



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Enfermería “San Vicente de Paul”**

**TEMA**

**“INTERVENCION DE ENFERMERIA DE ANOREXIA NERVIOSA EN  
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CS#4, DEL AREA #7; DESDE  
OCTUBRE 2011- ABRIL 2012.”**

**PREVIA A LA OBTENCION DL TITULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**ELABORADO POR**

**LORENA MARILEY CHAVARRIA CHAVARRIA**

**Guayaquil , JULIO 2012**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**CERTIFICACION**

**Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. Lorena Chavarria Chavarría como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

**GUAYAQUIL , JULIO DE 2012**

**DIRECTOR**

**Dr. Ricardo Cañizares**

**REVISADO POR**

**Dra. Gloria Alovillo Mosquera**

**Responsable Académico**

**Lcda. Nora Carrera Rojas**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**DECLARACION DE RESPONSABILIDAD**

**CHAVARRIA CHAVARRIA LORENA**

**DECLARO QUE:**

**El Proyecto denominado Intervención de Enfermería de Anorexia Nerviosa en Adolescentes que acuden al CS 4 Del AREA 7 de Guayaquil, ha sido desarrollada con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es mi autoría.**

**En virtud de declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.**

**GUAYAQUIL , JULIO 2012**

**EL AUTOR**

**CHAVARRIA CHAVARRIA LORENA**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**AUTORIZACION:**

**CHAVARRIA CHAVARRIA LORENA**

**Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado: Cuidados de Enfermería a Adolescentes con Anorexia Nerviosa, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.**

**GUAYAQUIL, JULIO 2012**

**EL AUTOR:**

**CHAVARRIA CHAVARRIA LORENA**

## ASPECTOS PRELIMINARES O INTRODUCTORIOS

1. Dedicatoria	II
2. Agradecimiento	III
3. Tabla de Contenidos	IV,V
4. Abreviaturas	VI
5. Resumen y Abstracto	VII
6. Palabras Clave	VII

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme luz y sabiduría.

De manera especial a mis hijos Sergio y María quienes me  
acompañaron en este proceso de vida

A mi Mama Cecilia, mis hermanas Carmen, Alexandra, Leito, Kariu ;  
por el apoyo incondicional y la destreza en facilidades para culminar mis  
estudios.

Mi Tutor Dr. Ricardo Cañizares por la paciencia y conocimientos  
enriquecedores proporcionados en este proceso

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios; porque sin su guía no tendría la luz para elegir el camino correcto.  
A mi familia, por su esfuerzo apoyo, dedicación y confianza; ya que sin ellos no tendría la oportunidad de culminar mis estudios como profesional en enfermería.

A la Escuela de Enfermería, el personal docente, por su Colaboración; en especial a mi Tutor el Dr. Ricardo Cañizares por el compromiso y las facilidades brindadas para la realización del presente estudio; y a las Enfermeras que laboran en el CS # 4, junto a los Adolescentes que me brindaron su apoyo incondicional.

## TABLA DE CONTENIDOS

### INDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>1-3</b>
<b>2. Planteamiento del Problema</b>	<b>4-7</b>
<b>3. Objetivos</b>	
3.1 Objetivo generales	7
3.2 Objetivo específico	7
<b>4. Marco teórico</b>	
4.1 Marco Referencial	8-9
4.2 Marco Teórico	10-37
Capítulo I	
• Trastorno de la Adolescencia	10-12
Capítulo II	
• Anorexia Nerviosa	12-27
Capítulo III	
• Prevención	28-30
Capítulo IV	
• Rol de Enfermería y Recomendaciones	31-34
Capítulo V	
• Diagnósticos de Enfermería más frecuentes	35-37
<b>5. Formulación de la hipótesis</b>	<b>37</b>
<b>6. Método</b>	<b>37</b>
6.1 Justificación de la elección del método	37

6.2 Técnica de recogida de datos.	38-39
6.2.1 Muestra	39
6.2.2 Técnicas de recogida de Datos	39
6.2.3 Técnicas y modelos de análisis de datos	39
<b>7. Presentación de datos/ resultados</b>	<b>40</b>
<b>8. Análisis de datos/ resultados</b>	<b>40-49</b>
<b>9. Conclusiones</b>	<b>49</b>
<b>10. Recomendaciones</b>	<b>50</b>
11. Apartados Finales	
• Referencias Bibliográficas	
• Índices varios	
• Anexos	
• Cronograma de Actividades	

**ABREVIATURAS:**

**AN:** Anorexia Nerviosa

**BN:** Bulimia Nerviosa

**TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria

**TA:** Trastorno de la Adolescencia

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**INEC:** Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censo.

**Kg:** Kilogramos

**CS:** Centro de Salud

**AS:** Área de Salud

**#:** numero

**SN:** Sistema Nervioso

## **RESUMEN Y ABSTRACTO**

Los objetivos formulados fueron: Identificar los Factores de Riesgos, Establecer la Prevalencia, Describir la Atención de Enfermería hacia la Anorexia Nerviosa en Adolescentes. La población fue de 68 Adolescentes, 10 Enfermeras.

El método usado es de información primaria ya que me permite recoger datos desde la fuente específica y directa de la información; puesto que es cierto que existen datos ya establecidos por bibliografía sobre Anorexia Nerviosa y sus posibles Causas, el mismo hecho de realizar las Encuestas permite darle un enfoque más directo al tema por su localización y el tiempo elegido del Título ya establecido. Dando lugar a una Investigación No Experimental, Observacional y Descriptiva.

Los resultados según Encuesta fueron: en cuanto a Factores de Riesgos el 41% de la población q asistió a consultas por temas relacionados con la alimentación presentaron temor con la distorsión de la imagen corporal; observándose de la población total de adolescentes que el 78% pertenecen al sexo femenino seguida del 22% el sexo masculino con una prevalencia en edades de 13-15 años, por lo que se concluye que existe un número considerable de adolescentes que presentaron conductas de Alto y Mediano Riesgos hacia la AN; evidenciando los Factores Socioculturales y Psicoemocionales de Riesgos.

### **Palabras clave:**

Educación, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Adolescentes, Distorsión.

## INTRODUCCION

Uno de los problemas de Salud Mental que en los últimos años que se está incrementando en las púberes y adolescentes es la ANOREXIA NERVIOSA que constituye una de las enfermedades llamadas “DE FIN DE SIGLO” ; aunque se ha hecho notar hace más de 100 años, recién en las últimas décadas ha recibido mayor atención y preocupación debido al incremento incesante.

La Anorexia es un trastorno alimentario que se caracteriza por la falta anormal de apetito, y que por lo general se produce en mujeres y adolescentes, y que puede ser muy grave.(Diaz Atienza, 2006)

Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. A continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico. Las personas afectadas pueden perder desde un 15 a un 50 por ciento, en los casos más críticos, de su peso corporal. Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.(Diaz Atienza, 2006)

Es por ello que la Anorexia Nerviosa no es una enfermedad que se instala de un día para otro o que tiene que ver con la predisposición congénita, sino por el contrario está relacionada con el estilo de vida de nuestra época, con una moda particular de vivir y sentir nuestro cuerpo, nuestra salud, nuestros valores e ideales, impugnando todos nuestros actos, conductas y hábitos. En tal sentido; los trastornos de la conducta alimentaria afecta con mayor frecuencia a las púberes y/o adolescentes quienes en su proceso de desarrollo y maduración psicofísico y emocional

presentan algunas manifestaciones que esta dado por el hecho de verse con unos kilogramos de más que molestan, comenzando a cuidarse en las comidas, aumentar la actividad física, entre otros. Algunos empiezan dietas restrictivas y luego por ende pasan a comer tanto como antes o más, con lo cual se sienten muy mal, no sólo porque van a engordar, sino que además no tienen control, ni voluntad, “ siempre igual” ,comenzando nuevamente una dieta ,sintiéndose con fuerzas, con ganas, como una persona que lucha por lo que quiere o se propone, y así se cierra un círculo que se retroalimenta, cuyos resultados pueden ser peligroso ya que existe una permanente evitación a saborear deliciosos platos, con calorías concentradas y simultáneamente fuertes demandas acerca del control de peso. La presión puede ser tal que la persona pierde la noción de su propio cuerpo . Los adolescentes revelan con sus conductas que no adoptan la realidad biológica y el concepto médico del peso adecuado, existiendo algunas sub poblaciones en las que la delgadez es una norma como en las bailarinas, modelos, gimnastas,etc.(Ceditor, 1999)

De modo que en nuestra sociedad existe la preocupación por el tema de la comida, las dietas, el talle, la figura, especialmente entre las mujeres que consideran como ideal un cuerpo esbelto y existe una creencia prevaleciente de que la gordura es mala.Por lo tanto, **la Adolescencia** es un periodo especialmente crítico para el desarrollo y la detección precoz de estos trastornos. De ahí que se deba prestar especial atención a los factores de riesgo, como el entorno social desfavorable , estructura familiar inestable, existencia de psicopatologías en los padres,maltrato y abuso sexual durante la infancia, ya que el adolescente está más expuesto a contraer dichas enfermedades porque atraviesa un período de su vida en que las dudas, los cambios y la búsqueda de personalidad confunden al individuo.

Frente a esta realidad, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades destinados a promover,proteger y fomentar la salud del individuo haciendo hincapié en

la prevención de estas enfermedades mediante la elaboración de programas preventivos promocionales y de la Atención de Enfermería.

En nuestro país es muy difícil establecer una estadística específica de esta problemática dado a que no se tiene estudios y se desconoce la magnitud y las principales causas en los Adolescentes Guayaquileños que padecen de este trastorno

## **JUSTIFICACIÓN**

He tenido la oportunidad de laborar durante mi Internado Rotativo en el Área de salud 7, en el CS #4, en la cual pude observar en la población adolescentes características fisiológicas y psicológicas de la anorexia nerviosa, sin embargo hay desconocimiento por parte de ellos el riesgo que implica.

La Anorexia es un trastorno alimentario que se caracteriza por la falta anormal de apetito, y que por lo general se produce en mujeres y adolescentes, y que puede ser muy grave.

Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. A continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico. Las personas afectadas pueden perder desde un 15 a un 50 por ciento, en los casos más críticos, de su peso corporal. Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.

Es difícil establecer una causa específica a la Anorexia Nerviosa; sus factores pueden ser atribuidos a muchos medios o fines ; desde el mismo

culto al cuerpo y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

Sin embargo es de gran interés contribuir a la prevención de este trastorno, dando a conocer las causas que las provocan y las consecuencias a la que esta puede conllevar.

## **PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO**

El Centro de Salud #4 ubicado en Noguchi y Cuenca acuden de 700-900 usuarios al mes, la cual presenta un nivel económico Medio-Bajo, observándose dentro del mismo un alto porcentaje de analfabetismo.

