 15 y 18 años, de un colegio privado de nivel socioeconómico medio y medio-bajo de la ciudad de Guatemala. El tipo de investigación fue experimental, se aplicó el Test de Actitudes ante la conducta Alimentaria, de Garner y Garfinkel (1979), luego se aplicó la entrevista motivacional a las participantes y posteriormente se administró post-test, para realizar una comparación de medias de resultados, concluyendo que existe una diferencia estadística no significativa a nivel del 0.05%. Como recomendación se sugirió continuar investigaciones relacionadas con la Técnica de Entrevista Motivacional y los efectos positivos de la mejora en la Toma de Conciencia de las adolescentes con tendencias a trastornos alimenticios, para así

favorecer a la terapia y al pronóstico de las pacientes, para si también poder desarrollar proyectos a nivel de salud pública y privada para la prevención.

Juárez (2005), a su vez realizo un estudio sobre: “Tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la socialización parental en adolescentes mujeres de un centro educativa privado” donde se planteó como objetivo analizar la relación entre la tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria y la socialización parental en adolescentes mujeres de un colegio de la ciudad de Guatemala. Utilizó una muestra conformada por 164 estudiantes mujeres entre 11 y 18 años, pertenecientes a una institución educativa de un nivel socioeconómico medio-bajo. Para realizar la investigación tipo cualitativa aplicó el Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) y la Escala de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA (b)), llegando a la conclusión que existe una relación entre el estilo de socialización que poseen los padres con sus hijas y la tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados mostraron que las estudiantes con una menor tendencia a los trastornos alimentarios son aceptadas por los padres y éstos les muestran afecto, lo cual indica que el estilo de socialización aceptación/implicación negativa, lo cual indica que a menor aceptación y aprobación de los padres hacia sus hijas, mayor es la tendencia a estos trastornos. Por otro lado la relación entre el estilo de socialización coerción/imposición, la tendencia a la bulimia, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez es positiva lo que quiere decir que a mayor coerción e imposición de los padres hacia sus hijas, mayor es la tendencia a estos trastornos. Entre sus recomendaciones está el asistir a cursos y talleres en los cuales se les informe sobre lo que son los trastornos de la conducta alimentaria, sus causas, efectos y el tipo de ayuda profesional que necesitan, el analizar la posibilidad de buscar ayuda psicológica para la solución de las causas que puedan llevar a padecer un trastorno alimentario.

Vallejo (1998) llevo a cabo la investigación: “Obesidad y autoestima: estudio en una población guatemalteca” con el objetivo de determinar si existen diferencias entre los niveles de autoestima global y de imagen corporal de un grupo de mujeres obesas y otro grupo de personas no obesas. Dicha investigación utilizó como muestra a un grupo de 23 mujeres obesas diagnosticadas por profesionales de la salud y con igual número de mujeres que se encontraban dentro del peso deseado según diagnóstico de los mismos profesionales, utilizando el instrumento: Cuestionario de Autoestima elaborado por Pope, McHale y Craighead en 1988, y traducido y adaptado por Guido Aguilar en 1995. Se llegó a la conclusión de que el nivel de autoestima global y de imagen corporal está afectado en las personas obesas, además del efecto adverso que la obesidad tiene para la salud.

Una investigación realizada por Ramos (2006) llamada “Relación entre el sobre peso y la autoestima en alumnas de 11-12 años de un colegio privado de la ciudad capital” se planteó como objetivo el determinar si el sobrepeso afecta la autoestima en un grupo determinado de niñas de nivel socioeconómico medio y medio bajo de un colegio privado de la ciudad de Guatemala, utilizando una muestra de 20 niñas entre los 11 y 12 años, de 5to. Y 6to. grado primaria. Llegó a la conclusión que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el sobrepeso y la autoestima; únicamente una correlación estadísticamente significativa entre el sobrepeso y el rendimiento escolar. Para esto se utilizó Five – Scale Test of Self-Esteem for children, elaborado por Pope y Cols., (1988), traducido y adaptado a Guatemala por Guido Aguilar y Hade D. de Eduardo en 1990. Recomendándose realizar futuras investigaciones sobre analizar a mayor profundidad la relación entre el sobrepeso y autoestima.

Mansilla (2009) llevo a cabo un estudio sobre: “Obesidad transgeneracional: estudio de asociación entre la obesidad durante la adolescencia y obesidad materna” en el cual se

propuso como objetivo de investigación determinar el efecto transgeneracional de obesidad en madres para el desarrollo de sobrepeso en adolescentes en el área urbana de la ciudad de Guatemala. Utilizó el diseño de investigación descriptivo, longitudinal y analítico. La muestra estuvo conformada por estudiantes de ambos sexos entre las edades de 13 a 17 años que voluntariamente participaron en el estudio, además las madres de los adolescentes que participaron, seleccionadas aleatoriamente y que aceptaron participar. Los resultados fueron que la mayoría de adolescentes, según el Índice de Masa Corporal (IMC) se encuentran con estado nutricional normal (65%), casi uno de cada cuatro adolescentes estaba en riesgo de sobrepeso (23%) y en menor porcentaje se encontró sobrepeso (5%). Un pequeño grupo tenía bajo peso (7%). De las 64 madres, 26(41%) presentaron sobrepeso y 9 (14%), presentaron obesidad, más de la mitad (55%) tuvieron un peso mayor que el que les correspondía para su talla, concluyendo que la presencia de sobrepeso en las madres sugiere ser un factor influyente para el desarrollo de sobrepeso en sus hijos adolescentes, con un 60% más de riesgo de desarrollar obesidad.

Aguilar (1999) realizó una investigación titulada: "Análisis de la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosa, y su relación con la autoestima de un grupo de jóvenes guatemaltecas" en donde tenía como objetivo realizar un análisis de la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosa, y su relación con la autoestima en un grupo de jóvenes de colegios de nivel socioeconómico alto de la ciudad de Guatemala. Utilizó una muestra de 182 estudiantes mujeres, entre los 13 y 19 años de edad a las cuales se les aplicó el instrumento "¿Deseas intensamente ser delgada?" de la Dra. K. Kim Lampson y la prueba de autoestima EAE de Autoestima de M. S. Lavoegie adaptada para Guatemala por Rodas y Aguirrezábal. El diseño de investigación fue Ex Post Factum, logrando así concluir que no existe diferencia entre la media de los tres grupos, lo cual indica que no hay una diferencia significativa en el nivel de autoestima entre el grupo de adolescente clasificado como normal y un grupo con tendencias a la anorexia o bulimia nerviosa; sin embargo se recomendó que se impartan conferencias anuales relacionadas con los

trastornos alimentarios, tanto para padres como para las alumnas, para así proporcionar información a las adolescentes en riesgo y prevenir dichos trastornos.

En el ámbito internacional también se han realizado diversos estudios, entre ellos:

Jáuregui, Candau, Bolaños, Berriatúa, Jaramillo, González, Millán, León, Martí, Villalobos y Vargas (2009) llevaron a cabo una investigación en Sevilla, España, titulada: "Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria" en la cual se plantearon como objetivo analizar la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes. Tomaron una muestra de 841 estudiantes de España, de 12 a 19 años, analizaron conductas alimentarias, se estudiaron diferencias en función del sexo y edad, y se analizó la relación de dichas conductas con el grado de insatisfacción corporal. Obteniendo como conclusión hubieron resultados significativos de 21.9% en el SCOFF y 7.17% EAT-40, por sexos hubo diferencias significativas ya que se observa un descenso del riesgo en las mujeres y un incremento en los varones. También muestra la existencia de una mayor inconformidad corporal en los adolescentes de sexo femenino de 12 a 17 años y la diferencia entre mujeres y hombres se encontraba en las alteraciones alimentarias, centrándose en los adolescentes de 14 a 16 años.

Lobera, Polo, González y Morales (2007) realizaron una investigación llamada: "Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla", con el objetivo de recoger la percepción sobre las personas obesas y analizar las diferencias que pudieran existir entre estudiantes y pacientes con trastornos alimentarios. Esta fue llevada a cabo en Sevilla, España; donde utilizaron una muestra de 138 estudiantes y 50 pacientes, con anorexia o bulimia, que asignaron calificativos sobre la personalidad de las personas obesas utilizando un listado de adjetivos.

Llegando a la conclusión de que conocer la percepción de la obesidad es fundamental para el trabajo psicoeducativo y la prevención de alteraciones psicopatológicas asociadas. Y dentro de los trastornos alimentarios la obesidad representa “lo más temido”, por lo que conocer las teorías que subyacen en dichos pacientes acerca de la obesidad es importante. Recomendando que se debe tomar el sobrepeso como un elemento fundamental del tratamiento.

Así mismo González, Llapur y Rubio (2009) realizaron la investigación: “Caracterización de la obesidad en los adolescentes” en la cual utilizaron como objetivo principal caracterizar la obesidad en los adolescentes en relación con la frecuencia de presentación, presencia de antecedentes personales y familiares, estilos de vida inadecuados y enfermedades asociadas. Se utilizó un estudio de corte transversal, retrospectivo, utilizando una muestra de 180 adolescentes de 4 consultorios médicos de Policlínico Plaza. Estudio realizado en la Habana, Cuba. Llegándose a la conclusión que el sobrepeso corporal y la obesidad se presentaron con frecuencia en los adolescentes, y estuvieron relacionados de manera significativa con el alto peso al nacer y la hipertensión arterial como enfermedad asociada frecuente.

Ramos, Rivera y Moreno (2010) realizaron la investigación en Sevilla, España. “Diferencias de Sexos en Imagen Corporal, Control de Peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles” la cual tenía como objetivo examinar las diferencias entre 21,811 chicos y chicas adolescentes entre 11 y 18 años, en variables clave en el desarrollo de trastornos de alimentación como: el índice de masa corporal, la percepción y satisfacción de la imagen corporal y las conductas destinadas a controlar el peso. Obteniendo como resultado importantes diferencias entre chicos y chicas, como que las chicas tenían una puntuación más ajustada en el índice de masa corporal y presentaban un nivel menor de sobre peso y obesidad, sin embargo en su mayoría se percibían como obesas; también son quienes estaban más insatisfechas con su imagen

corporal y las que realizaban más dietas para adelgazar. A su vez se concluyó que lo que mueve a las chicas y chicos a realizar dietas para adelgazar no es el peso corporal real, sino la percepción que tienen de su cuerpo.

Calderón, Forns y Varea (2010) investigaron: “Implicación de la ansiedad y de la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad”, llevada a cabo en Barcelona, España. Se planteó el objetivo de comparar los niveles de ansiedad, depresión y trastornos de alimentación en jóvenes atendidos en un hospital pediátrico por obesidad, y así determinar si la ansiedad y la depresión explican los síntomas de trastornos de alimentación. Se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando una muestra de 281 jóvenes (56% fue mujeres) entre 11 y 17 años, a las cuales se les aplicó el Cuestionario “Eating”, Disorders Inventory-2 (EDI-2), cuestionario de depresión (CDI) y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Obteniendo como conclusión que los programas de prevención de la obesidad deberían incluir la insatisfacción corporal y la ansiedad, rasgo en los protocolos de evaluación y tratamiento, y prevenir que la ansiedad se instaure como rasgo de personalidad.

Salazar (2008) llevo a cabo la investigación: “Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez” que tuvo como objetivo general describir el estado de satisfacción corporal en un grupo de adolescentes costarricenses de ambos sexos. Y busco analizar la importancia de la imagen corporal en la adolescencia dentro del contexto de una cultura donde el ser delgado está estrechamente relacionado con el atractivo físico. El tipo de investigación es no experimental, tipo correlacional transversal de campo, donde se establecen comparaciones entre las variables (sociodemográficas e imagen corporal). Utilizó como muestra 594 adolescentes con porcentajes muy equitativos en género, pertenecen a colegios públicos y privados de San José, Costa Rica. El instrumento para medir el grado de satisfacción corporal se basó en el test de García, Tornel y Gaspar, adaptado por Raich, Torras y Sánchez en el

año 2001. Una vez analizado los resultados se llegó a la conclusión que la adolescencia es un período para crear hábitos y comportamientos para mantenerse sano, por lo mismo recomendó investigar y atender los fenómenos sociales que atentan contra los buenos hábitos en esta etapa. Concluyendo también que la construcción de la imagen corporal debe tratarse como un fenómeno sociocultural, que actualmente está presentando una situación anómala y debe de ser considerada desde diferentes enfoques.

Galarsi, Correche y Ledezma (2010) llevaron a cabo la investigación: “Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes” con el objetivo de evaluar los factores, actitudes y conductuales asociados a los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes, en 94 alumnas entre 18 y 22 años de edad, pertenecientes a la Universidad Nacional de San Luis, Argentina; de la Facultad de química, bioquímica y farmacia. Se aplicó el instrumento: EDI-2: Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria. Fue una investigación descriptiva y análisis de diferencia de medidas. Concluyéndose que los valores encontrados en las subescalas fue: insatisfacción corporal, ineficiencia, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal, conciencia introspectiva e inseguridad social, marcando una tendencia de riesgo moderado de padecer un trastorno alimenticio.

En una investigación llevada a cabo en España, por Gonzales, Aguilar, Álvarez, Padilla y Valenza (2012): “Estudio antropométrico y valoración del estado nutricional de una población de escolares de Granada; comparación con los estándares nacionales e internacionales de referencia” con el objetivo realizar una valoración del estado nutricional y composición corporal mediante antropometría en una población de escolares estudiada con los estándares nacionales e internacionales de referencia. Obteniendo como resultado que la prevalencia general de sobrepeso en ambos sexos fue del 22,03% y la tasa de obesidad del 9,12%. También se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre la variable peso para la edad y el sexo, y la variable estatura para la edad y sexo. Y con los datos obtenidos del índice de masa corporal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo pero sí respecto de la variable edad.