El 30% de la población pertenece a Adolescentes comprendidos entre los 14-17 años de edad ,el mismo que representa el 10% de Trastorno Conductuales, siendo el Trastorno de Conducta Alimentaria uno de los principales, considerado como condiciones complejas que emergen de la combinación de comportamientos presentes por largo tiempo , factores biológicos, emocionales , psicológicos, interpersonales y sociales.(Garner & Garfinkel, 1980)

Los investigadores aun se encuentran aprendiendo acerca de las causas de estas condiciones físicas y emocionales que tanto daño hacen.(Garner & Garfinkel, 1980)

Mientras que los Trastornos de Conducta Alimentaria pueden comenzar con preocupaciones con la comida y peso, son muchos más que solamente comida. Los individuos con TCA utilizan la comida y el control de la comida en un intento de compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables. Para

algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y para sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física y emocional, la autoestima y la sensación de competitividad y control de la persona.(Garner & Garfinkel, 1980)

Siendo estos trastornos comúnmente como : la Anorexia, Bulimia ,Obesidad. La Anorexia se ha conocido desde siempre como una negación de no comer ya que el individuo tiene una imagen distorsionada de su propio Yo; teniendo como característica principal el rechazo a mantener el peso dentro de una franja normal mínima, esperada para la edad.

Existen estudios epidemiológicos(Garner & Garfinkel, 1980) que muestran un crecimiento de algunos Trastornos alimenticios en el medio contemporáneo, simultáneamente con la evolución del patrón de belleza femenino más rígido cuanto al cuerpo y el peso, haciendo con que los individuos busquen cada vez más y con más rigor un cuerpo delgado y perfecto. Existen estudios que se fundamentan (Garner & Garfinkel, 1980)sobre la prevalencia en los países occidentales y en mayor cantidad en el sexo femenino y la clase media alta, mostrando que hay una conexión con los factores socio culturales es decir que pueden estar ligados a la cultura, de esta manera, parece existir una presión cultural para que los individuos adelgacen, y esto generaría una preocupación excesiva con el cuerpo y por consecuencia el miedo irregular e irracional de engordar, más allá de una gran ansiedad acompañada de alteraciones en el esquema corporal.

Durante los siglos XVII y XIX, la Anorexia Nerviosa era denominada como Anorexia Histórica, Apepsia Histórica y Compulsión Nerviosa y era considerado un trastorno del sexo femenino(Garner & Garfinkel, 1980).

Con el paso del tiempo, los hábitos, costumbres y cultura se fueron modificando y hoy, en el siglo XXI, tenemos la exposición del cuerpo como algo más significativo que la condición privada del individuo. Las estadísticas muestran que el 90 % de los individuos portadores de Anorexia Nerviosa son del sexo femenino, dentro de ese porcentaje las edades varían entre los 14 y 18 años y actualmente la edad viene decreciendo para menores de 12 años.

Para contextualizar esta realidad en Brasil, mostrando que el número de pacientes del sexo masculino con anorexia nerviosa viene en aumento. Tradicionalmente asociada al universo femenino, la anorexia se hace cada vez más presente en los hombres, hoy, ellos ocupan el 60%.(Paulo, 2007)

No existe una única causa específica que desarrolle el trastorno, sino que es producto de la asociación de varios factores que podríamos separar en 5 grupos principales: Social, Económico, Vulnerabilidad Emocional, Biológico, Familiar.(Carmen, 2003)

La base de la Anorexia Nerviosa radica en un nivel insuficiente de Autoestima, polémica que radica en el fondo de muchos problemas gracias a la globalización, la tecnología, la moda y el conservar un "status" de popularidad que bajo parámetros sociales se vuelven un requisito para encajar en los grupos de moda, apariencia y aceptación quienes han llevado poco a poco a encontrar nuevas formas para atrapar a nuestros Adolescentes, quienes vulnerables ante el bombardeo de nuevas tendencias y la carencia de personalidad, han ido adosando a su vida creencias erróneas ante la imagen corporal cayendo de esta forma en las mortales manos de la Anorexia.(Agurto, 2011)

En nuestro país es muy difícil establecer una estadística específica de esta problemática dado a que no se tiene estudios y se desconoce la magnitud y las principales causas en los Adolescentes Guayaquileños que padecen de este trastorno.

Razón por la cual me planteo la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los Factores d Riesgos de Anorexia Nerviosa en Adolescentes que acuden al CS#4 ?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Elaborar un plan de atención de Enfermería de Anorexia Nerviosa para adolescentes que se atienden en el CS #4 de la ciudad de Guayaquil.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los Factores de Riesgos de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes de Guayaquil.
- Describir la atención de Enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa.
- Identificar los principales procedimientos de enfermería para la atención de anorexia nerviosa en adolescentes.

## **TABLA DE CONTENIDO (MARCO TEORICO)**

### **Marco Teórico Referencial**

#### **CAPITULO I**

<b>1 . Trastorno de la Adolescencia.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Clasificación de los Trastornos de la Alimentación.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....</b>	<b>11-12</b>

#### **CAPITULO II**

<b>2. Anorexia Nerviosa.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Etimología .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Concepto.....</b>	<b>12-13</b>
<b>2.3. Etiología.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3.1. Factores Biológicos.....</b>	<b>14-15</b>
<b>2.3.2. Factores personales .....</b>	<b>15-16</b>
<b>2.3.3. Factores Psicoemocionales.....</b>	<b>16-17</b>
<b>2.3.4. Factores Socio-Culturales.....</b>	<b>17-18-19</b>
<b>2.3.5. Factores Familiares .....</b>	<b>20-21</b>
<b>2.4. Tipología de Anorexia Nerviosa.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4.1. Anorexia Nerviosa Tipo Restrictiva.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4.2. Anorexia Nerviosa Tipo Bulímica Purgativa.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5. Características .....</b>	<b>22-23</b>
<b>2.6. Sintomatología.....</b>	<b>23</b>
<b>2.6.1. Conducta Patológica.....</b>	<b>23</b>
<b>2.6.2. Signos Fisiológicas.....</b>	<b>24</b>

2.6.3. Cambios de Actitud.....	24-25
2.7. Consecuencia y/o Complicaciones.....	25-26-27
2.8. Diagnostico.....	27

### **CAPITULO III**

3. Prevención.....	28-29-30
--------------------	----------

### **CAPITULO IV**

4. Enfermería y Recomendaciones .....	31
4.1. Rol de Enfermería en la Anorexia.....	31-32
4.2. Atención Primaria de la Salud.....	32-33
4.3. Recomendaciones.....	33
4.3.1. Detección Precoz.....	33-34
4.3.2. Intervención Temprana .....	34
4.3.3. Restauración del Peso Ideal.....	34

### **CAPITULO V**

5. Diagnósticos de Enfermería mas Frecuentes.....	35-36-37
---	----------

## Capítulo I

### 1. Trastornos en la Adolescencia:

Esta etapa de la adolescencia comprende aproximadamente desde los 14 años y es considerada como una etapa de transición entre el comienzo de la maduración sexual (la pubertad) y la edad adulta (Sanchez, 1998). Es una de las etapas más difíciles y decisivas de la persona y su adaptación al medio que lo rodea.

En este camino, el niño ha de pasar por la revolución puberal, con la transformación corporal y la definición psicosexual. Al mismo tiempo el niño necesita encontrar vías de acceso a su integración en el mundo de los adultos. (Sanchez, 1998)

#### 1.1 Clasificación de los trastornos en la Adolescencia:

Este periodo se caracteriza por los conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así como de los esfuerzos por separarse de los padres y establecer su propia independencia. Todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida. Esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto períodos de confusión, inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Estos difíciles procesos de cambio pueden dar lugar a manifestaciones patológicas específicamente relacionadas con ellos. Las dificultades pueden afectar a las tres áreas fundamentales en que se desarrolla la vida del individuo psico-biológico dando lugar a tres Trastornos principales :

- Trastorno Mental (área Mental)
- Trastorno de la Conducta Alimentaria (Área del Cuerpo)
- Trastorno en el Comportamiento (Área Externa)

Por lo que, aunque las dificultades se manifiesten predominantemente en una de las áreas, siempre están todas implicadas. (OMS, 2008)

## **1.2.Trastorno de la Conducta Alimentaria:**

Considerado como condiciones complejas que emergen de la combinación de comportamientos presentes por largo tiempo que pueden comenzar con preocupaciones con la comida y peso, son muchos más que solamente comida. Los individuos con TCA utilizan la comida y el control de la comida en un intento de compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables. Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y para sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física y emocional, la autoestima y la sensación de competitividad y control de la persona ,se caracterizan por agudas perturbaciones en el comportamiento alimenticio y en la imagen corporal.**Grafico 1**

## **1.3. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:**

Distinguiéndose dos diagnósticos particulares:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa.

La Anorexia Nerviosa tiene como característica principal el rechazo del individuo a mantener el peso dentro de una franja normal mínima, esperada para la edad, distorsión de la imagen corporal y amenorrea.

Por otro lado, la Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios que devienen de compulsiones alimenticias y la auto inducción al vómito procedentes de la culpa por haber comido, presentando también un mal uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, más allá de periodos de abstinencia o ejercicios excesivos. Ambos diagnósticos traen perturbación en la percepción de la forma y peso corporal como base fundamental de la patología y marcan una alta frecuencia de morbosidad y depresión.

Es importante resaltar que, aún dentro de estos grupos , se observan otra clase de Trastornos Alimenticios, que son catalogados como Trastornos Alimenticios sin otra especificación, es decir, aquellos que no se encuadran en los criterios de un trastorno alimenticio particular. Es el caso de la Obesidad simple, que está incluida como una condición médica general e inexistente ,pues no hay una asociación consistente con un síndrome psicológico, comportamental.(Paulo, 2007)

## Capítulo II

### 2. ANOREXIA

#### 2.1. ETIMOLOGIA

Etimológicamente “ Anorexia” significa: “Hambre de Nada” , es decir, que la persona anoréxica tiene hambre como requerimiento puramente fisiológico, pero no “ desea” comer, no tiene apetito.(Carrasco, 2008) **Grafico 2**

#### 2.2. CONCEPTO

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado a la Anorexia Nerviosa como un trastorno mental y del comportamiento.

Como concepto más actual de Anorexia N. podemos hablar de una entidad compleja en la que se dan **cambios físicos, emocionales y de la conducta** en personas que presentan una peculiar aversión por los alimentos y a la ganancia de peso.

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por una distorsión corporal donde la persona se percibe a sí misma "más gorda" o de mayor peso que lo que en realidad tiene. Presenta un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una

interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria, alterándose con esto, la piel, la digestión, el sueño, el estado anímico se vuelve depresivo, hay aislamiento social, existe tendencia a colocarse ropa ancha y oscura, y finalmente uno de los síntomas más graves e indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea o ausencia de menstruación.(OMS, 2008)

Korb-M (1994) postula que la Anorexia es la expresión simbólica del rechazo de una mujer a la vida de su madre.

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por la necesidad de controlar el peso y por un miedo intenso a engordar y a perder el dominio de lo que se come, que lleva a la restricción paulatina de alimento. Se acompaña de un trastorno en la percepción de la imagen corporal. El control de la comida pasa a ser el eje en torno al cual gira la vida.

La anorexia consiste en disminuir la cantidad de alimento al mínimo indispensable, hasta llegar a un punto que ya no sea necesario comer. Son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez.

### **2.3. ETIOLOGIA**

No existe una única causa específica que desarrolle el trastorno, sino que es producto de la asociación de varios factores, que podríamos separar en 5 grupos principales:

- Factor Biológico (alimentario)
- Factores de Vulnerabilidad Personal ( Personales)
- Factores Psicoemocionales
- Factores Socioculturales.
- Factores Familiares.