Para sustentar este estudio es necesario hacer una revisión bibliográfica sobre los temas que se abordaran con el objetivo de contextualizar, haciendo énfasis en que en este caso no se hablara de trastornos de alimentación como tal, sino de problemas alimenticios que pueden afectar a los jóvenes: anorexia, bulimia y obesidad.

A continuación se presentan los fundamentos teóricos para tener una mejor conceptualización de los problemas de alimentación, especificando cada uno de los abordados en esta investigación junto con causas, síntomas y consecuencias; seguido del amplio tema de la adolescencia para tener un mejor conocimiento y entendimiento del por qué este estudio se centra en los adolescentes.

1.1 PROBLEMAS ALIMENTICIOS

Kolodny (2000) plantea que actualmente se vive en una sociedad que gira alrededor del peso, la moda y dieta, pero esto es derivado de que se tiene la idea de que la belleza física es lo más importante. Para que una mujer pueda llamarse “bella”, debe de ser delgada, esbelta ya que este tipo de mujer, según la sociedad por algún extraño motivo, tienden a ser más elegantes, afortunadas e interesantes, en conclusión superiores a las que no siguen dicho esquema. Influyendo en el desarrollo de problemas alimenticios. Muchos de los jóvenes al intentar con mucha energía alcanzar esta imagen pueden llegar a un desgaste no solo físico sino psicológico evitando que logren conocerse a sí mismos, el desarrollar y explorar habilidades para formar lazos afectivos. Planteando que hay tres términos que interactúan y que cambian debido a diversos factores,

presentes en estos problemas: el esquema, la imagen corporal, la autoestima y autopercepción.

Según el autor el esquema es: “el sentido de quien eres y en quien quieres llegar a ser o en otras palabras, tu identidad la cual va cambiando según influencias externas como expectativas de los padres, valores, creencias, opiniones de amigos, modas, ídolos, etc”. La imagen corporal es cuan contento o satisfecho se sienta un persona con su aspecto, con la forma de su cuerpo, con su tamaño. Esta se desarrolla a lo largo del tiempo, debido a la atención que se presta a las tres “p”: los padres, los pares y la prensa; de ellos la persona toma lo que le gusta y desecha el resto, trasformando lo que se quedó en su propia imagen corporal.

Mientras que la autoestima y autopercepción se relacionan, en el cómo la persona se evalúa a sí misma, en lo que cree que los demás piensan de ella y el cómo interpreta sus reacciones hacia sí misma. Comentando que lo que puede llegar a ser muy delicado es el que las conductas, como el vómito, el comer compulsivamente, tomar laxantes, el verse constantemente al espejo, el hacer ejercicio constantemente, etc. se transformen en hábitos, los cuales tienen un desencadenante: ya sea una emoción, una situación, una persona o lugar. Se llega a la conclusión que los hábitos pueden llegar a ser positivos o negativos pero siempre su objetivo es el ayudar a alivianar una situación tensa, a sentir pertenencia con un grupo, a mejorar el estado de ánimo y emocional; siendo aquí cuando puede ser que algo que empezó como conducta, surgió como hábito se convierta en una obsesión, compulsión o adicción siendo en estos casos un hábito con un efecto negativo. Toda la atención está en el objeto de obsesión, más que en la familia, amigos, y obligaciones escolares; empezando a dirigir sus acciones y actividades a satisfacer esa obsesión.

Mientras que las personas con hábitos con efectos positivos diremos que son aquellas que no tienen obsesiones, compulsiones ni adicciones, tienen hábitos y una comunicación que facilita las relaciones con la familia, amigos y conocidos. Se hace

referencia a los hábitos ya que estos son los que se transforman en trastornos alimentarios. Por ejemplo para las personas con anorexia la comida no es un medio para mantenerse con vida sino un enemigo al que deben evitar a toda costa. En el caso de las personas con bulimia las ansias por ciertas comidas se transforman en conductas semejantes a adicciones físicas, al igual que las personas que son obesas, solo que en este caso es la obsesión por consumir excesos de comida o la preferencia por alimentos no sanos.

Ogden (2005) plantea que la obesidad es un problema relacionado con la conducta de comer, colocándolo dentro de los problemas alimenticios, sin catalogarlo como un Trastorno de alimentación.

Según Raich (2001) los trastornos alimenticios se refieren en general a aquellos problemas que comparten graves problemas en la ingesta, pero afirma que su base o fundamentos se hallan siempre en alteraciones psicológicas.

1.2 ANOREXIA

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (En inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*, (2002)) la anorexia nerviosa: “consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.” (American Psychological Association, 2002, p. 654).

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla, iniciando en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, logrando pérdida de peso mediante una disminución del alimento total. Las personas inician por excluir de su dieta los alimentos con alto contenido calórico, terminando con una dieta muy restringida, pero pueden utilizar otros métodos para perder peso como los vómitos provocados, uso inadecuado de laxantes y diuréticos o el

ejercicio excesivo. Otra característica principal de las personas con este diagnóstico es el miedo intenso por subir de peso o convertirse en una persona obesa, este miedo no desaparece sino aumenta aunque la persona pierda peso. Presentan comportamientos obsesivos como el pesarse constantemente con una báscula o verse al espejo repetidamente sus partes obesas, cuando logran perder peso lo ven como un logro de su autodisciplina y si se da un aumento de peso, lo ven como un fracaso inaceptable de su control.

Raich (2001) indica que las personas con este trastorno por lo general acuden al médico debido a un malestar somático y psicológico que le ocasionan el comer poco, siendo un síntoma común que tengan poca conciencia de su alteración, negándolo o excusándose con historias poco creíbles.

Existen dos subtipos:

- Tipo restrictivo: Cuando se logra la pérdida de peso con la realización de dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso.
- Tipo compulsivo/purgativo: Cuando se da una pérdida de peso debido a purgas o recurre regularmente a atracones, e inclusive ambos.

Raich (2001) indica también que este es un problema mucho más común en las sociedades industrializadas, en las que abunda la comida y en las que el estar delgado está relacionado con el ser atractivo, un 90% de los casos de anorexia se da en mujeres.

Goldman (2000) plantea que este trastorno puede llegar a la mortalidad a largo plazo, en los centros de hospitalización en centros universitarios es aproximadamente un 10%, producido principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

SÍNTOMAS

Según Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- El tener un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, inclusive estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En mujeres que ya tuvieron la menarquia, presencia de amenorrea, la ausencia del ciclo menstrual.
- En mujeres que no has desarrollado el atraso de la menarquia.

CAUSAS

Toro (2004) comenta que no se conocen certeramente las causas, pero sí se puede afirmar que hay factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que hacen más fácil la aparición del trastorno de anorexia nerviosa.

- *Factores Biológicos:*

Son los que hacen a una persona más vulnerable a padecer este tipo de trastorno, así mismo la adolescencia es un factor por ser una etapa donde la persona es muy susceptible o que se presta para llegar a desarrollar este trastorno.

Toro (2004), plantea que a través de estudios de genética familiar se dieron a conocer la existencia de diferentes factores genéticos que están íntimamente relacionados con el ambiente, presentando tres factores indispensables: efectos aditivos es lo propio de rasgos determinados por herencia poligénicas, efectos del ambiente compartido que se refiere al ambiente familiar o social donde se ha desarrollado y las influencias del

ambiente no compartido, que son las diferentes experiencias que puede tener una persona.

- *Factores Psicológicos:*

Dentro de estos factores se encuentra cualquier perfil de personalidad, los diferentes rasgos predominantes como el neurotismo, la introversión, características obsesivas, como principal el perfeccionismo, la competitividad, auto estima baja, autoevaluación negativa, evitación de daños, dependencia a la gratificación y una autodirección baja. Se puede encontrar otros estresores, pero en diversas situaciones traumáticas, especialmente el abuso sexual y el maltrato físico infantil; entre otras el embarazo, el envejecimiento, los cambios de apariencia, etc. Estos también son conocidos como factores de riesgo inespecíficos, es decir que pueden influir en la aparición de este trastorno o de otras patologías, esto según Toro (2004).

Según Raich (2001) en este factor se identifica que las personas tienden a dar una respuesta lábil y entre más lábil es, representa que manejan un mayor grado de ansiedad e inestabilidad emocional.

- *Factores culturales o sociales:*

Kolodny (2000) comenta que dentro de estos se encuentra la estructura familiar, estresores familiares, funcionamiento familiar, estilos educativos, vínculos afectivos, psicopatología familiar, clases sociales, grupos peculiares de la población en general, los medios de comunicación, conversaciones, publicidad, rechazo del obeso, el papel social de la mujer, juegos y juguetes utilizados. A través de diversas investigaciones se llegó a la conclusión de que no existe ningún tipo de estructura familiar, ni funcionamiento familiar, ni estilos educativos parentales que puedan considerarse como factores de riesgo, pero se ha observado que separaciones, divorcios, y conflictos

conyugales se dan más en familias de pacientes anoréxicas. De igual manera las familias tienden a ser escasamente cohesionadas, poco expresivas y susceptibles al estrés. En conclusión lo que particularmente afecta a los adolescentes en las relaciones familiares son las transmisiones de actitudes ante el cuerpo y el peso, y las conductas por controlar este, los comentarios desaprobatorios acerca del aspecto físico, burlas, y bromas, realizada por los padres, crean en los hijos, especialmente en las hijas preocupación por el cuerpo y el peso que se relacionan con su insatisfacción corporal.

Caparros y Sanfeliú (1997) por otro lado plantea que se tiene como factor de riesgo importante el modelo estético corporal establecido culturalmente. Se ha desarrollado y difundido a través de los años un modelo estético corporal delgado femenino y los medios de comunicación han demostrado una gran eficacia para divulgarla y potenciar el culto a la delgadez, proporcionando información sobre dietas y actividad física adelgazante, mensajes de productos y servicios para controlar el peso y moldear el cuerpo. Comprobándose en varias ocasiones que las adolescentes son las más vulnerables a tales influencias.

Dentro de la sociedad existen varios grupos de personas que buscan perseguir peligrosamente un cuerpo delgado junto con los riesgos que esto representa, siendo un mensaje transmitido por los medios de comunicación, familia, compañeras que funcionan como intermediarios personales de los medios y el rechazo social del sobrepeso, es decir a las personas gorditas y obesas. (Caparros y Sanfeliú, 1997).

CONSECUENCIAS

Ogden (2005) explica que alrededor del 50% de las personas diagnosticadas con anorexia llegan a alcanzar el peso corporal normal y que dentro de las consecuencias habrán tanto psicológicas como físicas.

Entre las complicaciones físicas se encuentran:

- La muerte, siendo la consecuencia más extrema. Un estudio demostró que las mujeres con anorexia tienen una probabilidad de suicidarse 58.1 veces mayor a la de una mujer sana equivalentemente, lo que conlleva a un riesgo elevado de mortalidad. Sin embargo pueden causar la muerte infartos de miocardio, infecciones o complicaciones gastrointestinales; debido a su debilidad física.
- El esqueleto y los dientes, porque la adolescencia es una época clave para el desarrollo de los huesos y con la mal nutrición que mantienen las personas con anorexia se da un crecimiento defectuoso de estos, causando más adelante raquitismo u osteoporosis y la erosión dental se da por los constantes vómitos, pues causan la erosión del esmalte dejando vulnerable el diente para caries.
- La función reproductora, porque el hambre afecta directamente el funcionamiento menstrual y la ausencia de este dificulta la probabilidad de embarazo o si se da el embarazo, serian bebés prematuros y muy pequeños que conlleva una serie de complicaciones.
- Los sistemas cardiovasculares, esto se debe a infartos de miocardio causados por los bajos niveles de calcio o magnesio o por un colapso de la válvula mitral del corazón. Y al sistema nervioso debido a que se dan cambios como la reducción de la glándula pituitaria, cambios en el área del mesencéfalo, ensanchamiento de las cisuras y dilatación del sistema ventricular. Estos cambios pueden estar relacionados con aspectos funcionales como déficit de atención, memoria, análisis viso-espacial y aprendizaje. Sin embargo no hay suficientes pruebas que confirmen esta teoría.

Y entre las complicaciones psicológicas se encuentra la depresión, trastornos de ansiedad entre estos siendo los más comunes la fobia social y las conductas obsesivo-compulsivas, según Ogden (2005).

1.3 BULIMIA

Según El DSM-VI-TR (2002) la bulimia nerviosa consiste en:

“atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Estos atracones de comida y conductas compensatorias inadecuadas deben darse por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.” (p. 660).

Los atracones consisten en ingerir una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas come en un periodo corto de tiempo, este puede iniciar en un restaurante y terminar en casa. Por lo general los alimentos que se tienden a consumir son dulces, y alimentos con un alto contenido calórico según el DSM-IV-TR (2002).

Luego de un atracón, las personas con este trastorno tienden a sentirse avergonzados de su conducta, teniendo la sensación de falta de control e intentan esconder los síntomas, realizando estas conductas en escondidas o lo más disimuladamente posible. Estos atracones ayudan a reducir la disforia transitoriamente pero luego se suele provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. (DSM-IV-TR, 2002)

DSM-VI-TR (2002) plantea que la purga que llevan a cabo luego de los atracones es por lo general el vómito, utilizándolo el 80-90% de los casos que reciben atención clínica. Las personas con este trastorno pueden pasar sin comer uno o más días, realizan ejercicio físico intenso, para compensar los alimentos y calorías ingeridas durante los atracones. Este trastorno inicia generalmente en la adolescencia o al principio de la vida adulta y para ser diagnosticado deben estar presentes las alteraciones alimentarias a menos durante varios años.

Según DSM-IV-TR (2002) existen 2 tipos:

- Tipo purgativo: Cuando la persona se ha provocado el vómito, ha realizado mal uso de los laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: Cuando la persona ha utilizado otras técnicas compensadoras inapropiadas, como el ayunar o realizar ejercicio excesivo y que no se ha provocado el vómito ni ha hecho uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

El peso de la persona con este trastorno se encuentra dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o debajo de la normalidad y este trastorno puede aparecer en personas con obesidad moderada. Y por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa y reciben atención clínica, son mujeres. (Reich, 2001).

SÍNTOMAS

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a lo que ingieren la mayoría de las personas en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- Tiene conductas compensatorias inadecuadas que realiza de manera repetida con el fin de no ganar peso. Ejemplo: vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo, etc.
- Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas se realizan por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Según Palazzoli et al (1999) existen los síntomas secundarios:

- La piel tiene un aspecto seco, escamoso y gris.

- Los resultados de la exploración endocrinológica no muestran ninguna alteración específica de la enfermedad.
- Existe una atrofia muscular y la fuerza física se conserva hasta que esté más avanzada la enfermedad.
- Cuando el cuerpo pone en funcionamiento el mecanismo de ahorro energético llega a producir bradicardia, hipotensión, reducción de la circulación periférica e hipotermia (por debajo de 35 grados), y disminución de los valores basales.

Según Goldman (2000) dentro de las alteraciones características del sistema nervioso vegetativo se encuentra la hipertonia simpática que llega hasta un agotamiento simpático total en estadios posteriores; con la recuperación se mejora.

CAUSAS

Según Ogden (2005) comenta que dado el interés por la temática de los problemas alimenticios se han realizado más investigaciones proporcionando teorías de su causalidad. Se plantea que existen diversos factores, entre ellos:

- *Genéticas:*

A través de varias investigaciones se ha observado que la probabilidad de que un pariente de un paciente con bulimia, padezca un trastorno alimentario, era diez veces mayor a la población control. Esto quiere decir que en las familias donde se ha identificado con anterioridad la bulimia en algún miembro, va a presentar de nuevo este trastorno, pero en otro miembro de la familia. Se han realizado estudios gemelares a través de los cuales es mejor diferenciar los factores ambientales de los genéticos. Demostrando que hay una mayor influencia genética sobre la anorexia que en el desarrollo de la bulimia.

- *Psicológicas:*

Raich (2001) al hablar de estos factores hace referencia a aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Se presentan aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que giran en torno a la comida, peso y aspecto general. Creando pensamientos dicotómicos, inferencia arbitraria, pensamientos supersticiosos, generalizaciones excesivas, ideas autorreferenciales, uso selectivo de la información y magnificación de lo negativo. Por ejemplo: “Si comes a gusto, engordaras”, “no conseguiré controlarme nunca”, etc.

Se encuentra el sentimiento de fealdad, el cual aparece al compararse con los ideales culturales y que la sociedad impone. Creando comparaciones injustas, observándose únicamente los “defectos”, la sensación de fealdad nuevamente y culpa, mal humor y la predicción de la desgracia. La fotografía mental de su cuerpo no corresponde a una estimación objetiva, la evaluación de un objeto como el cuerpo que esta aliado con el auto estima amenaza con el propio valor y produce ansiedad, lo que no favorece a la objetividad según Raich (2001).

- *Sociales:*

Aquí se encuentra la influencia de los medios de comunicación, conversaciones entre los mismos adolescentes, la publicidad y el rechazo del obeso. (Raich, 2001).

CONSECUENCIAS

Ogden (2005) se producen alteraciones graves de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio; estos son importantes ya que son necesarios para la producción de energía eléctrica natural del organismo. Se da la amenorrea que consiste en la perdida de los ciclos menstruales, lo cual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis. Como también puede producir atrofia muscular que es el desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a sí mismo.

Hay un aumento del azúcar en la sangre que puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad. Pueden presentarse problemas en el hígado o riñones y conducir a un deterioro neurológico o mental. Callos o hematomas en los dedos de la mano, por el uso recurrente de los dedos para provocarse el vómito. Puede provocar cáncer de garganta y cuerdas vocales debido a trastornos de reflujo ácido.

Según Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) puede producir convulsiones, debilidad, fatiga, deterioro de la dentadura que ocurre por desnutrición o por la erosión de los ácidos gastrointestinales a la hora de vomitar. Depresión que induce al suicidio y un descenso de la temperatura corporal.

1.4 OBESIDAD

La Organización Mundial de La Salud (OMS, 2011) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, en otras palabras el exceso de tejido graso del organismo.

Según La Organización Mundial de la Salud (2011) el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple que se utiliza normalmente, en donde se hace una relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La definición de la OMS (2011) es la siguiente:

“Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.”

CAUSAS

Según Rosales (2007) en la obesidad ocurre un fallo crónico en equilibrar la ingestión de nutrientes con su eliminación (oxidación). Sin embargo, hay varias causas de obesidad, en las cuales intervienen factores genéticos (endógenos) y ambientales (exógenos), las cuales están íntimamente relacionados en el desarrollo de la obesidad.

- Factores genéticos

Según Rosales 2007, dentro de los factores genéticos específicos se ha comprobado que existen mutaciones genéticas que se asocian con la obesidad como:

- ✓ Diferentes variantes del gen de la leptina, (sustancia liberada por las células grasas y también posiblemente por las células del estómago que normalmente estimula al hipotálamo para suprimir el apetito).
- ✓ Un gen llamado gen del receptor de la melanocortina-4, que juega un papel en el establecimiento de la necesidad de comer, es deficiente en algunas familias con historia de obesidad.
- ✓ Los investigadores también han identificado una mutación del gen de una proteína llamada proopiomelanocortina, que provoca un síndrome compuesto por obesidad, cabello rojo, y deficiencias en las hormonas del estrés.
- ✓ Los factores genéticos también determinan el número de células grasas que tiene una persona, y resulta que algunas personas nacen con un mayor número de adipocitos.
- ✓ Los factores neuroendocrinos y metabólicos propios de una persona pueden conducir a bajos niveles de lipólisis, en la oxidación de los ácidos grasos o en distribuciones particulares de su tejido adiposo.

- Factores exógenos o ambientales

Rosales (2007) comenta que el estrés, el estado emocional no importando desde que manera se analice, se afirma que tienen una repercusión significativa en la obesidad o sobrepeso de algunas personas, especialmente en su influencia sobre el apetito. La

obesidad puede ser debido a un exceso de consumo de alimentos energéticos en forma de glúcidos, grasas o proteínas, en relación con los requisitos energéticos de la persona, lo cual está generalmente condicionado por patrones culturales y alimentarios personales que caracterizan diferentes regiones del mundo. Se encuentran los cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida que favorecen la obesidad, principalmente en los países ricos, pero también en muchos del tercer mundo, los cuales se han acompañado de un creciente y preocupante incremento de los niveles de obesidad de la población, tanto infantil como adulta.

La OMS (2011) plantea como causa de la obesidad la ingestión de grasas, esto tiene una particular importancia debido al elevado valor calórico de las grasas que se ingiere y que después no se estimula al organismo para su oxidación. Siendo necesario para evitar el almacenamiento de las grasas consumidas en exceso, estimular la oxidación.

Gwendolyn (2009), en el artículo “New factor in teen obesity: parents” comenta que un grupo de investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles han descubierto que los adolescentes tienden más a comer al menos cinco porciones de frutas y vegetales al día si sus padres lo hacen. Por el contrario, los jóvenes que sus padres consumen comida rápida, tienden a hacer lo mismo que ellos. Llegando a la conclusión los científicos, que los buenos hábitos de alimentación comienzan en los hogares: si los padres comen mal, los niños también comerán mal.

CONSECUENCIAS

- **Biológicas**

Según la OMS (2011) entre las consecuencias biológicas se pueden encontrar las enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular (en 2008 fueron la causa principal de defunción), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor, especialmente la osteoartritis y algunos cánceres como: el endometrio, de mama y del colon. Tomando en cuenta que entre mayor es el

Índice de Masa Corporal (IMC) más propenso está a padecer una de estas consecuencias

- Psicológicas

Silvestri, Stavile y Hirschman (2005) plantean que dentro de las consecuencias psicológicas se encuentran las alteraciones psicológicas frecuentes, en donde se halla la imagen corporal distorsionada, la conducta de atracones de alimento, ansiedad, depresión y trastornos de sexualidad. También plantean otros conflictos psicológicos, en donde se encuentran el valor que las personas obesas le dan a la comida, el miedo a ser delgados, la obesidad como un método para evitar situaciones deseables, el desequilibrio que manejan entre satisfacción e insatisfacción, las personas que utilizan la obesidad como castigo o como un mecanismo de evitación, o como una forma para destrucción de la figura femenina e inclusive hace referencia a el papel de la pareja y de los padres con la persona obesa.

- Psicosociales

Según Raich (2001) existe la evidencia de discriminación social de los obesos, siendo mucho más clara en el caso de las mujeres, manteniendo un nivel económico bajo y con menor posibilidad de contraer matrimonio. Además de que se ha demostrado que para habilidades y formaciones similares, las personas obesas tienen más dificultad para ser valoradas por sus compañeros.

1.5 ADOLESCENCIA

Papalia, Wendkos y Duskin (2005) explican que la adolescencia es una transición en el desarrollo, en otras palabras es el paso de la niñez a la edad adulta, la cual implica una serie de cambios importantes físicos, cognoscitivos y psicosociales.

La adolescencia inicia con la pubertad aproximadamente de los 11 ó 12 años a los 19 o inicio de los 20, también puede darse una adolescencia temprana de los 11 ó 12 años a

los 14 años. Es una etapa donde se establecen los patrones de conducta que contribuyen a altos riesgos como el beber en exceso, abuso de drogas, entre otros. Donde se contribuye de igual manera a la madurez emocional, que puede depender de logros que realice la persona, como el descubrimiento de la propia identidad, el independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y la formación de relaciones.

Dentro de sus características y cambios importantes en esta etapa del desarrollo se encuentran:

- Desarrollo físico

Papalia, et al (2005) los cambios biológicos de la pubertad son los que señalan el final de la niñez, iniciando con un aumento en la producción de hormonas sexuales contribuyendo al crecimiento de vello púbico, axilar y facial a un principio, luego de unos años en las niñas los ovarios aumentan su producción de estrógeno lo cual estimula el crecimiento de genitales femeninos y desarrollo de los senos. En los varones los testículos incrementan la producción de andrógenos, en especial de testosterona estimulando el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Tanto las niñas como los niños tienen ambos tipos de hormonas, sin embargo, en las niñas existe un nivel más alto estrógeno y los niños de andrógenos.

Otro cambio es un estirón del adolescente el cual ocurre antes en las mujeres que en los hombres, este estirón afecta todas las dimensiones esqueléticas y musculares, como por ejemplo la mandíbula inferior se hace larga y gruesa, la mandíbula y nariz de proyectan más y los dientes incisivos son más salientes. La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que cualquier otro aspecto de sí mismo, las mujeres son las que tienen una mayor insatisfacción lo cual se ve influido por las atribuciones físicas de las mujeres que se transmite culturalmente, creando una imagen corporal negativa que puede llevarlas a padecer problemas alimenticios.

Existen características sexuales primarias y secundarias. Las características primarias es en donde los órganos necesarios para la reproducción se agrandan y maduran

durante la etapa de la adolescencia. En la mujer son: ovarios, trompas de falopio, útero y vagina. En el hombre son: testículos, pene, escroto, vesículas seminales y la próstata. Y las características secundarias incluyen los signos fisiológicos de madurez sexual que no involucran directamente los órganos sexuales. Por ejemplo en la mujer el desarrollo de los senos y en los hombres los hombros anchos que llegan a desarrollar, en ambos el vello, los cambios de voz, etc. Otros signos de madurez sexual son: la espermarquia que consiste en la primera eyaculación de un hombre y la menarquia, que consiste en la primera menstruación de una niña.

Las principales preocupaciones de salud en esta etapa son: la condición física porque muchos no se sienten a gusto consigo mismo por los cambios físicos que atraviesan, las necesidades de sueño porque muchos no duermen lo suficiente y si esto sucede tiende a mostrar síntomas de depresión, problemas de sueño y un mal desempeño en la escuela; los trastornos alimenticios por que pueden tener efectos cognoscitivos, el abuso de drogas como el alcohol, tabaco o mariguana, la depresión la cual es más propensa a padecerla las niñas que maduran temprano, y las causas de muerte en la adolescencia como los accidentes en carro, suicidio siendo importante recalcar que pueden prevenirse. (Papalia, et al, 2005).

- Desarrollo Cognoscitivo

Según Piaget citado por Papalia, et al (2005) cuando se llega a la adolescencia se inicia el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo: las operaciones formales, en esta etapa las personas son capaces de integrar lo que han aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro, existe el desarrollo de un pensamiento flexible que no era posible en la etapa de las operaciones concretas. Siendo capaz de presentar razonamiento hipotético-deductivo, que se conoce como la capacidad para desarrollar una hipótesis, diseñar un experimento y ponerlo a prueba, que proporciona al adolescente una herramienta para resolver problemas.