### **2.3.1. Factores biológicos (Alimentario)**

#### **Las Dietas**

Por todos los medios la paciente trata de contener e impedir la toma de alimentos. Su forma exigente, caprichosa e irreductible, tanto para el tipo de alimento tolerado o “apetecido” - con preferencia compuestos de hidratos de carbono, dulces chocolate, etc. **Grafico3**

Otro tanto acontece con respecto a la cantidad, mínima y controlada. Sin embargo, lo más sobresaliente será la gran diferencia que se da entre el hecho de comer CON LOS DEMÁS manifestando en forma insistente “No puedo comer con, los demás en la mesa, siento que me miran y que piensan algo...”, añadiendo “prefiero que me dejen sola, hacerlo aparte”. “Y no es que no tenga ganas de comer, es que me da asco, no puedo, no lo trago, me dan náuseas, etc”, conjunto de expresiones que pueden resumir la vivencia más significativa con que la paciente define la sensación detectada cuando se encuentra frente a la comida. Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la jovencita rechaza esa expresión de amor de sus padres. Al hacerlo, no solo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo. Librada ya desde algún tiempo la batalla contra el impulso por comer, solemos oír que experimenta una sensación de regocijo, triunfo y gratificación similar a la experimentada por personas que han observado exitosamente una **dieta de hambre**.

La situación actual a favor de los regímenes es tal que la persona que es capaz de seguirlo recibe el reconocimiento de su entorno social. Sin embargo, esta conducta, que, en un principio, debería ser considerada inocua, pasa a generar un importante número de consecuencias negativas cuando la restricción reglada y controlada se convierte en abstinencia de la ingesta de alimentos, o en una combinación

de períodos de restricción alimentaria con períodos de hiperfagia. Esto nos llevaría al tema de las dietas mágicas y sus perjudiciales efectos. Es frecuente encontrar entre la población adolescente, aunque no exclusivamente, la difusión de dietas basadas en la supresión de determinados alimentos, o en la ingesta exclusiva de otros (Ceditor, 1999).

Es por ello que el cuerpo con todas sus necesidades, en particular la de alimento, sigue invadiendo la conciencia de la paciente. En otras palabras el tema de la comida sigue preocupándola, acosándola y dictando así gran parte de sus actos.

### **2.3.2. Factores Personales ( de vulnerabilidad Personal )**

Existen factores individuales que pueden inducir a muchos adolescentes a ser anoréxicos. Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto idealizado, radical que implica el someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo su propia vida.

Los déficits en la autoestima relacionados con un alto nivel de autoexigencia hace que el deseo de ser aprobadas por los demás por la apariencia externa puedan llevarlas a una conducta de dieta. El perfeccionismo y el autocontrol también son factores individuales que pueden inducir a la anorexia nerviosa.

Las pacientes con anorexia incrementan el **ejercicio físico** tanto en frecuencia como en intensidad. Dan largos paseos de kilómetros, suben siempre las escaleras, acuden a sus clases de danza o aeróbic, incluso estudian siempre de pie para gastar calorías. Otra característica es la dedicación excesiva al estudio o actividades profesionales como una conducta que forma parte de la necesidad de perfeccionismo, de logros, de éxitos. Podría ser una forma de justificar el progresivo aislamiento social que sufre.

Si bien es cierto la vulnerabilidad personal no es suficiente por sí mismo para producir la enfermedad, requiere de la asociación con otros factores que pueden presentarse de forma aislada o con la concurrencia de varias de ellos: experiencias de fracasos, conflictos interpersonales, cambios de colegio o de ciudad, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno a las que previamente estaban controladas, baja autoestima, enfermedad personal, sobre todo de tipo crónico o que afecta el esquema corporal; demandas propias del momento evolutivo (pubertad, gestación, etc) y sobre todo, la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias, pueden desbordar a una persona con falta de madurez el inicio de la enfermedad.

Jeammet (1997) plantea que los contenidos referidos a la precaria tolerancia a la frustración, con la consiguiente expresión violenta al servirla como una clara amenaza a su propia identidad, hace que el sujeto se vea impedido a destruir a quien amenaza. Es así que emerge sus características paradójicas internas: mientras que en su clara vivencia piensa en sobrevivir, realiza conductas que le llevan a la muerte de forma inexorable. (Jeammet, 1997)

### **2.3.3. Factores Psicoemocionales**

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causa o resultados de los trastornos del comer.

Personas con baja autoestima, no aceptarse como personas inseguras, demasiadas perfeccionistas, con auto exigencias muy altas, muy preocupadas por la opinión de los demás sobre sí mismos constituyen un perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de los trastornos de alimentación.

Las representaciones con las que el sujeto – afecto se siente identificado o no identificado, más bien contra identificado ya por

aspectos de su presente o actuales, ya por aspectos en su desarrollo correspondientes con su futuro, conllevan una carga emocional. Carga intensísima, muy fija persistente y difícilmente- cuando no, imposible de modificar. Ama, quiere desea estar delgada. Odia, ferozmente, angustiosamente, estar gorda. Y todo ello a partir de un determinado momento. La posición con sus respectivas cargas emocionales de amor u odio- positivas para la delgadez, negativas para la gordura, no solo son intensísimas y extremadas entre el todo y la nada, sino que a su vez se fijan mediante una constante y feroz lucha para impedir por cualquier medio incluido el vomito furtivo y provocado que la posición lograda delgadez sea inamovible e irreductible.

El periodo de la adolescencia se caracteriza por los conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así como de los esfuerzos por separarse de los padres y establecer su propia independencia. Todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida. Esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto períodos de confusión, **inestabilidad emocional y conductas contradictorias.**

#### **2.3.4. Factores Socio-Culturales:**

La Anorexia Nerviosa no puede entenderse sin un contexto de hábitos y valores socio - culturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben seguir. Sin duda en el mundo occidental, en donde se nos muestra a la mujer delgada como sinónimo de éxito, este es un factor que cobra importancia, ya que a través de los medios ejerce mucha influencia sobre los jóvenes, pero a la vez nos da una oportunidad de realizar una gran labor preventiva .

La sintomatología psiquiátrica en general siempre ha sido influenciada por factores de la cultura y la sociedad .Ser poco habilidosos

en las relaciones sociales , constituye el perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.(Rothemberg, 2000)

- *Los Medios de Comunicación*

El culto a la delgadez, tan frecuente en las adolescentes y mujeres jóvenes de las sociedades desarrolladas, es alentado de forma abierta y escasamente ética, cuando no abiertamente peligrosa por los medios de Comunicación, no sólo en los espacios publicitarios sino también en la programación habitual, desde los concursos hasta las series televisivas. Cualquier artículo que se anuncie en la televisión es protagonizado por mujeres jóvenes, bellas y delgadas que promueven en los niños y adolescentes una peligrosa asociación: delgadez-belleza-éxito-felicidad.

Por otra parte, se ha sobre divulgado tanto la cuestión de los trastornos alimentarios desde los medios de comunicación, que se ha instalado en los adolescentes una "moda de la anorexia" con contagio, a través de la rivalidad y de la información, de comportamientos restrictivos y purgativos.

Adelgazar sin esfuerzo también contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prenda de vestir, cosméticos, etc. Y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar " si ello tiene ese aspecto yo también lo tendré" (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Además, en esta sociedad de consumo, el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito. Nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos " light" , etc., fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado. En la mujer la presión es mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual rectilíneo, valorando a la mujer

delgada como más atractiva, saludable, segura de si misma y popular que las mujeres adultas. (Garner & Garfinkel, 1980)

- *La Moda*

Las representantes del sexo femenino estén sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la mida con rigor y consideraciones. Esta especie de dictadura de la moda exige sin máximal delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del género. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación. Mujeres jóvenes que logran la delgadez creen que han realizado una victoria cultural principal el superar tentaciones, mientras que copian imágenes idealizadas por los medios de comunicación.

La ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas con éxito. Las mujeres jóvenes más a riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia pero pocas mujeres son inmunes a estas influencias. **Grafico4**

En el mundo de la moda imperan los modistas que tratan de extrapolar su ideal de belleza, basada en prototipos masculinos, a la ropa destinada a vestirse a las mujeres con sus consecuentes problemas de adaptación. Por ello hasta este momento han imperado en las pasarelas los cuerpos de modelos muy delgadas, habiéndose llegado a constatar que algunas de ellas han padecido Trastornos Alimentarios. En estas tiendas, y en otro orden de cosas, se exige como condición para formar parte de su plantilla de vendedoras ser delgada. Esto resulta discriminatorio, o al menos injusto, pues rechaza a personas que podrían tener en principio aptitudes comerciales, basándose en criterios de peso y talla. Los

catálogos que estas tiendas utilizan junto con las vallas publicitarias en que se exhibe la ropa de la nueva temporada emplean la imagen de adolescentes extremadamente delgadas, lo que constituye un fuerte modelo de referencia para cualquier adolescente. (Cedidor; Cedidor, 1999)

### **2.3.5. Factores Familiares**

La familia juega aquí un papel importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por el contrario la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes.

Las características familiares se definen por un problema de existencia de comunicación caracterizado porque las figuras parentales no asumen el liderazgo en el sistema familiar, estableciéndose una serie de alianzas y coaliciones “negadas”, no se asumen responsabilidades en la relación y no es extraño detectar la existencia de un claro divorcio; que los factores emocionales negativos dentro de la familia u en otras relaciones íntimas posiblemente tanto hereditaria como ambiental, desempeñan una función importante en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos. Los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en los niños.

- Rasgos de la Familia de una paciente Anoréxica:
  - a) La forma de organización y el funcionamiento de la familia se caracteriza por:
  - b) Aglutinamiento: los miembros de la familia están excesivamente implicados entre sí y se invaden mutuamente. Los límites interpersonales son difusos.

- c) La autonomía de cada uno de los miembros está comprometida y hay una
- d) confusión de roles.
- e) Sobre protección: se preocupan constantemente unos por otros dando respuestas protectoras permanentes y sintiéndose responsables unos por otros.
- f) Organización rígida: no quieren o no necesitan ningún cambio dentro de la familia. Las pautas se mantienen en forma inflexible.
- g) No - resolución de conflictos: se evitan los conflictos, en vez de enfrentarlos, por lo tanto los problemas no son negociados ni resueltos.

Otras características que suelen estar presentes son:

- a. Atmósfera de inseguridad
- b. Aparente falta de conflicto, pero con mala relación entre los padres y una tensión subyacente.
- c. Padre que puede aparecer lejano, sin una relación afectiva con su hija preocupado por las apariencias externas.
- d. Madre aparentemente "tradicional", que acepta su papel de esposa abnegada y sumisa, pero muchas veces frustrada en sus aspiraciones y víctima de medio intolerante y muy crítico.
- e. Espíritu de auto sacrificio.

## **2.4. TIPOLOGIA DE ANOREXIA NERVIOSA**

### **2.4.1. Anorexia Nerviosa Tipo Restrictiva**

Son aquellas que realizan una restricción de la dieta (dietistas) .Durante el periodo de anorexia la persona no presenta episodios recurrentes de sobre ingesta masiva o conductas purgativas (vómitos auto inducidos o mal uso de laxantes y diuréticos).Se da en un 70-80% de los

casos y suelen ser personas que realizan mucho ejercicio físico, o que presenten episodios de conflictos como divorcios .

#### **2.4.2. Anorexia Nerviosa Tipo Bulímica o Purgativa**

En este tipo durante el periodo de anorexia la persona incurre regularmente en atracones o conductas purgativas.