Según Papalia, et al (2005) es este el momento del desarrollo del lenguaje donde el vocabulario sigue aumentando a medida que la lectura se vuelve más adulta, logrando entre los 16 y 18 años promedio conocer acerca de 80,000 palabras. Con la adquisición del pensamiento formal los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia, libertad, etc. Utilizando con mucha más frecuencia términos como sin embargo, de lo contrario, de todos modos, etc. Para expresar relaciones lógicas.

Durante la adolescencia las mujeres y los hombres presentan características inmaduras del pensamiento, según Elkind citado por Papalia, et al (2005). Pueden llegar a ser groseros con los adultos, tienen problemas para decidir que ponerse cada día, y a menudo actúa como que si el mundo gira alrededor suyo. Dicha conducta surge de la inexperiencia de los adolescentes en el pensamiento de las operaciones formales, esta inmadurez se manifiesta en por lo menos seis características:

1. Idealismo y carácter crítico: a menudo que los adolescentes prevén un mundo ideal y cuando se dan cuenta de lo lejos que esta de serlo el mundo real, tienden a culpar a los adultos.
2. Tendencia a discutir: por que buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal.
3. Indecisión: debido a su inexperiencia no cuenta con estrategias efectivas para elegir o tomar decisiones.
4. Hipocresía aparente: el no reconocer la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.
5. Autoconciencia: la habilidad de razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. Elkind, citado por Papalia, et al (2005) lo conoce como la audiencia imaginaria, es decir, un observador conceptualizado que esta tan preocupado por los pensamientos y conductas del joven como él mismo, que existe únicamente en la mente del adolescente.
6. Suposición de ser especial e invulnerable: que se le conoce también como fábula personal, para llamar a la creencia de los adolescentes de que son especiales,
- 7.

que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que rigen al resto del mundo.

Se desarrolla un razonamiento moral en donde un adulto puede quedarse en una de las etapas, independientemente de su edad. El cual describe Kohlberg, citado por Papalia, et al (2005), en tres niveles:

1. Moralidad preconventional (de 4 a 10 años de edad): cuando las personas actúan bajo controles externos o por interés propio.
2. Moralidad convencional (de 10 a 13 años de edad): cuando las y los adolescentes han interiorizado los estándares de las figuras de autoridad, presentando una preocupación por ser buenas, agradar a los demás y mantener el orden social.
3. Moralidad posconvencional (adolescencia temprana, en la edad adulta temprana o nunca): este es cuando las personas reconocen los conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios del bien, la imparcialidad y la justicia.

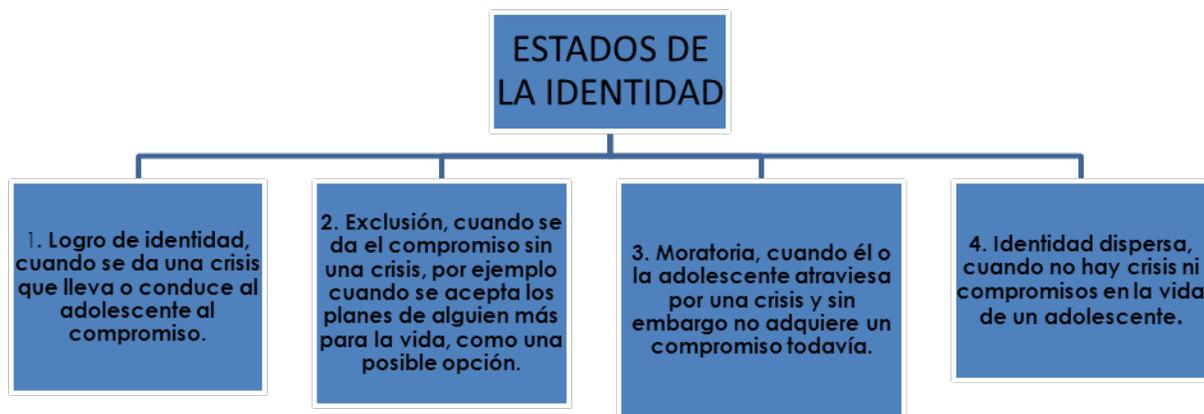
- Desarrollo Psicosocial

Es la búsqueda de la identidad en el adolescente. Según Erikson la identidad es una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias con las cuales la persona está sólidamente comprometida.

Gracias al desarrollo cognoscitivo de los adolescentes ahora pueden construir una teoría del yo. A diferencia de los niños pequeños que copian un modelo, los adolescentes forman su identidad modificando y sintetizando las identificaciones anteriores. Pero para lograr formar una identidad los adolescentes deben de tener claro cuáles son sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan expresarlos en un contexto social. Por lo cual la confusión de identidad es un gran peligro en esta etapa del desarrollo.

A través de una serie de investigaciones Marcia, citada por Papalia, et al (2005), encuentra cuatro etapas diferentes del desarrollo del yo o estados de la identidad, los cuales están relacionados con varios aspectos de la personalidad y de la presencia o ausencia de crisis y compromiso. Cuando se hable de crisis, se refiere al término de Marcia para un período donde el adolescente debe tomar decisiones de forma consciente que van a influir en su formación de la identidad. Y cuando se hable de compromiso, se refiere a la inversión personal en una ocupación o en un sistema de creencias.

Según Marcia citada por Papalia, et al (2005), existen cuatro estados de identidad.



Papalia, et al (2005) indica que existen otros factores en la formación de la identidad como la sexualidad, el reconocer su propia orientación sexual, el lidiar con la excitación sexual y establecer vínculos románticos o sexuales es parte de la adquisición de la identidad sexual. El tener consciencia de la sexualidad es un aspecto importante que afecta de manera profunda la imagen propia y las relaciones con sus pares.

Las relaciones con sus pares son muchos más frecuentes que con la familia, sin embargo permanecen más cercanos a los padres de lo que por lo general se piensa, los adolescentes sienten tensión entre la dependencia de sus padres y la necesidad de

desprenderse, por lo cual se van dando cambios en las interacciones familiares pero conforme estos ganan autonomía, y desarrollan relaciones familiares maduras, los adolescente seguirán buscando en los padres comodidad, apoyo y consejo. Según Papalia et al (2005).

Conforme los adolescentes se separan de su familia y se relacionan más con sus pares, Jackie Robinson citado por Papalia et al (2005) descubre que es una fuente de apoyo emocional durante la transición de la adolescencia o causa de una depresión, comportamiento que los padres rechazan. Se puede decir que los adolescentes que sufren cambios físicos rápidos se sienten cómodos al estar con otros que pasan por cambios similares, buscan a sus pares para mostrarles que está bien y que está mal. Recalcando que las relaciones con sus pares es una fuente de afectos, simpatía, comprensión y orientación moral, como también puede ser un lugar para experimentar, para crear relaciones íntimas que sirven como práctica de la intimidad en la vida adulta. Por esto la influencia de los pares es mucho más fuerte en la adolescencia temprana, declinando poco a poco en la adolescencia media y tardía, mientras se renegocian la relación con los padres.

Las amistades son más igualitarias que las relaciones familiares, además de basarse en la elección y compromiso con estas, siendo en esta etapa donde surge la consciencia del carácter distintivo de las amistades y del trabajo que requiere mantenerla. Otro de los factores que tiende a afectar es el estrés económico que complica las relaciones familiares y dañan el desarrollo de los adolescentes a través de su impacto emocional, según Jackie Robinson citado por Papalia, et al (2005).

Papalia, et al (2005) en conclusión la adolescencia y problemas alimenticios están íntimamente ligados, puesto que la adolescencia es una etapa en donde la persona tiende a ser más susceptible e influenciable. El adolescente está tratando de descubrir su propia identidad, creando patrones de conductas que dirigirán su estilo de vida de ahí en adelante, siendo este uno de los aspectos más afectados en la presencia de un

problema alimenticio; desarrollan un sistema de valores propios y con gran importancia en la formación de relaciones, tratando de pertenecer a un grupo, de noviazgo, de amistad, experiencias que le servirán como practica para la vida adulta. Estas entre otras características hacen a los adolescentes un grupo con una alta probabilidad de padecer un problema de alimentación, ya que buscan el encontrar un lugar donde se sientan aceptados, buscan el gustar, el agradar y la sensación de que pertenecen ahí, haciendo lo que sea necesario. Además debe de recordarse que es una etapa que al inicio se valora más el consejo de un amigo que el de los padres, o de las influencias externas al ámbito familiar.

Se llega a la conclusión que los problemas de alimentación son actualmente renombrados y se presentan con mayor frecuencia en adolescentes. Las diferentes investigaciones llevadas a cabo confirman que no existe un cambio en los valores de las y los adolescente con tendencia a anorexia y bulimia, en comparación con un grupo que no tiene dicha tendencia; sin embargo un factor importante en el desarrollo de las mismas, es el distanciamiento por parte de los padres y el poco afecto proporcionado por los mismo, o en el caso opuesto la constante imposición acerca del cuidado del peso o imagen corporal de los hijos. Otra investigación concluye que quienes tienden a hacer muchas dietas o métodos para adelgazar en su mayoría son mujeres y buscan adelgazar o mejorar su propia percepción imagen personal, más que el peso real.

Las diferentes investigaciones tomaron como muestra adolescentes, variando levemente el rango de edad, esto es debido a que es en esta etapa cuando tanto los hombres como mujeres crean hábitos, confirman creencias, buscando siempre el sentimiento de pertenencia, además colocan mayor atención e importancia a los comentarios de sus pares, los cuales actualmente tiene la idea cultural, infundada por diversos medios de comunicación de que delgadez es igual a belleza, y si no se está dentro de este grupo conlleva una serie de dificultades para el adolescente.

II. Planteamiento del Problema

Actualmente en Guatemala la anorexia, bulimia y la obesidad, son problemas alimenticios comunes que afecta principalmente a los adolescentes de ambos géneros. Pero lo más importante es determinar lo que conlleva a padecer uno de estos problemas a un adolescente y la dinámica familiar y social. Debe recordarse que medicamente se habla que estos mismos problemas son enfermedades que tienen una serie de consecuencias significativas en la persona, que se pueden prevenir.

Hay que tomar en cuenta que son problemas que no se solucionan fácilmente, sin embargo, en la sociedad guatemalteca no se han realizado muchos estudios, lo cual contribuye a que se maneje un concepto clínico no adecuado de estos problemas. Además de que este mismo factor refuerza la idea que cuando los o las pacientes empiezan a alimentarse mejor, están curados y no reconocen el hecho que es un proceso mucho más complicado. Pero para poder entender la importancia y lo delicado que puede llegar a ser el padecer uno de estos problemas, es a través del buscar información y luchar contra la ignorancia o negación.

Tomando en cuenta que la obesidad no es considerada una enfermedad, sin embargo, conlleva una serie de problemas de salud como diabetes, enfermedades de corazón, de riñones e hígado, etc. La anorexia y bulimia son problemas crónicos, progresivos y psicológicos, en donde se pone en riesgo la salud.

La forma de alimentación de una persona se aprende del hogar, pero tomando en cuenta que el origen de estos problemas son principalmente problemas o dificultades que vive la persona en su entorno familiar, social y escolar. Problemas que actualmente afectan a los jóvenes y muchas veces se tiende a pasar por alto. Es por eso que se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de 2do. Básico de una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto y una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo?

2.1 OBJETIVOS:

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de 2do. Básico de una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto y una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuál de los problemas de alimentación se presenta con mayor incidencia en las instituciones del estudio.
- Identificar las diferencias y similitudes de los rasgos encontrados entre los participantes de ambas instituciones por sexo y nivel socioeconómico.

2.2 VARIABLES

2.2.1 Variables de Estudio

2.2.1.1 Incidencia de Problemas Alimenticios

2.2.1.2 Anorexia

2.2.1.3 Bulimia

2.2.1.4 Obesidad

2.2.2 Variables Controladas

2.2.2.1.1 Escolaridad alumnos de 2do básico

2.2.2.1.2 Estudiantes de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.

2.2.2.1.3 Estudiantes de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto.

2.2.2.1.4 Sexo de los estudiantes.

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

2.3.2 Incidencia

Según Tapia (1994) es la magnitud que cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada. En otras palabras la cantidad de veces que ocurre dicho evento en la población.

2.3.3 Trastornos Alimenticios

Según American Psychological Association (2013) es cuando las persona llevan sus preocupaciones de su figura y peso a los extremos, creando así hábitos alimenticios anormales que amenazan con la salud de las mismas personas.

2.3.4 Anorexia

Según el DSM-IV TR (2002), el trastorno de anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

2.3.5 Bulimia

Según el DSM-IV TR (2002), el trastorno de bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de valoración seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

2.3.6 Obesidad

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10 (2008) la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza

por un incremento anormal de peso debido a una proporción excesiva de grasa resultado de la pérdida de balance entre el consumo y el gasto de energía, sobre un fondo genético.

2.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

2.3.3 Incidencia

Se calculó con los resultados del test: “Deseas intensamente ser delgada” y a través del cálculo del índice de masa corporal.

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Número de eventos}}{\text{Número de elementos observados}}$$

2.3.4 Anorexia

Para fin de este estudio, se tomó como parámetro de incidencia que el resultado obtenido en el test: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson (1993) fuera de 38 puntos o menos.

2.3.5 Bulimia

Para fin de este estudio, se tomó como parámetro de incidencia que el resultado obtenido en el test: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson (1993) fuera entre el rango de 39 a 50 puntos.