#### **2.5. CARACTERISTICAS**

La mayoría de las personas que tienen Anorexia Nerviosa comparten ciertos rasgos de personalidad y desarrollan rituales anormales de alimentación como un medio para manejar el estrés y la ansiedad. Pero generalmente se caracterizan por su tendencia hacia las:

- Abstracciones selectivas.
- Generalizaciones excesivas.(debo evitar toda ingesta de hidratos decarbono).
- Ideas autorreferenciales.
- Magnificación de consecuencias negativas.(Si aumento un kilo, estoyperdida para siempre).
- Pensamiento supersticioso.(Cuando como un dulce enseguida se convierte en grasa en el estomago).
- Inferencia arbitraria.
- Uso selectivo de la información.
- Hipergeneralización.
- Pensamiento dicotómico (soy atractiva o soy fea , todo o nada).
- El ideal irreal (Uso del ideal social como un standard de apariencia estable)
- La comparación injusta.
- La lupa (Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia) .
- La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva).
- La fealdad radiante .

- El juego de la culpa (Culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción).
- La mente que lee mal (“No tengo novio porque estoy gorda” ).
- La desgracia reveladora (“Nunca me amarán a causa de mi apariencia”).
- La belleza limitadora.
- Sentirse fea.
- El reflejo del mal humor (Traspasa las preocupaciones al propio cuerpo).
- Una marcada presión social a la delgadez (“Si eres un top model triunfarás en la vida).
- Turbulento pasado de “gordita”.
- Sentimiento interno de gordura (No es necesario un sobrepeso real).
- El modelo de una madre a la que considera gruesa.

## **2.6. SINTOMATOLOGIA**

### **2.6.1. Conductas Patológicas**

- Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas.
- Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros.
- Reducir el consumo de alimentos, especialmente los que tienen más grasas y calorías.
- Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal.
- Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares.)
- Comer sola.
- Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes)
- Aumento del ejercicio físico desmesurado, no por razones lúdicas sino para perder peso.

- Esconder su cuerpo debajo de ropa delgada.
- Toda la vida de la paciente gira alrededor de esa visión de sí misma anormalmente delgada y esa búsqueda de la belleza y el triunfo a través de un cuerpo flaco.
- Negarse a que vean su cuerpo
- En ocasiones, atracones y consumo de laxantes o diuréticos para favorecer el adelgazamiento.
- Abuso deedulcorante.
- Juzgar su vida bajo la visión de la imagen personal, la belleza, el triunfo.
- Concentración en los estudios pero con más dificultades que antes.
- Persiste un buen rendimiento escolar hasta que la malnutrición interfiere este rendimiento.

### **2.6.2. Signos fisiológicos**

- Pérdida importante y progresiva de peso (con frecuencia sucede en un periodo breve) y afirmar que se está gordo aunque se está delgado.
- Negación a mantener un peso igual o superior al valor mínimo que corresponde a su edad y altura.
- Falta de menstruación o retraso en su aparición de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivas sin causa fisiológica conocida.
- Temor a aumentar de peso o engordar aun cuando tenga peso insuficiente.
- Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura del cuerpo.
- Palidez, caída del cabello, disminución de la temperatura corporal (suelen tener frío aún cuando hace calor) y dedos azulados.
- Debilidad y mareo, calambres ligeros, bradicardia y estreñimiento.

### **2.6.3. Cambio de actitud**

- Cambio de carácter (irritabilidad, ira).

- Introversión, agresividad, tristeza y aislamiento de la familia y amigos.
- Sentimientos depresivos.
- Hostilidad y agresividad contra la familia cuando ésta pretende reconducir sus hábitos alimentarios.
- Inseguridad en cuanto a sus capacidades.
- Sentimientos de culpa y auto desprecio por haber comido o por hacer ayuno.
- Aislamiento social, se vuelven cada vez más introvertidos y más aislados de toda la vida social.

Las mujeres anoréxicas presentan **características** muy puntuales: controladores, minuciosas, perfeccionistas, que viven siguiendo los criterios sociales establecidos, vacías en lo afectivo y con la convicción de que halagado el control de su cuerpo. Al final del comportamiento de la anorexia acaban siendo del tipo compulsivo, no pueden dejar de comer como lo hacen pues se angustian demasiado, son obsesivas, perfeccionistas, altamente competitivas, inteligentes, inmaduras emocionalmente, con una baja autoestima y muy dependientes de su familia. Su autoestima depende de su peso y su silueta. Presenta dificultad en sus relaciones sociales, distorsionan o devalúan su apariencia y no quieren ser observada ni juzgada. Aprenden a reducir la ansiedad evitando las situaciones que les angustian, como las relaciones sociales, ir a sitios públicos, etc. Son poco conscientes de su problema, y por ello es muy difícil que consulten en un especialista por la pérdida de peso. Generalmente acuden al médico por malestares somáticos causados por la falta de alimentación.

## 2.7. Consecuencias y/o Complicaciones **Cuadro1**

- **Mortalidad:** Es variable del 4 al 20 %, sobre todo si el peso es menor del 60 % de lo normal. El mayor riesgo se presenta en personas que han padecido esta enfermedad por más de 6 años, que eran obesas antes de convertirse en anoréxicas, con trastornos de la personalidad y matrimonios totalmente disfuncionales y la muerte ocurre principalmente por suicidio.

- **Cardiopatía:** Es la complicación más frecuente ya que el corazón realizabombenos anormales y peligrosos, que disminuyen el flujo de la sangre y lapresión arterial. Asimismo los músculos del corazón padecen hambre y pierden su tamaño.
- **Desequilibrio de electrolitos:** Hay pérdida de minerales como potasio,calcio, magnesio y fosfato por la deshidratación que condiciona el ayuno.
- **Cambios hormonales y en la reproducción:** La anorexia disminuye lashormonas necesarias para la reproducción humana, produce cambios en eltiroides y aumenta la hormona del estrés(cortisol). Puede haber esterilidadincluso después de que se trate a una mujer con anorexia ya que en casosseveros la menstruación no se corrige en un 25%.Las mujeres que seembarazan antes de recuperar totalmente su peso pueden tener abortosespontáneos y si el embarazo llega a término el producto puede tenerdefectos congénitos. En niños y adolescentes con anorexia se puede presentar retraso del crecimiento porque disminuye la hormona delcrecimiento.
- **Osteoporosis:** Se puede presentar por pérdida de minerales en loshuesos, niveles bajos de estrógenos y por el aumento de la concentraciónde hormonas esteroideas.
- **Alteraciones neurológicas:** Las personas con anorexia severa puedensufrir alteraciones nerviosas y presentar crisis convulsivas (ataquesepilépticos), pensamientos desordenados, hormigueos, pérdida desensibilidad y en los niños y adolescentes puede ocurrir daño cerebralpermanente.

- **Alteraciones sanguíneas:** Se presenta Anemia perniciosa por deficiencia de Vitamina B12 y si la anorexia es muy severa la médula ósea reduce la producción de Hb.
- **Niveles bajos de azúcar en sangre:** A esta condición se le conoce como hipoglicemia y ocurre sobretodo en personas que también padecen diabetes.
- **Alteraciones gastrointestinales:** Puede ocurrir distensión del abdomen o estreñimiento. (www.enbuenasmanos.com, 2000)

## 2.8 Diagnostico

Inicialmente se usa la prueba de Rorschach como elemento de detección de la patología, el uso de este Test será mas fructífero si se comprende plenamente la naturaleza de la información que estamos estudiando y si comprendemos lo que estamos haciendo , a su vez describe a este proceso como un intento de comprender, reconstruir y obtener un sentido técnico de la experiencia clínica del examinado . (Dr. Francisco Martinez Lopez, 2000)

Esta prueba demuestra que el Rorschach es un medio para estudiar a las personas en su funcionamiento mental ,brindándonos un criterio diagnostico que , a su vez posibilite, en base a los datos que nos ofrece sobre la estructura de personalidad del paciente .

Este estudio esta basado en seis apartados:

- **Área Intelectual:** se difieren los niveles de rendimiento consta el nivel de inteligencia
- **Área Emocional:** un primer dato muy importante constituyen los profundos sentimientos de devaluación y depreciación personal, sentimientos de inferioridad , que se extienden al área corporal y que aparecen conectados con signos de intensa angustia.

- **Área Sexual:** es un area que aparece negada indican la existencia de mecanismos de regresión, frente a la emergencia de deseos sexuales .
- **Área de la Identidad :**en las mujeres la identidad aparece alterada con predominio de tendencias identificativas con aspectos masculinos y rechazo de los femeninos. En el varón el rechazo a su propia potencia sexual masculina, predominando los caracteres de identificación femeninos.
- **Área de Relaciones Objetales:** es la diferenciación de los casos.
- **Conclusión Diagnostica :***llegar a la conclusión de su tipología y causa.*

## Capítulo III

### 3 Prevención

A pesar de la desesperada puesta en marcha de indiscriminadas iniciativas en la Comunidad Escolar, hoy por hoy, se sabe que no es suficiente para la prevención una buena información. Por tanto, no existe un planteamiento estratégico suficientemente bien evaluado que podamos aplicar a la *prevención primaria*. Sin embargo, en la literatura especializada que existen unos *factores predisponentes* ligados, básicamente, a los cambios del desarrollo puberal, antecedentes de sobrepeso, la baja autoestima y las actividades que exigen el mantenimiento de un determinado peso. En este sentido, parece ser que los más específicos son el sobrepeso conjuntamente con el inicio de dietas, así como las actividades de riesgo. En cuanto a los *factores precipitantes*, la mayoría de ellos tampoco son específicos, solíndonos encontrar los comentarios negativos sobre la corporalidad en el ámbito escolar y/o familiar, la competitividad, y los acontecimientos vitales, incluyendo los abusos sexuales. (Díaz Atienza, 2006)

Sería en el ámbito de la *prevención secundaria*, en donde debemos centrar todos nuestros esfuerzos. Se sabe que tanto el reconocimiento de la enfermedad, como la intervención precoz, son dos aspectos que condicionarán la evolución de la enfermedad. De aquí la importancia, sobretodo, de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Deben tener un especial entrenamiento en el reconocimiento de los factores de riesgo, habilidad en la detección de pacientes en riesgo y capacidad para realizar una intervención precoz, suficiente y efectiva con objeto de prevenir la instauración completa del síndrome. Hay que presentar un especial cuidado con los pacientes que no llegan a cumplir todos los criterios de AN – los llamados Trastornos Alimentarios No Especificados-

en bastantes casos suele ser el inicio de un trastorno alimentario completo, aunque en otros suele ser bastante estático. En la adolescencia el inicio de una conducta alimentaria restrictiva suele ser un factor que incrementa por siete la posibilidad de padecer una AN, siendo uno de los factores predictores más sensitivos. Por tanto, aunque no se trate de un síndrome completo, debe ser atendido con urgencia, el mejor indicador de buen pronóstico.(Díaz Atienza, 2006)

- La alimentación infantil es ALGO MÁS que el mero balance calóricoproteicocorrecto.
- Saber introducir el aspecto relacional, interactivo y cultural desde el principio de las consultas por alimentación, desde la Etapa de bebés, es realizar prevención precoz.
- Evitar las normas rígidas en torno a la alimentación infantil, (horarios, dieta estricta, etc.) con el fin de favorecer la interacción.
- Huir de los alarmismos y exageraciones (anemias, raquitismos, etc.) ante cualquier rechazo alimenticio).
- NO AMENAZAR ni a la madre ni al niño/a. Saber tolerar las desviaciones culturales y corregirlas con suavidad, con el fin de conseguir la colaboración.
- ESCUCHAR Y CONTENER las ansiedades de las familias en torno a la alimentación. No hay que olvidar que el desarrollo de la función materna está muy ligado a la alimentación, ya que la madre es la que compra los alimentos, los prepara en la cocina, distribuye, etc.
- Evitar las fijaciones alimentarias
- Evitar fórmulas y tópicos hechas en torno a la alimentación, individualizar lo más posible, con el fin de que se contextualicen nuestras orientaciones.
- REGULAR RACIONALMENTE la composición y duración de cada comida y la distribución de ella.
- Señalar que los caprichos alimenticios son efecto de la comodidad de las familias y fuente de obtención de beneficios secundarios para los niños/as, es decir EL GUSTO ALIMENTICIO ES EDUCABLE.