2.3.6 Obesidad

Para fin de este estudio, se obtuvo a través del cálculo del índice de masa corporal de cada estudiante, basados a su sexo y edad, según las siguientes tablas:

IMC por edad en mujeres

Edad en años	Bajo peso	Adecuado Estado nutricional	Sobrepeso
13	< 15.36	≥ 15.36 y < 23.08	≥ 23.08
14	< 15.67	≥ 15.67 y < 23.88	≥ 23.88
15	< 16.01	≥ 16.01 y < 24.29	≥ 24.29
16	< 16.37	≥ 16.37 y < 24.74	≥ 24.74
17	< 16.39	≥ 16.39 y < 25.23	≥ 25.23

IMC por edad en hombres

Edad en años	Bajo peso	Adecuado Estado nutricional	Sobrepeso
13	< 15.73	≥ 15.73 y < 21.93	≥ 21.93
14	< 16.18	≥ 16.18 y < 22.77	≥ 22.77
15	< 16.59	≥ 16.59 y < 23.63	≥ 23.63
16	< 17.01	≥ 17.01 y < 24.45	≥ 24.45
17	< 11.31	≥ 17.31 y < 25.28	≥ 25.28

Tablas según Normativa del Ministerio de Salud de Guatemala (2010).

2.4 ALCANCES Y LÍMITES

El presente estudio pretende conocer la diferencia en la incidencia para padecer un problema alimenticio, entre los alumnos de una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo y una institución educativa mixta de nivel medio-alto.

Se trabajó con un grupo mixto de estudiantes pertenecientes a 2do básico, de dos diferentes instituciones educativas diferenciándose en el nivel socioeconómico medio-bajo y medio alto, ubicados en la Ciudad Capital de Guatemala.

Los resultados obtenidos no se pueden generalizar a toda la población guatemalteca, únicamente a aquellas poblaciones que llenen las características similares a las de la muestra.

2.5 APORTE

La presente investigación aporta información sobre la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la influencia a los factores de riesgo, en el padecimiento de un problema alimenticio. Proporcionando también la diferencia en la incidencia entre los diferentes géneros.

Este estudio ayudará a identificar los grupos con mayor probabilidad de padecer un problema alimenticio, lo cual orienta a que grupo en particular aplicar talleres alimenticios e incentivar a otros métodos o actividades para mantener un cuerpo y mente saludable.

El prevenir o disminuir el índice en el grupo vulnerable, para que estos problemas disminuyan significativamente, lo cual se puede llevar a cabo informando, conociendo e identificando los factores externos que pueden influir en el padecimiento; fortaleciendo la auto imagen con talleres.

La importancia de trabajar los problemas de alimentación desde una psicología preventiva, para evitar a los adolescentes el atravesar las duras consecuencias psicológicas, sociales y familiares que con llevan dichos problemas.

III. MÉTODO

3.1 SUJETOS:

Para la realización de la presente investigación se seleccionaron estudiantes de segundo básico, entre 14 y 15 años, pertenecientes una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto, con un total de 107 estudiantes y 100 estudiantes pertenecientes a otra institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo. Ambas instituciones ubicadas en la ciudad capital de Guatemala.

Para seleccionar la muestra se consideró trabajar con instituciones de un mismo nivel socioeconómico y no mixto, pero debido a varias dificultades como: la participación y autorización de algunas instituciones educativas, se decidió trabajar con una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto y una segunda institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio- bajo. El tipo de muestreo que se llevó a cabo fue por selección intencionada o muestreo de conveniencia, el cual consiste según Casal y Mateu (2003) en la elección por métodos no aleatorios de una muestra con características similares de la población a investigar o de la población objetivo. Este tipo de muestreo es útil cuando se va a realizar una primera prospección de la población o cuando no existe un marco de la encuesta definitivo. Se trabajó específicamente con 2do. básico por conveniencia, por la relación con el tema, se conoce que en la adolescencia inicial es cuando se es más propenso a las influencias sociales, familiares y de compañeros; por lo cual se considera que 2do. básico sería una población vulnerable a padecer algún problema alimenticio.

Ya dentro de cada institución educativa se realizó un censo, el cual consiste, según Alvarado y Obagi (2008) en la recolección total de una población estadística. Para la presente investigación consistió en la medición de la estatura, medición de peso y aplicación del Test “¿Deseas intensamente ser delgada?” a todos y cada uno de los estudiantes en ambas instituciones educativas, recordándoles que se mantendrían todos los datos obtenidos de manera anónima.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	CARACTERISTICAS
Institución Educativa A	Nivel socioeconómico medio-alto Segundo básico Entre 13 y 15 años de edad 29 estudiantes sexo femenino 78 estudiantes sexo masculino Total de estudiantes:107
Institución Educativa B	Nivel socioeconómico medio-bajo Segundo básico Entre 13 y 17 años de edad 44 estudiantes sexo femenino 56 estudiantes sexo masculino Total de estudiantes:100

3.2 INSTRUMENTOS

Para indagar en la incidencia en la población de los problemas alimenticios de anorexia y bulimia, se utilizó el Test: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson en 1992. Dicho test ha sido usado y traducido por Aguilar (1999), y posteriormente utilizado nuevamente por De León (2004). Según Aguilar (1999) “esta prueba tiene como objetivo dar a conocer si las personas que son evaluadas tienen tendencia a pensar o a tener comportamientos de tal forma que se indique que tienen tendencia hacia la anorexia o bulimia.” (p. 51).

El Test consta de veintidós preguntas, de las cuales diez y ocho tienen cuatro opciones de respuesta múltiple y cuatro de verdadero o falso. A continuación se presenta una tabla de evaluación según los resultados de la prueba:

PUNTEO	INTERPRETACIÓN
38 o menos puntos	Fuerte tendencia hacia la anorexia
De 39 a 50 puntos	Fuerte tendencia hacia la bulimia
De 51 a 60 puntos	Conciencia de peso, puede no tener tendencia a un trastorno alimentario. Puede presentar tendencias a comer compulsivamente o a la obesidad.
61 o más puntos	Ninguna probabilidad hacia la anorexia o bulimia, sin embargo no excluye tendencias hacia el comer compulsivamente o a la obesidad.

Tomado de Aguilar (1999).

Según el Ministerio de Salud de Guatemala (2010) el índice de masa corporal es un valor que relaciona el peso con la talla de una persona, utilizado normalmente para diagnosticar problemas alimenticios o de obesidad, el cual se mide a través de la siguiente formula:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla en mts}^2}$$

3.3 PROCEDIMIENTO:

- Se contactó con las instituciones educativas, ubicadas en la ciudad capital de Guatemala, se redactó una carta de consentimiento informado donde se les explico el fin de la investigación y la prueba a utilizar.

- Se investigó las diferentes pruebas a aplicar y poder obtener resultados de un indicio de anorexia y bulimia, llegando a concluir que la prueba a utilizar sería: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson en 1992.
- La investigadora junto con una colega, aplicaron la prueba a evaluar pesaron y midieron a cada estudiante de la Institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.
- La investigadora calculó el índice de masa corporal de los alumnos de la Institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.
- El área de psicología de la Institución de nivel socioeconómico medio-alto, evaluó por sección a todo el grado de 2do. Básico proporcionándoles su peso y estatura para colocarla en la prueba.
- La investigadora calculó el índice de masa corporal de los alumnos de la Institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto.
- Se calificaron los cuestionarios de ambas Instituciones educativas.
- Se dividió la muestra en grupos clasificados por el resultado del cuestionario. Es decir, por tendencias a la anorexia, bulimia, a la obesidad o a ninguna.
- Se procedió a hacer el análisis estadístico comparativo de los grupos para el análisis y la discusión de resultados.
- Se presentaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes en el informe final.

3.4 DISEÑO

Según Lerma (2007) las investigaciones descriptivas tienen como objetivo el determinar la situación de las variables a estudiar, ya sea en relación con la presencia o ausencia, la frecuencia con que se presentan las variables o un fenómeno, características de las personas, lugar y periodo donde ocurre.

En este tipo de investigación el investigador se limita a la observación de los hechos tal como ocurren con el objeto de describirlos, no busca explicar ni analizar las causas de esos hechos sino presentarlos; siendo esto por lo cual brindan las bases cognoscitivas

para otros estudios descriptivos o explicativos pues se generan hipótesis susceptibles de comprobación. Pueden ser transversales y longitudinales.

En el caso de este estudio se realizó una investigación transversal descriptiva, que consiste en describir la situación en un momento dado y no requiere observación de los sujetos estudiados durante un periodo largo de tiempo.

Este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado que en esta investigación son los diferentes problemas alimenticios. No hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural, una ventaja de realizar este tipo de estudio es que son prácticos, de rápida ejecución y fácil control.

4.5 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Se recolectaran los resultados de las diferentes instituciones y se agruparan en tres grupos: incidencia a anorexia, incidencia a bulimia e incidencia a obesidad. Comparándose a través de graficas los resultados de ambos establecimientos y la diferencia entre géneros. La muestra se tomó en base al muestreo de juicio, el cual consiste en tomar la muestra mediante un juicio de expertos.

Se busca las medidas de tendencia central según Wonnacott y Wonnacott (1997), a través de las siguientes medidas:

- La moda: Es una distribución que se define como el valor que se presenta con mayor frecuencia, en otras palabras lo que está de moda. Es muy fácil de obtener este dato pero en ocasiones es posible extraer una muestra en la que la mayor frecuencia ocurra dos veces, llamándose entonces bimodal.

Moda: El valor más frecuente

- La mediana: Es el valor medio que divide en dos mitades a las distribución, el cual se representa con el símbolo X.

Media Muestral:
$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

- La media: Llamado también promedio, ósea la división equitativa de la situación presentada entre el total de situaciones o población. Su perdida promedio se encuentra al dividir la incidencia de un acontecimiento total entre la muestra total.

Media Poblacional =
$$\mu = \frac{\sum X}{N}$$

IV. Presentación y análisis de resultados

A continuación se presentaran los resultados obtenidos de la incidencia de los problemas alimenticios en los alumnos de 2do. Básico pertenecientes a la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto, con un total de 207 estudiantes; a los alumnos de 2do. Básico pertenecientes a la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo, con un total de 100 estudiantes. Los datos se presentan por grupos iniciando con los resultados de test aplicado por institución educativa, el resultado del Índice de Masa Corporal por institución educativa, los resultados descriptivos, datos generales de la población evaluada y la comparación entre instituciones.

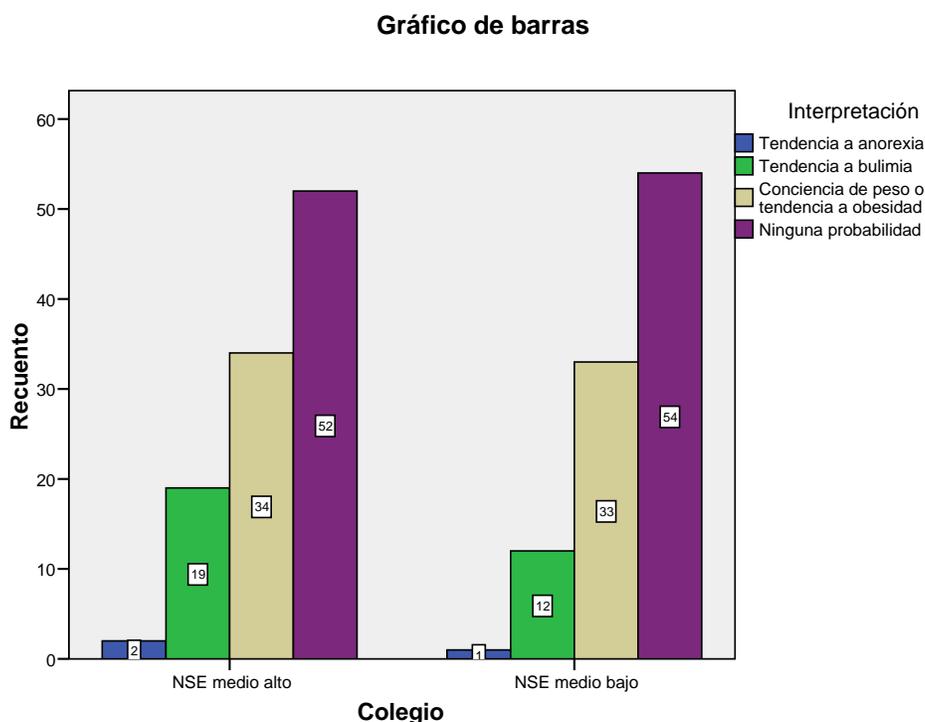
Tabla 1: Resultados por Institución Educativa del Test “¿Deseas intensamente ser delgada?”

			Interpretación				Total
			Tendencia a anorexia	Tendencia a bulimia	Conciencia de peso o tendencia a obesidad	Ninguna probabilidad	
Inst. Educativa	NSE medio alto	Recuento	2	19	34	52	107
		% Institución	1.9%	17.8%	31.8%	48.6%	100.0%
	NSE medio bajo	Recuento	1	12	33	54	100
		% Institución	1.0%	12.0%	33.0%	54.0%	100.0%
Total		Recuento	3	31	67	106	207
		% Institución	1.4%	15.0%	32.4%	51.2%	100.0%

En la Tabla 1 se observa los resultados de la prueba aplicada en ambas instituciones, es evidente un porcentaje mayor hacia el resultado de *ninguna probabilidad* con un 51.2% del total de la población, seguido por el resultado de *conciencia de peso o tendencia a la obesidad* con un 32.4%, seguida con un 15% el resultado de *tendencia a la bulimia*, dejando así con el menor porcentaje al resultado *tendencia a la anorexia* con un 1.4%.

Es visible una diferencia en los resultados entre instituciones educativas, obteniendo un porcentaje mayor en los resultados: tendencia a anorexia, tendencia a la bulimia y en conciencia de peso o tendencia a la obesidad en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto, obteniendo así únicamente un porcentaje menor en el resultado ninguna probabilidad. Sin embargo los resultados son muy parejos (Ver gráfica 1).

Gráfica 1: Resultados por Institución Educativa del Test “¿Deseas intensamente ser delgada?”



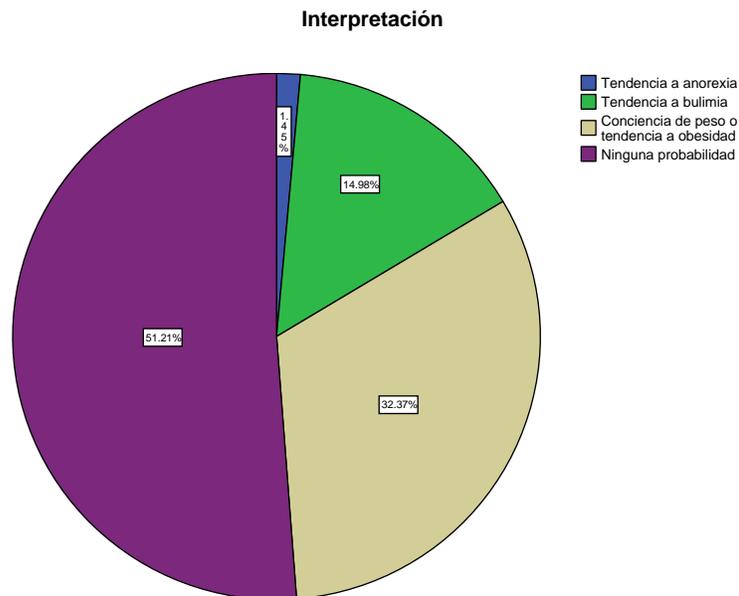
Se puede observar según la gráfica 1 que el orden de las tendencias en los problemas alimenticios es igual en ambas instituciones, con una variación mínima. Obteniendo el menor número de estudiantes el resultado tendencia a la anorexia, seguido por tendencia a la bulimia en el único resultado donde existe una mayor diferencia entre colegios; ninguna probabilidad es el resultado con mayor número de estudiantes, seguido por conciencia de peso o tendencia a la obesidad.

Tabla 2: Resultados Generales del Test “¿Deseas intensamente ser delgada?”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tendencia a anorexia	3	1.4	1.4	1.4
	Tendencia a bulimia	31	15.0	15.0	16.4
	Conciencia de peso o tendencia a obesidad	67	32.4	32.4	48.8
	Ninguna probabilidad	106	51.2	51.2	100.0
	Total	207	100.0	100.0	

En la Tabla 2 se observa los resultados de la prueba aplicada en ambas instituciones educativas, existe una frecuencia mayor del *ninguna probabilidad* con 51.2 %, seguido por *conciencia de peso o tendencia a obesidad* con un 32.4 %, dejando como tercer grupo a la tendencia a la bulimia con 15.0 % y dejando con un porcentaje mínimo a la *tendencia a anorexia* de 1.4 % (Ver gráfica 2). Por lo que esta prueba determina que aunque existe un 51,2% de no probabilidad de presentar algún problema alimenticio sin embargo la tendencia a la obesidad puede llegar a ser alarmante.

Gráfica 2: Resultados Generales del Test “¿Deseas intensamente ser delgada?”



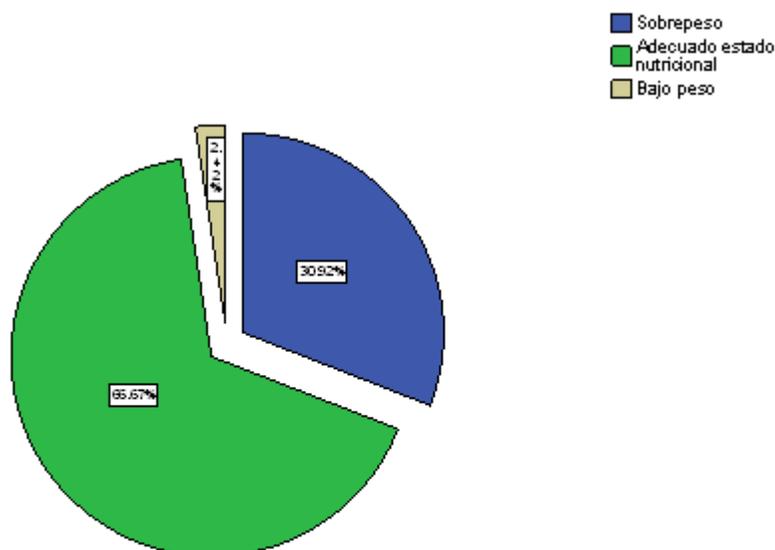
La gráfica 2 muestra que más de la mitad de los estudiantes tiene ninguna probabilidad hacia la anorexia, bulimia u obesidad, sin embargo un 32.37% de los alumnos son conscientes de su peso o tiene una tendencia a la obesidad. Un 14.98% de los alumnos tiene tendencia a la bulimia, dejando así con el menor porcentaje la tendencia a la anorexia.

Tabla 3: Resultados generales según IMC (Índice de Masa Corporal)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sobrepeso	64	30.9	30.9	30.9
	Adecuado estado nutricional	138	66.7	66.7	97.6
	Bajo peso	5	2.4	2.4	100.0
	Total	207	100.0	100.0	

En la Tabla 3 es evidente que en los resultados del cálculo del índice de masa corporal en ambas instituciones educativas, existe una frecuencia mayor en *adecuado estado nutricional* con 66.7%, seguido por *sobrepeso* con un 30.9%, dejando como último al grupo que se encuentra en *bajo peso* con un 2.4% (Ver gráfica 3). Por lo que esta prueba determina que aunque existe un 66.7% de que los estudiantes se encuentran en un adecuado estado nutricional sin embargo la tendencia a la obesidad es alarmante ya que corresponde a más del 25%.

Gráfica 3: Resultados generales según IMC (Índice de Masa Corporal)



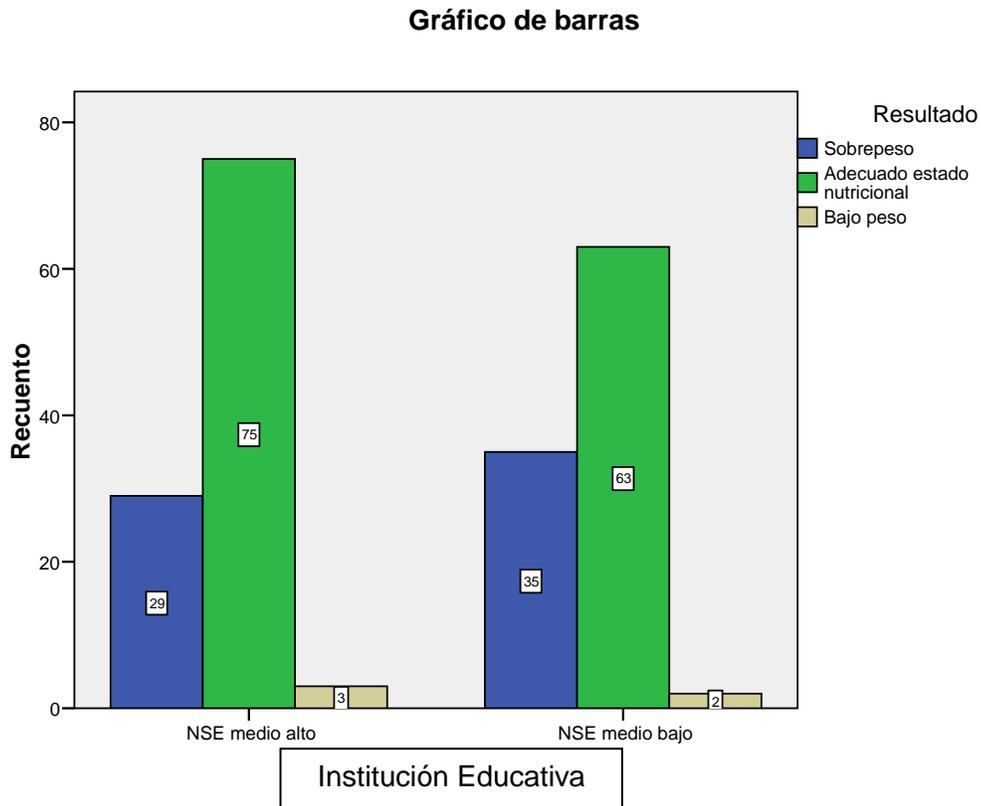
Es evidente que una mayor parte de los estudiantes tienen un adecuado estado nutricional con un 66.67%, seguido por los estudiantes con sobrepeso obteniendo un porcentaje de 30.92, lo cual es un dato alarmante y dejando así con un 2.42% a los estudiantes con un bajo peso; como lo indica la gráfica 3.

Tabla 4: Resultados según IMC (Índice de Masa Corporal) por Institución Educativa.

			Resultado			Total
			Sobrepeso	Adecuado estado nutricional	Bajo peso	
Inst.	NSE medio alto	Recuento	29	75	3	107
		% de Inst.	27.1%	70.1%	2.8%	100.0%
	NSE medio bajo	Recuento	35	63	2	100
		% de Inst.	35.0%	63.0%	2.0%	100.0%
Total		Recuento	64	138	5	207
		% de Inst.	30.9%	66.7%	2.4%	100.0%

La tabla cuatro demuestra que ambas instituciones tienen el porcentaje mayor en el resultado de *adecuado estado nutricional*, es visible que existe un porcentaje mayor de alumnos con el resultado de *sobrepeso* en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo con un 35%, mientras que en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto es de 27.1%, pero en ambas instituciones ocupa el 2do. Resultado frecuentado, dejando por último con un 2.8% y un 2% el resultado de *bajo peso*.

Gráfica 4: Resultados según IMC (Índice de Masa Corporal) por Institución Educativa



Es evidente que el resultado de Índice De Masa Corporal con sobrepeso en ambas instituciones educativas es ALARMANTE, ya que representa un total de 29 estudiantes en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto y un total de 35 estudiantes en la institución de nivel socioeconómico medio-bajo. También se encuentra que más de la mitad de los estudiantes se encuentran en un adecuado peso nutricional según su estatura, peso, sexo y edad; dejando como minoría a los alumnos con bajo peso con un total de 3 alumnos en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto y un total de 2 estudiantes en la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.

Tabla 5: Datos descriptivos de la población total.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Peso	207	32.79	98.00	58.1782	12.13564
Estatura	207	1.42	1.80	1.6300	.07777
IMC	207	12.04	34.99	21.8185	3.80713
Edad	207	12.00	17.00	14.1836	.76012
N válido (según lista)	207				

* Se utilizaron kilogramos para las medidas de peso.

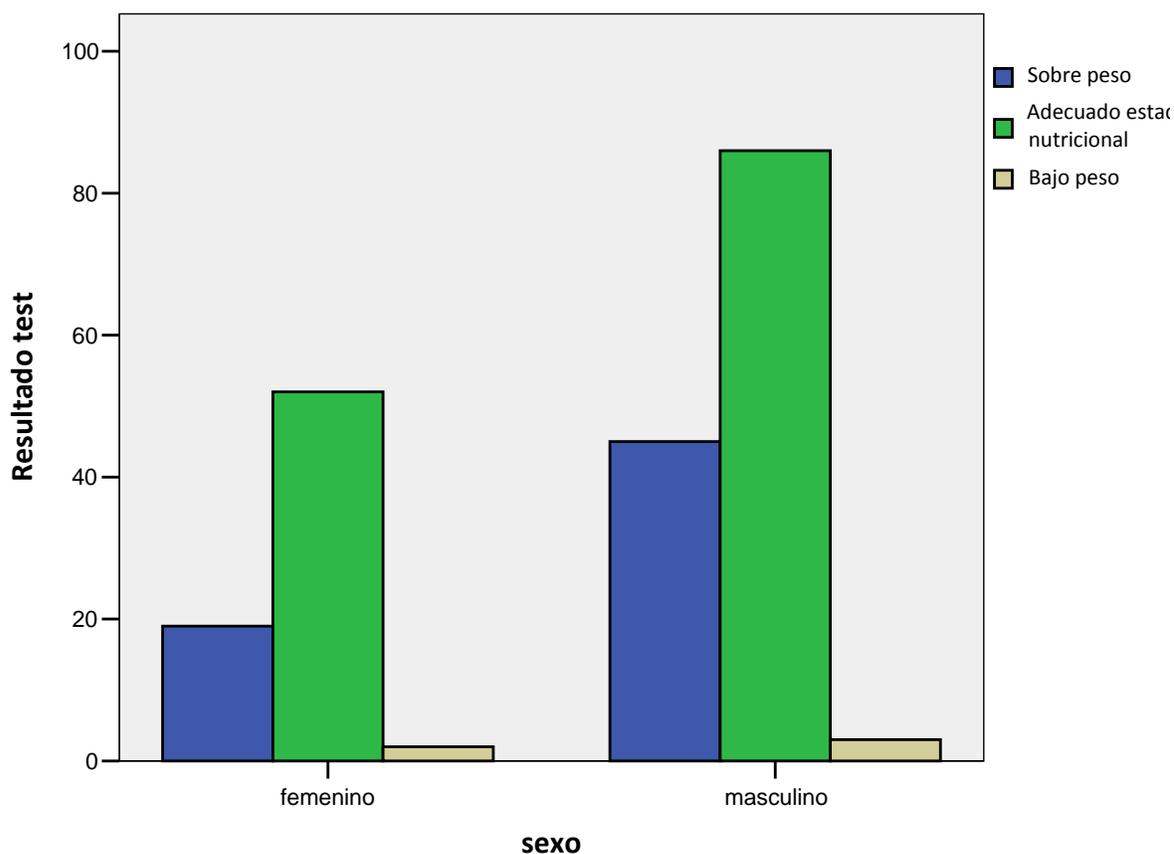
La tabla 5 muestra que el promedio de peso en los alumnos de ambas instituciones es de 58.1782 kilogramos, en estatura promedio es de 1.63 mts., la mayoría de los alumnos tienen 14 años y con estos datos se obtiene el promedio del Índice de Masa Corporal es de 21.8185.