- Los domicilios familiares no deben ser ni restaurantes, ni las madres cocineras.
- El acto de la comida NO debe ser un martirio
- Dar tiempo al niño/a y darse tiempo para los cambios y acomodaciones( EJM. El apetito no tiene que ser constante).
- NO INICIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO de entrada ante cualquier trastorno de la alimentación( por ejm. Evitar los estimulantes de apetito, etc ) (CEDITOR, 1999)

## **Capítulo IV**

### **4. Enfermería y Recomendaciones**

#### **4.1. Rol de Enfermería en la Anorexia**

En las últimas décadas, la enfermera ha avanzado con decisión para definir su perfil profesional, en concordancia con los cambios del sistema de salud y de la realidad.(OMS, 2008)

Las enfermeras en el futuro deberán desarrollar sus competencias, encaminando sus mayores esfuerzos para lograr que la atención de salud llegue fundamentalmente a las personas con menos recursos económicos, dando énfasis a la educación en salud, a la prevención y al autocuidado, además la atención se hará en el hogar, la escuela, lugares de trabajo y otros ámbitos de la comunidad .En síntesis la enfermera desarrollará con mayor intensidad su labor en el primer nivel de atención, utilizando sus reconocidas habilidades y conocimientos para promover la salud y prevenir la morbilidad, participando más activamente en el equipo interdisciplinario a fin de valorar la situación de salud y ejecutar los planes con los recursos disponibles y poder asegurar la calidad de la atención directa de Enfermería como meta prioritaria de la profesión. En el nivel de prevención, la enfermera es capaz de valorar la situación del individuo, familia y comunidad en relación a los factores de riesgo existentes en el medio ambiente natural y social, planificando, ejecutando y evaluando

programas y proyectos de salud conducentes a controlar y disminuir los factores de riesgo a fin de disminuir la morbi-mortalidad.

Según la OPS/OMS, los países deben elaborar proyectos o programas de extensión de la cobertura de servicios de salud y de mejoramiento del ambiente. Los programas de salud deben contar con la participación de la comunidad quien debe reconocer los riesgos a los cuales está expuesta y los deberes y derechos que eso conlleva. En la línea de participación comunitaria está la estrategia de Atención Primaria, impulsado por la OPS / OMS, con un enfoque preventivo y participativo que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y a disponer de información adecuada, ejerciendo deberes y derechos sobre la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud.(OMS, 2008)

#### **4.2. Atención Primaria de la Salud**

La atención primaria de la salud es la estrategia para alcanzar la meta salud para todos, es un medio práctico para poner al alcance del individuo y familia la asistencia de salud indispensable, aceptable y proporcionada a sus recursos con plena participación de la comunidad. Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y de fomento de la salud. Estos servicios deben comprender como mínimo:

- Promoción de una nutrición adecuada.
- Abastecimiento suficiente de agua potable.
- Saneamiento Básico.
- Inmunizaciones
- Salud Madre y Niño, incluida la planificación familiar.
- Tratamientos adecuados.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Educación sobre problemas de salud y prevención.

La atención primaria, aunque sencilla, es fundamental para la salud y el desarrollo poblacionales, y se puede cumplir en cualquiera de los niveles de prevención, considerando sus características; así como especialmente, el Primer nivel de atención de Enfermería:(OMS, 2008)

- ✓ Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad; incluyendo hábitos y creencias.
- ✓ Dar atención directa al individuo, familia y comunidad
- ✓ Vigilar el proceso salud enfermedad
- ✓ Mantener la vigilancia epidemiológica
- ✓ Capacitar al individuo, grupo familiar y comunidad
- ✓ Capacitar grupos tradicionales y voluntarios.
- ✓ Propiciar el mejoramiento del ambiente y del estado de salud de la población.
- ✓ Involucrar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones
- ✓ Evaluar permanentemente los resultados de la atención Primaria de Salud.

### **4.3 RECOMENDACIONES**

La finalidad de cualquier profesional implicado en esta problemática infanto-juvenil consiste en procurar la mejor evolución posible. Para ello, lo más importante es actuar convenientemente respecto a las consecuencias a corto y medio plazo. Tres niveles de actuación son necesarios:

#### **4.3.1.Detección precoz:**

Para ello debemos incrementar el conocimiento acerca de esta patología entre los padres, los adolescentes, educadores y entrenadores con objeto de facilitar la detección. Los profesionales de la salud deberían adquirir

mayor sensibilización hacia el problema, así como entrenamiento suficiente. La actitud ambivalente enfermedad-capricho, no-solo es privativa de las personas no sanitarias, por el contrario, podemos encontrar un cierto arraigo entre bastantes profesionales sanitarios.

En la edad puberal y adolescencia temprana debería realizarse anualmente un “screening” respecto imagen corporal, cambios dietéticos, hábitos alimentarios y medidas sobre los patrones individuales de crecimiento.(Diaz Atienza, 2006)

#### **4.3.2. Intervención temprana:**

Una vez que se ha detectado un trastorno alimentario, hay que animar a los familiares a seguir un tratamiento. Si el problema es detectado a tiempo, lo habitual sería la implicación del / la paciente en su curación. En el supuesto la evolución no sea satisfactoria, se debe derivar a un equipo interdisciplinario. En esta circunstancia, la intervención suele ser intensiva y requiere de múltiples intervenciones con el consiguiente ausencias al centro escolar. Esto implica el trabajo conjunto con en el centro escolar con el objeto de que facilite la intervención.

El tratamiento comprenderá el abordaje médico, psicológico y nutricional. La intervención psicosocial dependerá del nivel de interferencia al que haya dado lugar la enfermedad, aunque lo habitual es el trabajo con la familia y la escuela.(Diaz Atienza, 2006)

#### **4.3.3. Restauración del peso ideal:**

Una gran cantidad de investigaciones han puesto en evidencia que la restauración ponderal en la AN es el mejor indicador a favor de la recuperación. Por el contrario, las recaídas frecuentes de este parámetro es un signo del mal pronóstico. La posición actual es que el peso objetivo debe ser claramente definido y monitorizado. La imposibilidad por parte del paciente para mantenerlo obliga a un incremento en la frecuencia de las intervenciones o la hospitalización.

La restauración ponderal es importantísima para prevenir las osteoporosis, no existiendo, hoy por hoy ninguna otra medida médica que garantice su prevención.(Díaz Atienza, 2006)

## **CAPITULO V**

### **5. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA MÁS FRECUENTES**

#### **5.1. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL**

**Definición:** Confusión en la imagen del Yo físico.

**Características Definitivas:**

- Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio Yo.
- Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.
- Ocultamiento o exposición excesiva de una parte corporal (muslos, cadera)
- Miedo a reacción de otros.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo

#### **5.2. BAJA AUTOESTIMA CRONICA**

**Definición:** Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos de sus capacidades.

**Características Definitivas:**

- Persona que se autoevalúa incapaz de afrontar acontecimientos y depende de las opiniones externas.
- Rechaza la retroalimentación positiva sobre si misma y exagera la negativa.
- Utiliza expresiones negativas de si misma,
- Manifiesta vergüenza o culpa, indecisión.

#### **5.3. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL**

**Definición:** ingesta de Nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

**Características Definitivas:**

- Peso corporal inferior en un 20% o mas al peso ideal(IMC mayor 17,5para la anorexia, mayor 19 población sin patología)
- Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, conceptos erróneos respecto a la alimentación equilibrada.
- Palidez de las conjuntivas y mucosas, debilidad de los músculos.
- Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos, falta de interés por los alimentos.

**5.4. AISLAMIENTO SOCIAL**

**Definición:** soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa y amenaza.

**Características definitivas:**

- Falta de personas significativas.
- Preocupación por los propios pensamientos
- Busca soledad
- Incapacidad de satisfacer las expectativas de los demás
- Sentimientos de ser diferente a los demás.
- Inseguridad en publico

**5.5. DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL**

**Definición:**intercambio social inefectivo

**Características Definitivas:**

- Interacción disfuncional con los compañeros, familias verbalizada por la familia.

**5.6. RIESGO DE SUICIDIO**

**Definición:**riesgo de lesión autoflingida que pone en peligro la vida.

## **FORMULACION DE LA PREGUNTA**

¿Cuáles son los Factores de Riesgos de Anorexia Nerviosa en Adolescentes que acuden al CS#4 ?

## **METODO**

La presente investigación se llevo a cabo en el área de preparación del CS#4 de la ciudad de Guayaquil, en la provincia Guayas en el periodo de Octubre 2011- Abril 2012.

Se realizaron encuesta a 10 Enfermeras que laboran en el CS y A 68 Adolescentes que acudieron a las consultas. La encuesta consistió en 8 preguntas a los adolescentes cuyo objetivo era identificar las principales causas de Anorexia Nerviosa y 8 preguntas a las Enfermeras con la finalidad de saber la Atención que brindan a estos pacientes.

## **JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL METODO**

El método usado es de información primaria ya que me permite recoger datos desde la fuente especifica y directa de la información; puesto que es cierto que existen datos ya establecidos por bibliografía sobre Anorexia Nerviosa y sus posibles Causas, el mismo hecho de realizar las Encuestas permite darle un enfoque más directo al tema por su localización y el tiempo elegido del Titulo ya establecido.

## **TIPO DE INVESTIGACION**

- **No Experimental:** ya que no se realizan experimentos para el resultado de la propuesta.
- **Observacional:** porque se observa la atención de Enfermería y sus conocimientos frente a la problemática.
- **Descriptivo:** se describe la patología y/o enfermedad, sus posibles causas.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### VARIABLE:

- Dependientes: Educación de Enfermería sobre la Atención a Adolescentes con Anorexia Nerviosa
- Independientes: Estilo de vida de los Adolescentes

### IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

- Edad, sexo
- Factores de riesgo
- Atención de Adolescentes

### DEFINICION DE LAS VARIABLES

**EDAD:** edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta la actualidad expresada en años.

**SEXO:** clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas.

**FACTORES DE RIESGOS:** factor que produce en una persona o un grupo de persona vulnerabilidad particular a un suceso no deseado, desagradable o morboso.

**ATENCION:** asistencia sanitaria que se brinda ante un proceso.

**ADOLESCENTES:** periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta.

### UNIVERSO

La población está compuesta por Adolescentes de 13 a 18 años atendidos en el Centro de Salud# 4 en la provincia del Guayas de la ciudad de Guayaquil, en el área de preparación que fueron atendidos en las consultas de marzo y abril 2012. El universo consta de 120 adolescentes que acudieron a consultas durante el periodo de Octubre 2011.abril de 2012. Sumándose las 10 enfermeras que laboran en el CS.

### **MUESTRA**

Se tomo una muestra representativa de 68 adolescentes que acudieron subsecuentemente a consultas entre Marzo y Abril de 2012 observándose en ellos trastornos típicos de su edad representados por cambios.

### **TECNICAS DE RECOJIDAS DE DATOS**

#### **PROCEDIMIENTO**

El estudio se llevo a cabo en el CS#4 del Area #7, de la ciudad de Guayaquil perteneciente a la provincia Guayas.

- Para la recolección de la información se procedió a constatar el número de consultas por la cual acuden los adolescenetes al CS; Y mediante la Observación al personal de Enfermería de los cuidados que Proporcionan a dichos pacientes.

#### **PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

- Observacional mediante la medición de peso y talla de adolescentes y mediante la evaluación a la contestación de un test.

#### **TECNICA Y MODELOS DE ANALISIS DE DATOS**

- Muestra de reporte de medición de peso y talla de adolescentes en el área de preparación
- Software: Excel y Word
- Revisión bibliográfica con respecto al tema
- El resultado de los gráficos se basa a las encuestas que se realizaron a Adolescentes y Personal de enfermería .

## PRESENTACION DE LOS DATOS

### ANALISIS/ RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se analizaron estadísticas descriptivas de las variables en estudio, utilizando las encuestas y sus porcentaje la misma que se utilizaron respuestas Negativas(NO) y, Positivas(SI) y de elección como (SIEMPRE, A VECES,NUNCA).

MOTIVO DE CONSULTA	NUMERO DE CONSULTAS
Molestias relacionadas con la comida	28
Por otras enfermedades	40
Total	68

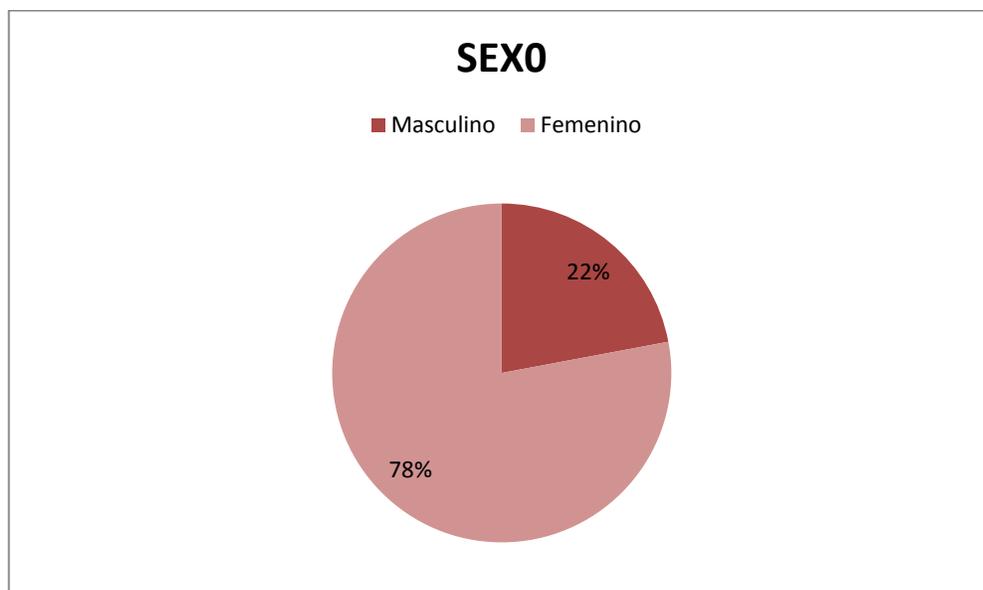


Fuente: Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 1**, muestra que del total de consultas es decir del 100%(68); el 41%(28) asisten al CS por TCA Y EL 59%(40) acuden por otros motivos de consultas, con estos datos pude analizar que a pesar de ser inferior la cantidad de Adolescentes que acuden por TCA , es una cantidad alarmante en caso de no tomarse las medidas de prevención respectivas.

SEXO	FRECUENCIA
Masculino	15
Femenino	53
Total	68



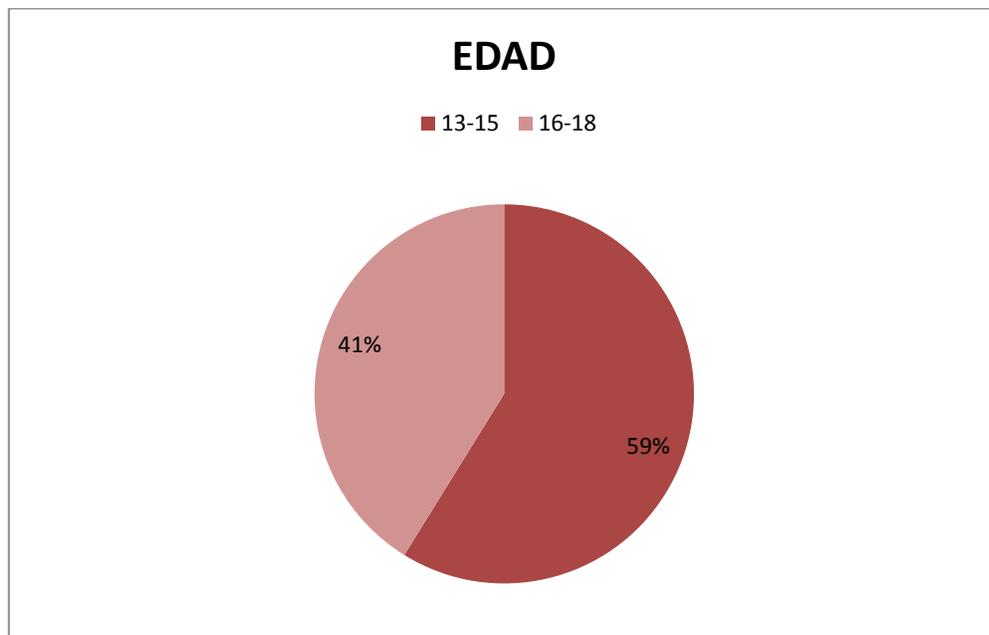
Fuente : Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 2**, Según datos obtenidos mediante la Encuesta del 100% de la población en estudio el 78% esta comprendida por el sexo femenino la parte restante representada por el 22% pertenece al sexo masculino, es decir la población que predomina es de mujeres considerándose que la

población masculina también se encuentra en gran riesgo de presentar TCA.

EDAD	FRECUENCIA
13-15	40
16-18	28
Total	68



Fuente :Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 3** , analizando datos sobre edades según encuesta realizada el 59% de la población en estudio varia una edad de 13-15 años; mientras

que la población restante es decir el 41% esta representada por adolescentes entre los 16-18 años de edad.

PESO EN KG	PESO EN LA ACTUALIDAD
De 35a45Kg	15
De 46 a 55Kg	23
De 56 a 65Kg	30
Total	68

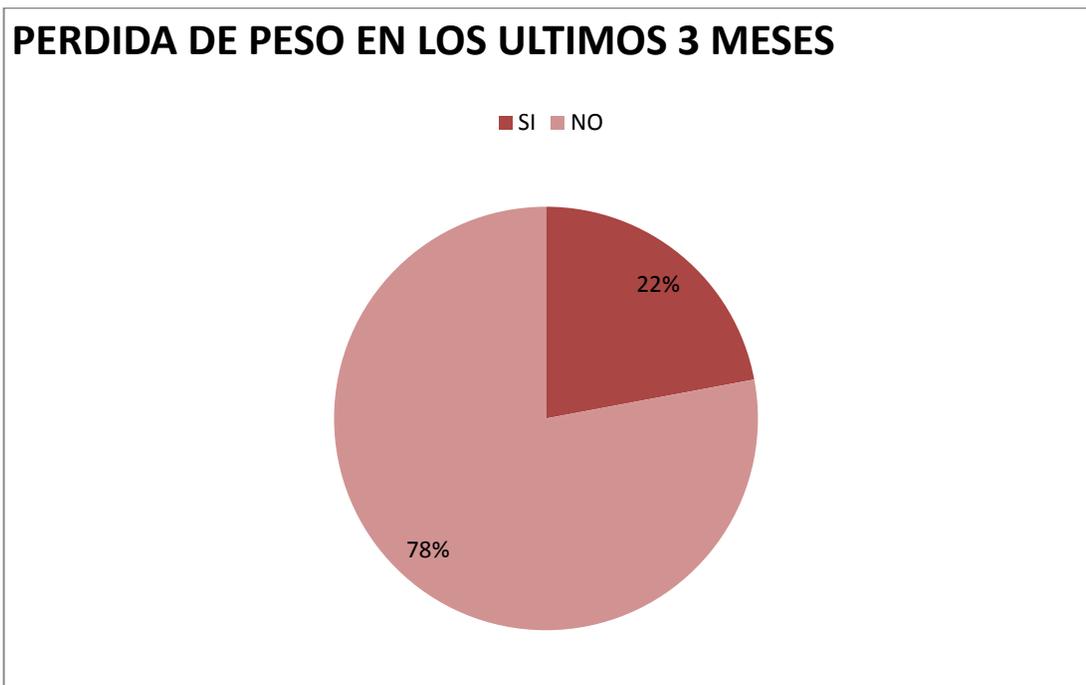


Fuente : encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 4**, de los rangos tomados en peso en este grafico nos muestra que el 44%(30) presentan un peso considerado dentro de lo normal seguido con el 34%(23) a diferencia del 22%(15) que se podría decir que presentan un TCA , según muestra el análisis representado en porcentaje.

RESPUESTA	PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS 3 MESES
SI	15
NO	53
Total	68

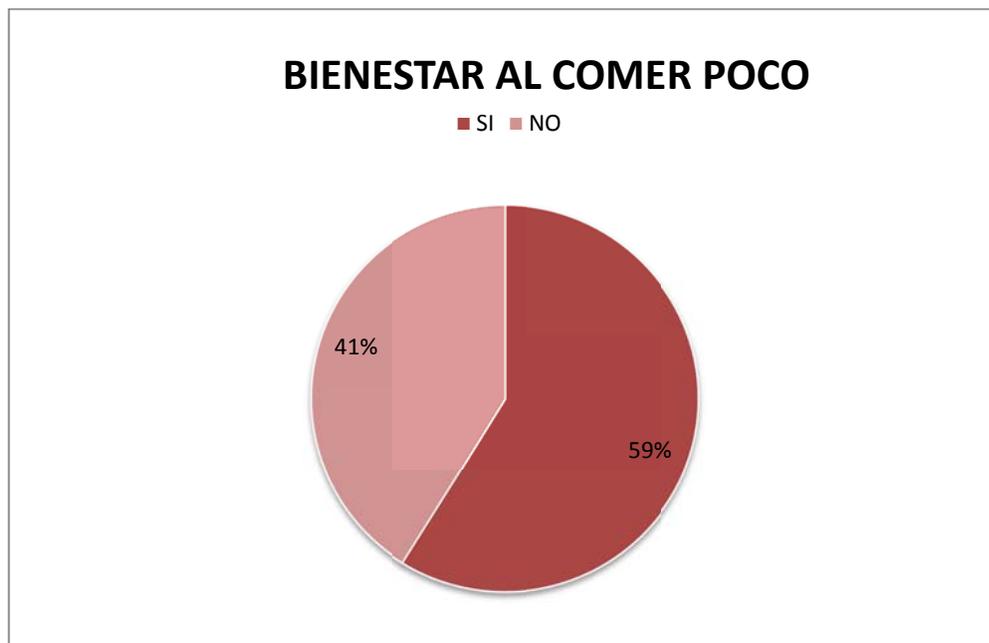


Fuente: Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 5**;según resultados tomados de la encuesta del 100% de la población en estudio el 78% no presentan pérdida de peso; a diferencia del 22% restante que nos muestra pérdida de peso lo cual si es alarmante ya que para su edad en desarrollo no es recomendable lo cual se debería tomar en cuenta.