Tabla 6: Diferencia de sexos según su IMC

		Índice Adecuado estado nutricional			
		Sobre peso		Bajo peso	Total
Sexo	Femenino	19	52	2	73
	masculino	45	86	3	134
Total		64	138	5	207

Se observa en la tabla 6 que hay un mayor número de alumnos de sexo masculino con sobrepeso, que alumnas de sexo femenino, también se muestra que ambos sexos tienen mayor cantidad de alumnos en el índice de adecuado estado nutricional, dejando con menor número a quienes están en bajo peso, colocando con mayor número a los alumnos de sexo masculino.

Gráfica 5: Resultados según IMC (Índice de Masa Corporal) según Sexo



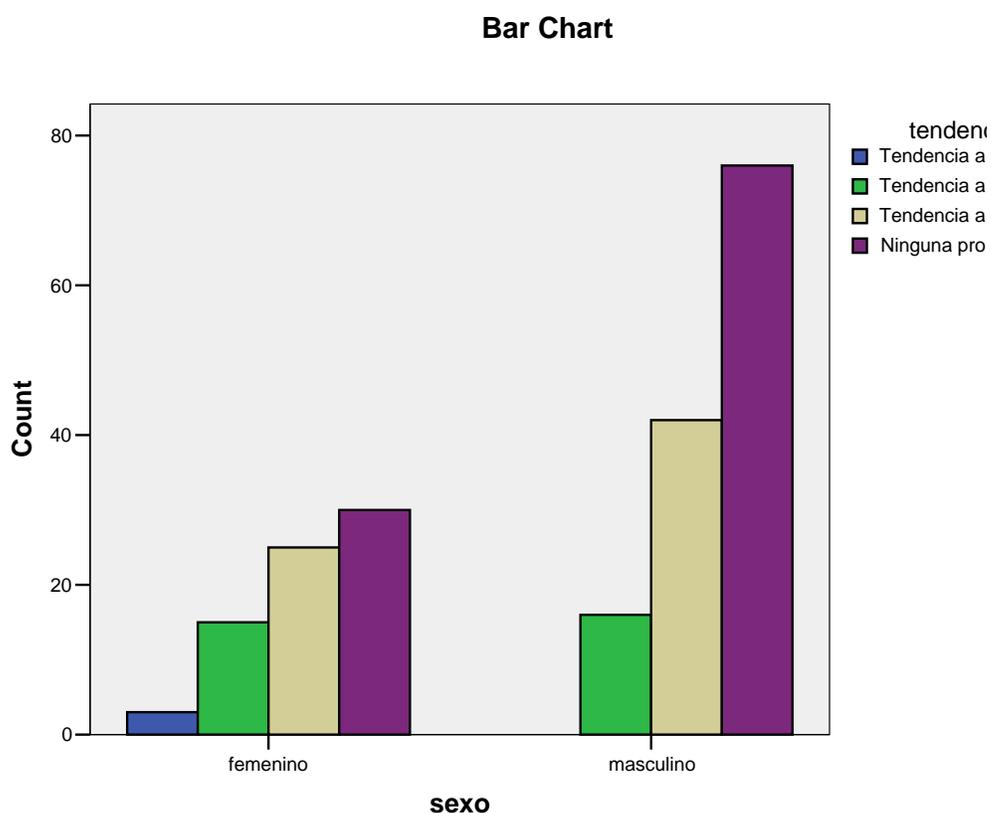
La gráfica 5 muestra la diferencia entre sexos según su Índice de Masa Corporal, hay que tomar en consideración cuando se analice esta tabla que hay una diferencia considerable de sexos en uno de las instituciones educativas, lo cual hace crea una diferencia entre sexos más significativa.

Tabla 7: Diferencia de sexos según resultados de la prueba: “Deseas intensamente ser delgada”

		Tendencia				Total
		Tendencia a Anorexia	Tendencia a Bulimia	Tendencia a obesidad	Ninguna probabilidad	
Sexo	femenino	3	15	25	30	73
	masculino	0	16	42	76	134
Total		3	31	67	106	207

La tabla 6 muestra que hay una mayor tendencia de anorexia en los alumnos de sexo femenino con 3 a 0, con tendencia a la bulimia existe diferencia de un alumno más para el sexo masculino quedando 16 a 15; con tendencia a obesidad el sexo masculino tiene una mayor incidencia con 42 estudiantes y 25 alumnos del sexo femenino con tendencia a la obesidad, dejando sin ninguna probabilidad a 30 alumnos de sexo femenino y 76 alumnos de sexo masculino.

Gráfica 6: Resultados según IMC (Índice de Masa Corporal) según Sexo



La gráfica 6 muestra que existe una tendencia a anorexia únicamente en el sexo femenino, un número muy parejo de alumnos de ambos sexos con tendencia a la bulimia, dejando con una mayor diferencia a los alumnos de sexo masculino con tendencia a la obesidad y con ninguna probabilidad en comparación con el sexo femenino.

Como existen las correlaciones entre las variables y estas fueron estadísticamente significativas se realizó el ANOVA de un factor o análisis de varianza, con el fin de validar los resultados presentados con anterioridad. Para esto se presenta las siguientes tablas.

Tabla 8: Resultados Descriptivos de la Prueba “¿Deseas intensamente ser delgada?” según ANOVA

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Femenino Inst. 1	29	53.2759	10.60289	1.96891	49.2427	57.3090	27.00	70.00
Masculino Inst. 1	78	59.9103	6.32699	.71639	58.4837	61.3368	42.00	70.00
Femenino Inst. 2	44	58.4773	7.83400	1.18102	56.0955	60.8590	36.00	69.00
Masculino Inst. 2	56	59.9464	7.91872	1.05818	57.8258	62.0671	40.00	73.00
Total	207	58.6860	8.05762	.56004	57.5818	59.7901	27.00	73.00

En esta tabla se presenta el promedio por sexo y en la variable de nivel socioeconómico de las instituciones evaluadas, y se observa que los promedios más altos corresponden al sexo masculino de ambas instituciones.

Indicando así que el sexo masculino tiene una mayor probabilidad de padecer algún problema alimenticio, mientras que el sexo femenino presenta una menor probabilidad.

A su vez se presentan los resultados en ambos extremos de los puntajes obtenidos en prueba, siendo el punteo máximo obtenido en la incidencia de los problemas de alimentación que corresponde a al menos 1 estudiante del sexo masculino

pertenecientes a la institución de nivel socio económico medio bajo, con 73 puntos que equivalen a ninguna probabilidad hacia la anorexia o bulimia, sin embargo, no excluye tendencias hacia el comer compulsivamente o a la obesidad; es significativo puesto que el puntaje mayor del resto de los sujetos evaluados es de 70 lo que da una diferencia significativa entre los sujetos de la institución de nivel socioeconómico medio alto y medio bajo.

Tabla 9: Relación entre grupos de incidencia de trastornos de alimentación. ANOVA

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1056.608	3	352.203	5.804	.001
Intra-grupos	12317.981	203	60.680		
Total	13374.589	206			

El análisis de varianza indica que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre las instituciones evaluadas en cuanto a la incidencia de problemas de la alimentación. Esto se determina ya que el factor de la significancia estadística (sig.) es mucho menor a 0.5 que es el valor que determina la diferencia estadística significativa.

V. Discusión de Resultados

Con el fin de establecer la incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de 2do. Básico de una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto y una institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo se presenta la siguiente discusión de resultados.

El presente estudio demuestra que existe una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia de problemas alimenticios y el nivel socioeconómico de la institución educativa.

Según la escala “Deseas intensamente ser delgada” la institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto se clasifico así: 1.9% con tendencia a la anorexia, 17.8% con tendencia a bulimia, 31.8% con conciencia de peso o tendencia a la obesidad y un 48.6% con ninguna tendencia a los trastornos alimenticios. Y según las tablas “Normativa del Ministerio de Salud de Guatemala (2010) según el Índice de Masa Corporal, edad y sexo de cada alumno, los resultados obtenidos son: 2.8% con bajo peso, 70.1% con adecuado estado nutriciones y 27.1% con sobrepeso.

La institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo se clasifico según la escala “Deseas intensamente ser delgada” así: 1% con tendencia a la anorexia, 12% con tendencia a bulimia, 33% con conciencia de peso o tendencia a la obesidad y un 54% con ninguna tendencia a los trastornos alimenticios. Y según las tablas “Normativa del Ministerio de Salud de Guatemala (2010) según el Índice de masa corporal, edad y sexo de cada alumno, los resultados obtenidos son: 2% con bajo peso, 63% con adecuado estado nutriciones y 35% con sobrepeso. Se observa que en ambas instituciones educativas tiene una mayor incidencia al problema de la obesidad, seguido de bulimia, dejando por último, pero no menos importante al bajo porcentaje de anorexia.

En un estudio realizado en la ciudad de Guatemala, León (2004) tiene como objetivo establecer la diferencia en los valores de un grupo de adolescentes con bulimia nerviosa y anorexia, con un grupo sin estas tendencias, para lo cual utiliza una muestra de 417 mujeres entre 14 y 20 años de un centro educativo privado, a las cuales aplica la prueba “¿Deseas intensamente ser delgada?” obteniendo los siguientes resultados según su escala: 4.1% con tendencia a la anorexia, 17.7% con tendencia a la bulimia, 31.4% con conciencia de peso o tendencia a la obesidad y un 46.8% con ninguna tendencia a los trastornos alimenticios. La investigación descrita anteriormente confirma que la tendencia a la obesidad es el problema de alimentación con mayor incidencia en los adolescentes.

Se observa poca variación en comparación con los resultados de esta investigación, la diferencia es que existe una disminución actualmente en el porcentaje del rubro de tendencia a la anorexia con una diferencia de 3.3%, en la tendencia a la bulimia actualmente hay una disminución del porcentaje de un 2.7%, en conciencia de peso o tendencia a la obesidad hay un aumento de un 1% y un aumento actualmente de 4.4% en ninguna tendencia a los trastornos alimenticios. Tomando siempre en consideración las diferencias con la presente investigación, como el tamaño de la muestra (207 estudiantes), que se aplicó la prueba tanto a hombres como a mujeres y el rango de edad a investigar.

Mansilla (2009) llevo a cabo una investigación con el objetivo de determinar el efecto transgeneracional de obesidad en madres para el desarrollo de sobrepeso en adolescentes en el área urbana de la ciudad de Guatemala, utilizando una muestra de 139 estudiantes, de ambos sexos, entre 13 y 17 años, obteniendo como resultado que la mayoría de adolescentes, según IMC se encontraban con estado nutricional normal (65%), casi uno de cada cuatro adolescentes estaba en riesgo de sobrepeso (23%), un menor porcentaje se encontró con sobrepeso (5%) y un pequeño grupo tenía bajo peso (7%). Concluyendo que la presencia de sobrepeso en las madres sugiere ser un factor influyente para el desarrollo de sobrepeso en sus hijos adolescentes. Estos datos son

significativos puesto que los compararemos con el IMC de los estudiantes de la presente investigación, siendo conscientes que el rango de edad es más amplio, según los resultado actuales los estudiantes con estado nutricional normal es mayor con 66.7%, se da un aumento en el porcentaje de sobrepeso con 30.9%, lo que indica un alto incremento de la obesidad en los adolescentes en el trascurso de 3 años y un menor porcentaje con bajo peso de 2.4%.

Estos datos son significativos puesto que se observa un aumento en el problema de la obesidad que en muchas ocasiones es culturalmente asociado con salud, sin embargo, es un problema que está en aumento y que trae consigo una serie de consecuencias, por lo cual debe prevenirse. Tomándose en consideración que son muestras diferentes, pertenecen a un estrato socioeconómico similar, en donde puede sospecharse de hábitos alimenticios no adecuados, sin embargo, existe la posibilidad para la muestra de esta investigación, la adquisición de mejores hábitos alimenticios por la edad de los estudiantes.

Así mismo Lobera, Polo, González y Morales (2007) realizaron una investigación llamada: "Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla" con el objetivo de obtener la percepción sobre las personas obesas y analizar las diferencias que pudieran existir entre estudiantes y pacientes con trastornos alimenticios, llegando a la conclusión que llegar a conocer la percepción de la obesidad es fundamental para el trabajo psicoeducativo y la prevención de alteraciones psicopatológicas asociadas. Esto coincide puesto que estos factores son evaluados con la prueba mostrando la importancia dada por los pares de su persona, ya sea que el estudiante se encuentre dentro de la tendencia a la bulimia, anorexia, obesidad e incluso sin ningún problema alimenticio.

Los hallazgos descritos reflejan que un poco más de la cuarta parte de la muestra se localiza dentro del rango de sobrepeso, lo cual coincide con lo que indica González, Llapur y Rubio (2009) que concluyeron que el sobrepeso corporal y obesidad se presentaron con frecuencia en los adolescentes, según la investigación que realizaron

con el objetivo de caracterizar la obesidad en los adolescentes en relación con la frecuencia de presentación, presencia de antecedentes personales y familiares.