RESPUESTA	BIENESTAR AL COMER POCO
SI	40
NO	28
Total	68

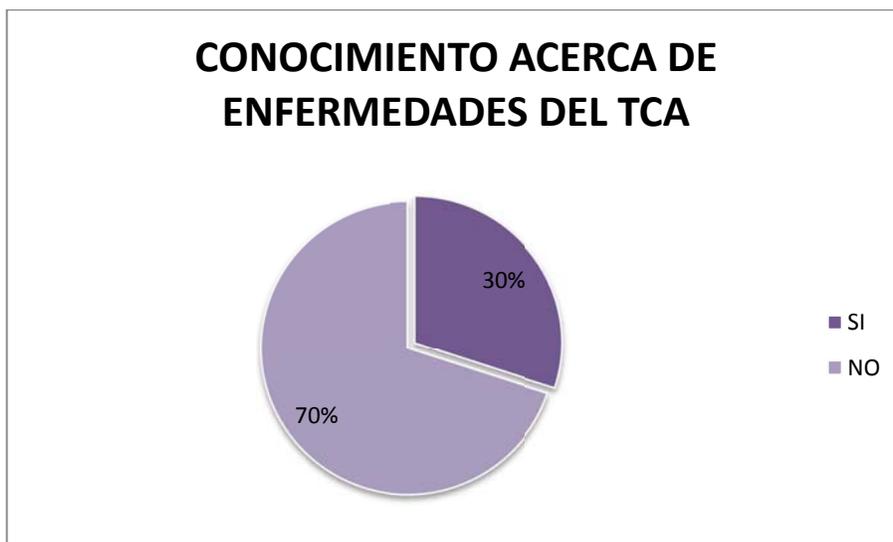


Fuente : Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 6**, Nos muestra que del 100% de la población en estudio el 59% presenta bienestar al comer poco o restringirse de alimentos mientras que el 41% restante no se siente bien comiendo poco, analizando estos datos y comparando o asimilando a los anteriores puedo decir que a pesar de que la población que presenta bajo peso sea menor tenemos en su totalidad una mayoría que presenta culpabilidad al comer mucho y bienestar al comer poco.

Conocimiento acerca de enfermedades de TCA	FRECUENCIA
SI	3
NO	7

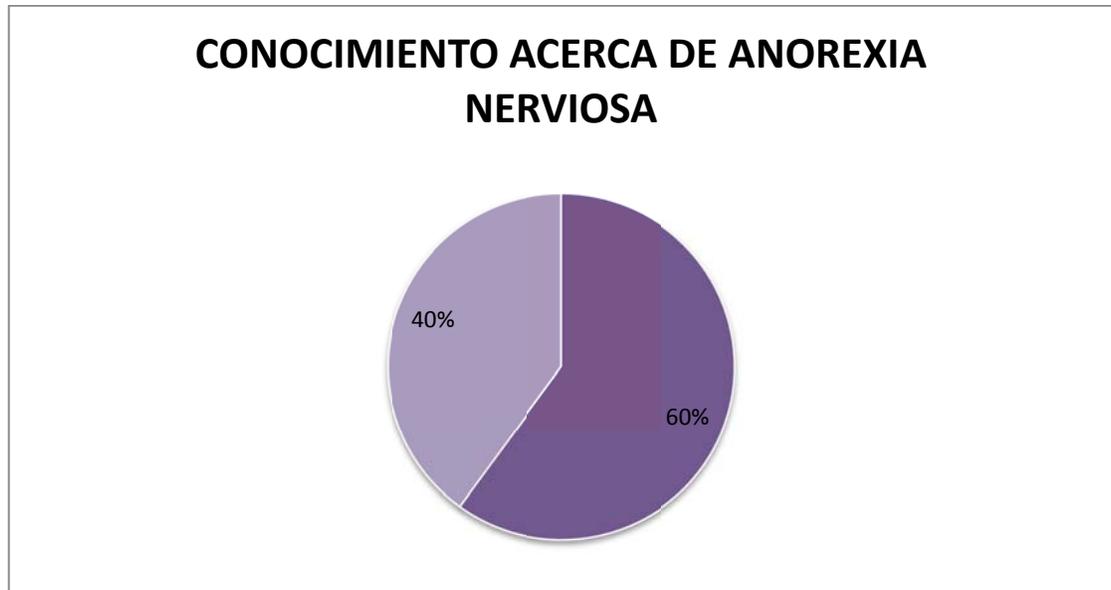


Fuente: Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 7**, según encuesta realizada al personal de enfermería que labora en el CS #4 se puede analizar que el 70% no tiene conocimiento acerca de enfermedades por TCA , y solo un 30% si tiene conocimientos acerca de TCA, datos obtenidos como Pre-Evaluación a Educación.

CONOCIMIENTO ACERCA DE AN	FRECUENCIA
SI	4
NO	6
total	10

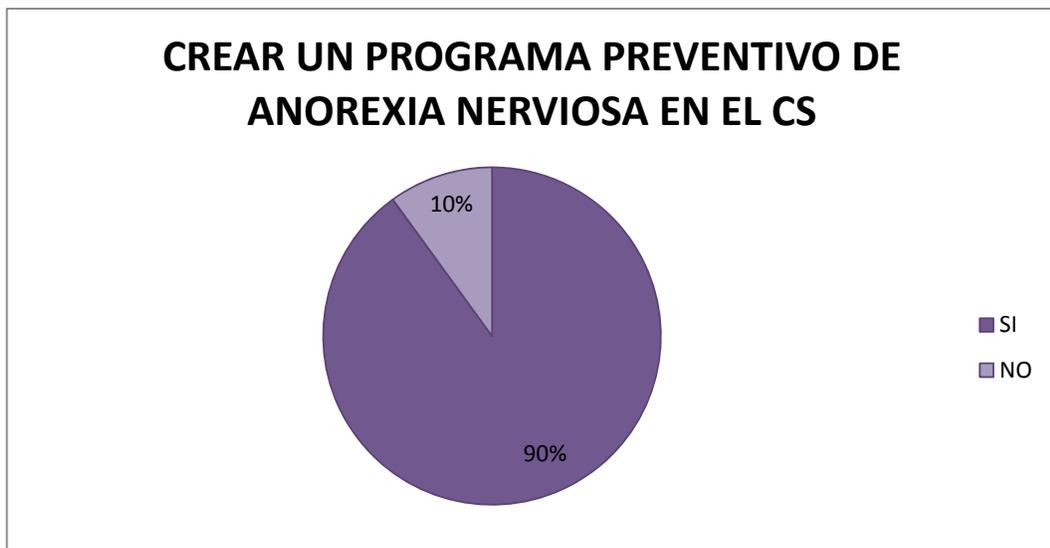


Fuente: Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

CREAR UN PROGRAMA PREVENTIVO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL CS	FRECUENCIA
SI	9
NO	1
Total	10

**GRAFICO 8**, según datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería el 60% no tiene conocimiento acerca de AN y el 40% restante si tiene conocimiento acerca de esta patología, Es decir según análisis , el personal desconoce en su totalidad las causas posible, el tratamiento y cuidado que deben proporcionar a dichos pacientes que padecen este trastorno de conducta alimentaria, por lo que podría considerarse como un tema alarmante por el déficit que presentan del tema en cuanto a conocimiento de teoría y las actividades que podrían realizar frente al mismo.



Fuente: Encuesta

Elaborado por Lorena Chavarria

**GRAFICO 9**, Llegando a la conclusión de datos obtenidos y luego de una POST-EVALUACION realizada al personal de enfermería inmediatamente

de la Retroalimentación y Educación proporcionada mediante conocimientos bibliográficos acerca de la patología, sus causas, síntomas, posibles riesgos, tratamiento y cuidados que pueden proporcionarse a estos pacientes; se llega a la conclusión en un 90% que en el CS debería crearse un programa a que ayude a la Prevención de AN en los Adolescentes que acuden, puesto que esta patología es un trastorno de la conducta alimentaria que se vienen convirtiendo en estos últimos años en un problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad quienes a su vez, influenciados por los patrones de moda y estética actuales imponen una delgadez a toda costa y cuya problemática no es exclusiva de niveles socioeconómicos altos.

## **CONCLUSIONES**

Al finalizar el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los Factores de Riesgos el 41% de la población que asistió a consultas por temas relacionados con la alimentación presentaron temor con la distorsión de la imagen corporal; observándose de la población total de adolescentes que el 78% pertenecen al sexo femenino seguida del 22% el sexo masculino con una prevalencia en edades de 13-15 años, por lo que se concluye que existe un número considerable de adolescentes que presentaron conductas de Alto y Mediano Riesgos hacia la AN; evidenciando los Factores Socioculturales y Psicoemocionales de Riesgos.
- Luego de una POST-EVALUACION realizada al personal de enfermería inmediatamente de la Retroalimentación y Educación proporcionada mediante conocimientos bibliográficos acerca de la patología, sus causas, síntomas, posibles riesgos, tratamiento y cuidados que pueden proporcionarse a estos pacientes; se llega a la conclusión que en el CS debería crearse un programa a que ayude a la Prevención de AN en los Adolescentes que asisten, puesto que esta patología es un trastorno de la conducta alimentaria que se vienen convirtiendo en estos últimos años en un

problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad quienes a su vez, influenciados por los patrones de moda y estética actuales imponen una delgadez a toda costa y cuya problemática no es exclusiva de niveles socioeconómicos altos .

## **VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION**

Anorexia Nerviosa no es una enfermedad que se instala de un día para otro o que tiene que ver con la predisposición congénita, sino por el contrario está relacionada con el estilo de vida de nuestra época, con una moda particular de vivir y sentir nuestro cuerpo, nuestra salud, nuestros valores e ideales, impugnando todos nuestros actos, conductas y hábitos. En tal sentido; los trastornos de la conducta alimentaria afecta con mayor frecuencia a las púberes y/o adolescentes quienes en su proceso de desarrollo y maduración psicofísico y emocional presentan algunas manifestaciones que esta dado por el hecho de verse con unos kilogramos de más que molestan, comenzando a cuidarse en las comidas, aumentar la actividad física, entre otros.

El método usado es de información primaria ya que me permite recoger datos desde la fuente específica y directa de la información; puesto que es cierto que existen datos ya establecidos por bibliografía sobre Anorexia Nerviosa y sus posibles Causas, el mismo hecho de realizar las Encuestas permite darle un enfoque más directo al tema por su localización y el tiempo elegido del Título ya establecido. De Tipología:

**No Experimental:** ya que no se realizan experimentos para el resultado de la propuesta.

**Observacional:** porque se observa la atención de Enfermería y sus conocimientos frente a la problemática.

**Descriptivo:** se describe la patología y/o enfermedad, sus posibles causas.

Frente a esta realidad, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades destinados a promover, proteger y fomentar la salud del individuo haciendo hincapié en la prevención de estas enfermedades mediante la elaboración de programas preventivos promocionales y de la Atención de Enfermería siendo estos:

- Aplicar campañas de ayudas en colegios de la ciudad para así dar a conocer lo peligrosa de esta enfermedad
- Hacer más investigaciones sobre este tema en los planteles para que las generaciones futuras estén consiente de este problema.
- Intentar erradicar las campañas publicitarias que dan ideas erradas de lo que es saludable para el cuerpo específicamente el peso corporal.
- Informales a los Padres o Representantes de lo grave de este problema y lo dañino que es para la salud de los jóvenes de hoy en día.



## APARTADOS FINALES

### 1. Referencias Bibliográficas

- Gary Garfinkel(22 de septiembre de 1980). Google Corporation. Recuperado el 9 de marzo de 2012, de sitio web Google Académico :<http://www.googleacademic.com>
- Agurto ,G.(26 de diciembre de 2011) Google Academico.Recuperado el 9 de marzo de 2012, de Google Academico:<http://repo.uta.edu.ec>
- Carmen, E.(2 de febrero de 2003). Google Academico.Recuperado el 9 de marzo de 2012,Google Academico.<http://www.ondasalud.com>
- Carrasco, D.(2008). Manual de Psiquiatria. España
- Ceditor,T. (1999).Trastornos de la Anorexia
- Ceditor, J. (1999).Anorexia y otras alteraciones de la Adolescencia. Barcelona. S.A.
- Diaz, T.S.(2006). Anorexia Nerviosa de Adolescentes. Mexico
- Dr. Martinez, F.Ventura , D(2000) Anorexia Nerviosa , España. Parafino.
- Jeammet(1997). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid
- OMS.OPS(2 de febrero de 2008). Google Academico.Recuperado el 6 de Marzo de 2012, de Google Academico:<http://www.monografias.com>
- Paulo, R.F. (25 de Febrero de 2007). Google.Recuperado el 9 de marzo de 2012 de google académico.<http://www.googleacademic.com>
- Rothemberg. (2000). Psiquiatria. EE.UU
- Sanchez,P.P(2008) Psicología . Lima :editorial Navarrete
- [www.enbuenasmanso.com](http://www.enbuenasmanso.com) (6 de marzo de 2000)Google. Recuperado el 8 de marzo de 2012, de Google Academico.<http://www.enbuenasmanos.com>

## 2. INDICES VARIOS

Grafico 1

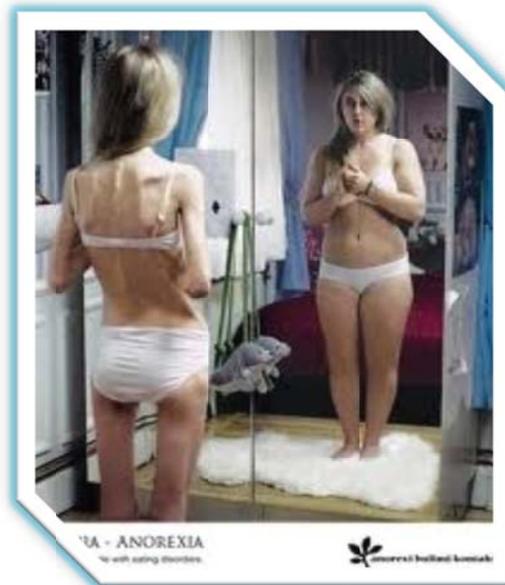


Grafico 2



Grafico3



Grafico 4



## Cuadro1



### 3. ANEXOS

#### ENCUESTA

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

AREA DE SALUD # 7 CS# 4

Encuesta dirigida a Adolescentes que se Atienden en el Centro de Salud # 4

Tema: **“La Anorexia Nerviosa”**

- **La encuesta es anónima para garantizar la fiabilidad de la información.**
- **Lea detenidamente la pregunta antes de contestarla.**
- **Señale una respuesta con X y/o complete los espacios en blanco.**

1. **Cuál es el motivo de consulta en el Centro de Salud?**

Molestias relacionadas con la comida\_\_\_\_\_.

Por otras enfermedades\_\_\_\_\_

2. **Cual es su peso en la actualidad?**

3. **Cree que esta excedida de peso aunque los demás le digan que está demasiado delgada/o ?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

*Por qué?*

4. **Desea verse delgada/o ?**

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Por que?

5. **Ha perdido últimamente peso en el periodo de tres meses?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_ cual es la razón ?

**6. Últimamente se ha vuelto más estricto consigo mismo respecto a su alimentación?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

**7. Se siente bien al comer poco ?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Por qué ?

**8. Se siente culpable cuando come en exceso ?**

SIEMPRE\_\_\_ A VECES\_\_\_ NUNCA\_\_\_

**Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**

**AREA DE SALUD # 7 CS# 4**

*Encuesta dirigida al personal de Enfermería profesional y no profesional que labora en el Centro de Salud #4*

Tema: **“La Anorexia Nerviosa”**

- **La encuesta es anónima para garantizar la fiabilidad de la información.**
- **Lea detenidamente la pregunta antes de contestarla.**
- **Señale una respuesta con X y/o conteste los espacios en blanco.**

**1) Conoce ud. Acerca de alguna enfermedad del Trastorno de Conducta Alimentaria?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

**2) Sabe ud. Que es la Anorexia Nerviosa?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

**3) Mencione los Factores que influyen en el apareamiento de la Anorexia Nerviosa?**

**4) Conoce ud las manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

*Mencione las principales manifestaciones*

**5) De ser identificado un caso; sabe ud como tratarlo?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

*Mencione los principales procedimientos de enfermería para estos casos:*

**6) Cree ud que la Atención Psicológica es el principio del Tratamiento de la Anorexia Nerviosa?**

SI\_\_\_ NO\_\_\_

**7) Esta de acuerdo que la familia debe ser involucrada en el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa?**

SI\_\_\_

NO\_\_\_

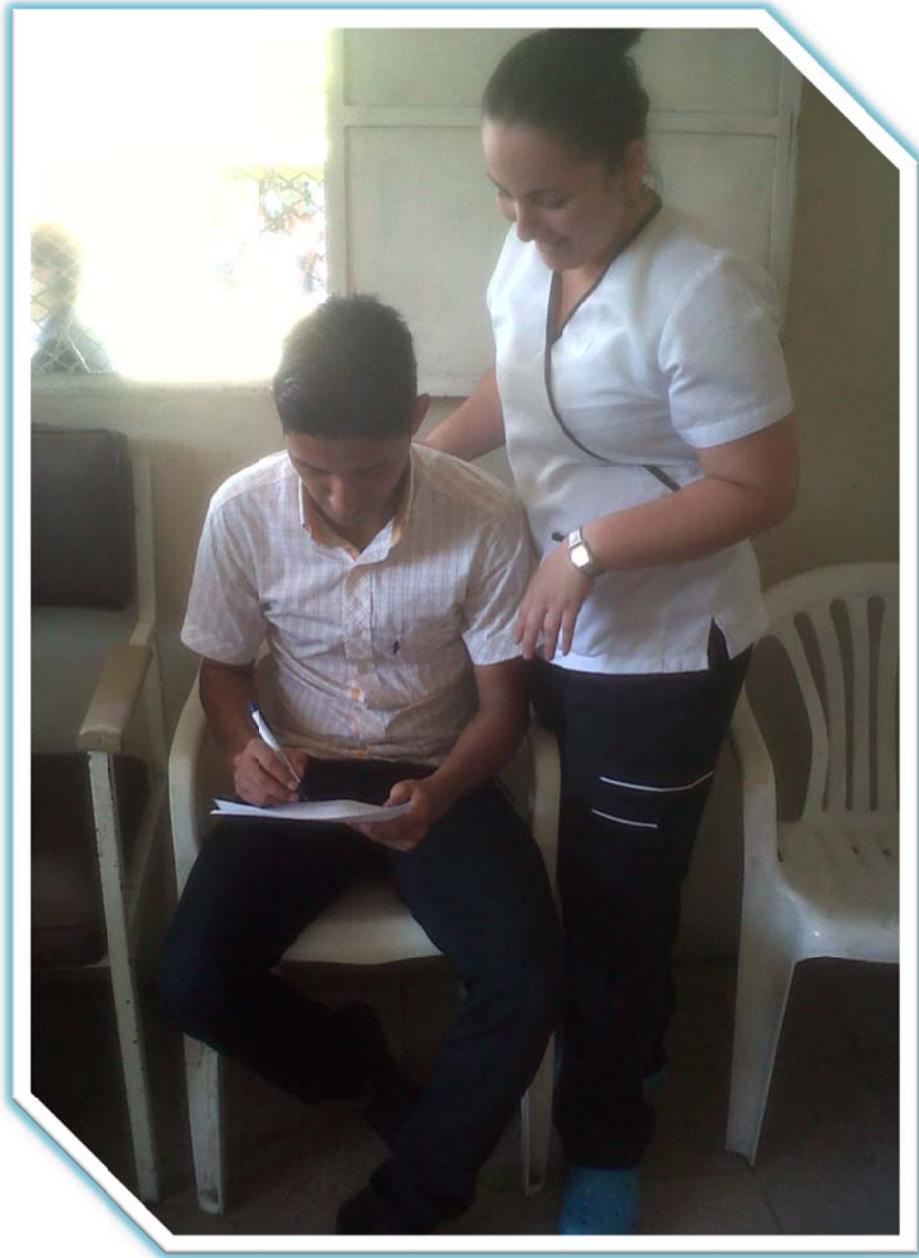
**8) Esta de acuerdo en la necesidad de crear un programa Preventivo de Anorexia Nerviosa en el CS?**

SI\_\_\_

NO\_\_\_











Guayaquil 2 de mayo 2012

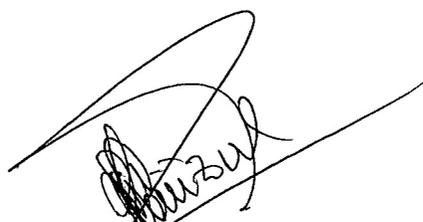
Lic Nora Carrera

Directora de Carrera de Enfermería

Estimada Directora

Por la presente dejo constancia de que la Srta Lorena Mariley Chavarría Chavarría ha culminado la elaboración de su trabajo de grado titulado” **Intervención de enfermería en anorexia nerviosa en adolescentes que acuden al Centro de salud #4 del área 7 de salud-Guayaquil**”.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Cañizares Fuentes', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

**Dr. Ricardo Cañizares Fuentes**

**Docente asesor de tesis**

Guayaquil, 12 julio de 2012

Sra. Mgs.  
Nora Carrera Rojas  
Directora Carrera de Enfermería  
Ciudad.

De mis consideraciones:

Como lectora asignada del Trabajo de graduación de la Srta. Chavarría Chavarría Lorena Mariley, cuyo tema es “Cuidados de enfermería de anorexia nerviosa en pacientes adolescentes de centro de salud #4”, ha cumplido con los parámetros y normativas de presentación quedando concluido el trabajo.

Certifico que se puede presentar a la comisión respectiva, para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dra. Gloria Alovillo Mosquera  
Lectora de la tesis.

C.c. Archivo Personal.