Se coincide también con Salazar (2008) con la conclusión de su estudio que tenía como objetivo describir el estado de satisfacción corporal en un grupo de adolescentes costarricenses de ambos sexos. Llega a la conclusión de que la adolescencia es un periodo para crear hábitos y comportamientos para mantenerse sano, lo cual también es reforzado con la teoría según Papalia, Wendkos y Duskin (2005) quienes afirman que la adolescencia es una etapa donde se establecen los patrones de conducta que contribuyen a altos riesgos de como el beber o comer en exceso, abuso de drogas, entre otros. Lo cual muestra que los patrones o hábitos alimenticios que se están acentuando en la muestra de adolescentes estudiado son los de no comer sanamente, sedentarismo, comer comida rápido, lo cual contribuye a padecer uno de los problemas estudiados en esta investigación.

En una investigación realizada por Galarsi, Correche y Ledezma (2010) que tuvo como objetivo evaluar los factores actitudinales y conductuales asociados a los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes, concluyéndose una insatisfacción corporal, ineficiencia, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal, conciencia introspectiva e inseguridad social, las cuales son algunas de las áreas evaluadas por diferentes preguntas que evalúa las prueba “Desear intensamente ser delgada” de la Dra. Kim Lampson, ya que esta evalúa diferentes áreas de percepción de los trastornos de alimentación marcando una tendencia de riesgo moderado de padecer un trastorno alimenticio.

Se coincide con los resultados de la investigación llevada a cabo por Jáuregui, Candau, Bolaños, Berriatúa, Jaramillo, González, Millán, León, Marti, Villalobos y Vargas (2009) realizad en España, en la cual analizaron la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes de ambos sexos. Concluyendo que hubo diferencias significativas entre

sexos, ya que se observa un descenso del riesgo en las mujeres y un incremento en los varones de padecer conductas alimentarias de riesgo.

Los resultados de esta investigación confirman que la diferencia de sexos es significativa, mostrando que los adolescentes de sexo masculino son más propensos a padecer un problema alimenticio, en este caso un índice más elevado a la obesidad y puede que una de las causas sea las conductas alimentarias de riesgo que tienden a padecer con mayor frecuencia.

En la investigación llevada a cabo en España, por Gonzales, Aguilar, Álvarez, Padilla y Valenza (2012) que tenía como objetivo realizar una valoración del estado nutricional y composición corporal mediante antropometría en una población de escolares estudiada con los estándares nacionales e internacionales de referencia. Llegaron a la conclusión de que según los datos del Índice de Masa Corporal, no existen diferencias significativas entre los sexos, según los datos del índice de masa corporal. Sin embargo, sí concluye que en ambos sexos existen estados nutricionales poco saludables, con una preocupante tendencia al sobre peso y obesidad.

No se coincide con los resultados de la investigación descrita anteriormente, ya que esta investigación afirma la diferencia entre sexos según los datos obtenidos del índice de masa corporal, habiendo una mayor tendencia y alarmante con el sexo masculino;

La investigación “Diferencias de Sexos en Imagen Corporal, Control de Peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles”, llevada a cabo por Ramos, Rivera y Moreno (2010) la cual examino las diferencias entre chicos y chicas, en variables clave en el desarrollo de trastornos de alimentación: el índice de masa corporal, la percepción y satisfacción de la imagen corporal y las conductas destinadas a controlar el peso. Concluye que las chicas tenían una puntuación más ajustada en el índice de masa corporal. Por lo cual coincide con los resultados de esta investigación, ya que confirma que los adolescentes de sexo masculino son los que tiene una mayor puntuación

desajustada según el índice de masa corporal, inclinándose hacia el sobre peso y obesidad.

Ambas investigaciones concluyen la existencia de alarmantes diferencias entre adolescentes de sexo femenino y masculino, en torno a los problemas de alimentación y por lo mismo no se pueden llevar a cabo métodos preventivos, para problemas o trastornos alimenticios de igual manera para ambos sexos.

VI. Conclusiones

- Existe una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia de problemas alimenticios y el nivel socioeconómico de la institución educativa.
- La incidencia de problemas alimenticios en la institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto es para anorexia 1.9%, bulimia 17.8%, conciencia de peso/tendencia a obesidad 31.8% y ningún problema alimenticio 48.6% en los alumnos de 2do. Básico.
- La incidencia de problemas alimenticios en la institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo es para anorexia 1%, bulimia 12%, conciencia de peso/tendencia a obesidad 33% y ningún problema alimenticio 54% en los alumnos de 2do. Básico.
- Según el IMC (índice de masa corporal) de los alumnos de la institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-alto el 27.1% está en sobrepeso, el 70.1% adecuado estado nutricional y 2.8% está en bajo peso.
- Según el IMC (índice de masa corporal) de los alumnos de la institución educativa mixta de nivel socioeconómico medio-bajo el 35% está en sobrepeso, el 63% adecuado estado nutricional y 2% está en bajo peso.
- La incidencia a la obesidad es el problema de alimentación que se presenta con un mayor y significativo porcentaje en los alumnos de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.
- La obesidad es identificado como el principal problema alimenticio en los adolescentes de segundo básico.
- Se identifico que la mayoría de estudiantes con tendencia a la obesidad se encuentran en los alumnos de sexo masculino.
- La tendencia a la obesidad en general es un porcentaje alto, ya que representa un total de 29 estudiantes dentro de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-alto y un total de 35 estudiantes dentro de la institución educativa de nivel socioeconómico medio-bajo.

- Los promedios más altos a padecer algún problema alimenticio corresponden al sexo masculino de ambas instituciones educativas, mientras que el sexo femenino presenta una menor probabilidad.
- Los alumnos de sexo masculino tienen mayor incidencia a la obesidad que el sexo femenino.
- Las alumnas de sexo femenino tienen una mayor tendencia a anorexia que el sexo masculino.
- Ambos sexos tienen tendencia a la bulimia, porcentajes muy similares.

VII. Recomendaciones

A otros investigadores:

- Llevar a cabo más estudios e investigaciones para ampliar el por qué de las diferencia en la incidencia de la obesidad en la institución de nivel socioeconómico medio-bajo.
- Llevar a cabo más estudios e investigaciones para ampliar el presente estudio, donde se identifiquen los hábitos y conductas alimentarias, junto con una prueba de incidencia de problemas de alimentación.
- Es un tema muy poco estudiado por lo mismo se recomendaría a las futuras investigaciones se aplique la prueba de incidencia de problemas alimenticios, junto con una entrevista del alumno, para lograr identificar rasgos, pensamientos, perspectivas y hábitos puntuales en los adolescentes guatemaltecos.
- Trabajar con una muestra pequeña, para poder obtener causas, síntomas e inclusive consecuencias acerca de los problemas alimenticios sucedidos en Guatemala, de los cuales se tiene muy poca información.

A las instituciones educativas a la que pertenecen los sujetos de estudio y otras instituciones educativas de nivel secundario:

- Informar a padres de familia y alumnos los conceptos de salud y problemas alimentación; los diferentes problemas, sus posibles causas, síntomas y las consecuencias; logrando así concientizar a ambos.
- Identificar a los alumnos con posibles problemas alimenticios, para así ser capaces de brindarles un apoyo temprano.
- Brindar talleres de salud nutricional a padres de familia con asesoramiento nutricional para así promover hábitos alimenticios sanos.

- Promover la realización de diferentes deportes a los alumnos y solicitar el apoyo de padres de familia para que estos incentiven a sus hijos a participar a las diferentes actividades físicas como método de prevención.
- Capacitar a maestros para la identificación de síntomas o conductas, para que sepan abordarlos y referirlos con un psicólogo o psiquiatra especializado en estos casos.
- Toda actividad que se lleve a cabo para los alumnos de instituciones educativas tiene que impartirlo para ambos sexos y concientizar que los problemas alimenticios pueden darse en ambos casos.

VIII. Referencias Bibliográficas

Aguilar, M. E. (1999). *Análisis de la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosa, y sus relación con la autoestima de un grupo de jóvenes guatemaltecas*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Alvarado Valencia, J. A. y Obagi Araújo, J. J. (2008). *Fundamentos de Inferencia Estadística*. (1ª. Ed.) Bogota, Colombia: Editorial Pontifica Universidad Javeriana.

American Psychological Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado*. (4ª. Ed.) España: Elsevier Masson.

American Psychological Association (2013). *Trastornos en la Alimentación*.

De: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos.aspx>

Calderon, C.; Forns, M. y Varea V. (2010). *Implicación de la ansiedad y depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad*. Tesis, Universidad de Barcelona. España.

Caparros, N. y Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia una locura del cuerpo*. España: Biblioteca Nueva.

Casal, J. y Mateu, E. (2003). *Obtenido de Tipos de Muestreos*. Universidad Autónoma de Barcelona. De <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>

De León, M. G. (2004). *Trastornos alimenticios y valores: diferencias entre los valores de un grupo de mujeres con tendencia a la anorexia nerviosa, un grupo con tendencia a la bulimia nerviosa y un grupo sin esa tendencia*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

- Gwendolyn, D. (2009). *New factor in teen Obesity: parents*. UCLA Newsroom: <http://newsroom.ucla.edu/portal/ucla/new-factor-in-teen-obesity-parents-80252.aspx>
- Galarsi, M.; Correche, M. y Ledezma, C. (2010). *Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes*. Tesis, Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- Goldman, B. R. (2000). *Anorexia y Bulimia, un nuevo padecer*. Argentina: Lugar.
- González, R.; Llapur, R. y Rubio, D. (2009). *Caracterización de la obesidad en los adolescentes*. Tesis, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.
- Gonzalez Jimenez, E.; Aguilar Cordero, Ma. J.; Alvarez Ferre, J.; Padilla López, C. y Valenza, M. (2012). *Estudio antropométrico y valoración del estado nutricional de una población de escolares de Granada; comparación con los estándares nacionales e internacionales de referencia*. Tesis Inédita, Universidad de Granada. España.
- Gwendolyn, D. (2009). *News Room*. Recuperado el abril de 2011, tomado de: <http://newsroom.ucla.edu.edu/portal/ucla/new-factor-in-teen-obesity-parents-80252.aspx>
- Jáuregui Lobera, I.; Romero Candau, J.; Bolaños Ríos, P.; Montes Berriatua, C.; Díaz Jaramillo, R.; Montaña González, T.; Morales Millán, T.; León Lozano, P.; Martín, L. A.; Justo Villalobos, I. y Vargas Sánchez, N. (2009). *Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla*. Tesis Inédita, Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, España.
- Juárez, I. A. (2005). *Tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria y sus relaciones con la socialización parental en adolescentes mujeres de un centro educativo privado*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Kolodny, N. (2000). *Cuando la comida es tu enemiga*. Argentina: Grónica.

- Lerma, H. (2007). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto*. Colombia: ECOE.
- Lobera, I.; López, I.; Montaña, M. y Morales, M. (2007). *Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis, Universidad Pablo de Olavide. España.
- Mansilla, A. I. (2005). *La entrevista motivacional para incrementar la toma de conciencia, de las adolescentes con tendencia a los trastornos alimentarios de anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Ministerio de Salud de Guatemala (2010). *Adolescencia: mujer y hombre de 10 a menos de 20 años*. Guatemala.
- Moreno, B.; Susana, E.; Megias, M. y Álvarez, J. (2007). *Obesidad: epidemia del siglo XXI*. España: Dias de Santos.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Obesidad y Sobrepeso*. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la Alimentación*. Madrid: Morata.
- Palazzoli, S.; Cirillo, S. ; Selvini, M. y Sorrentino, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Papalia, D.; Wendkosu, S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. (9ª. Ed.). Mexico: Mc. Graw Hill.
- Raich, R. (2001). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Ramos, F. M. (2006). *Relación entre el sobrepeso y la autoestima en alumnos de 11-12 años de un colegio privado de la ciudad capital*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

- Ramos Valverde, P.; Rivera de los Santos, F. y Moreno Rodríguez, C. (2010). *Diferencias de sexos en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles*. Tesis Inédita, Universidad de Sevilla y Universidad de Huelva. España.
- Rivera Mansilla, M. (2009). *Obesidad Transgeneracional: Estudio de Asociación entre la obesidad durante la adolescencia y obesidad materna*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Rosales, C. (2007). *Bioquímica Humana*. Cuba: Cubanas.
- Salazar, S. Z. (2008). *Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez*. Tesis, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Silvestri, E. ; Stavile, A. y Hirschmann, J. (2005.) *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Tesis Inédita, Universidad Favaloro de Córdoba, Argentina.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causa de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Vallejo, C. (1995). *Obesidad y autoestima: estudio en una población guatemalteca*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Wonnacott, Thomas y Wonnacott, Ronald J. (1999). *Introducción a la estadística*. Editorial Limusa, S. A. México, México.

IX. Anexos

- *Nombre completo de la prueba:* “¿Deseas intensamente ser delgada?”
Autor: Dra. Kim Lampson (1,992)
Adaptación: Aguilar (1,999)
Aplicación: Individual
Edades en las que puede ser aplicada: Adolescentes y adultos
Finalidad: Para indagar en la incidencia en la población de los problemas alimenticios de anorexia, bulimia y a la obesidad.
Duración: De 10 a 15 minutos aproximadamente, no hay tiempo límite.
Enfermedades o trastornos en los que puede ser utilizada: Trastornos de la alimentación u obesidad.