



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
CARRERA ENFERMERÍA

TÍTULO

“ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY
ÁLVARO VALLADARES DE LA CIUDAD DE PUYO, PASTAZA. AÑO
2015”

*Tesis de Grado previa a la
obtención del título de
licenciada en enfermería*

AUTORA:

BEATRIZ ELIZABETH CARVAJAL VALLEJO

DIRECTORA:

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

LOJA - ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Lic. ZOILA BEATRIZ BASTIDAS ORTIZ

DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA SEDE PUYO.

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada “ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ÁLVARO VALLADARES DE LA CIUDAD DE PUYO, PASTAZA. AÑO 2015”, desarrollada por la señora Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Puyo, 04 de febrero de 2016

Atentamente,


LIC. ZOILA BEATRIZ BASTIDAS ORTIZ

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

AUTOR: Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo

FIRMA: 

CÉDULA: 1600476574

FECHA: Puyo, febrero del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo** declaro ser autora, de la tesis titulada **“ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ÁLVARO VALLADARES DE LA CIUDAD DE PUYO, PASTAZA.AÑO 2015”**, como requisito para optar al grado de: Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o la copia que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 05 de febrero de 2016, firma la autora.



Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo

C.C. 1600476574

Dirección: Cooperativa Angelita Muñoz; Vía Unión Base

Email: nvl_vini@hotmail.com

Telf.: 0983707966

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

Tribunal de grado:

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez	PRESIDENTA
Lic. Aura Angamarca Morocho	VOCAL
Lic. Irsa Mariana Flores Rivera	VOCAL

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mi madre Marina.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis maestros.

Licenciada Beatriz Bastidas por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a la Lic. María Luisa Bastidas por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo

AGRADECIMIENTO

Primeramente me gustaría agradecer a Dios por bendecirme y así poder llegar hasta donde he llegado.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA** por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi directora de tesis, Licenciada Beatriz Bastidas por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A mi madre Marina Vallejo por todo el apoyo que me ha brindado en toda mi etapa de formación, por su sabiduría y paciencia para conmigo.

A mi esposo Diego Vallejo por sus consejos y palabras de aliento que nunca faltaron en su persona.

A mi hija Linda Ruis por ser un pilar fundamental en mi vida, por la inspiración brindada de salir adelante y surgir.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Beatriz Elizabeth Carvajal Vallejo

1. TÍTULO

**“ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ÁLVARO
VALLADARES DE LA CIUDAD DE PUYO, PASTAZA. AÑO 2015”**

2. RESUMEN

La investigación estudió la incidencia de las prácticas dañinas para la salud que acarrearán a la anorexia en estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares de la ciudad de Puyo, motivada por la gran cantidad de publicidad que se percibe en los medios de que ser bella es sinónimo de ser delgada. El estudio determinó la incidencia y factores relacionados con la anorexia. La investigación tuvo el siguiente diseño: fijo transversal, descriptiva, bibliográfica, cuantitativa y de campo. Se utilizó como técnica la encuesta que se aplicó a 135 estudiantes de séptimo, octavo, noveno y décimo año. Los resultados que arrojó la presente investigación fue que el 38,51% de los estudiantes tienen prácticas dañinas de la conducta alimentaria determinando que la incidencia de anorexia fue de 2,96%. Del total de jóvenes que involucra el estudio el 67,31 % se encuentran entre la edad de 12 a 14 años en un 96,16% de etnia mestiza y de procedencia urbana 71,15%, pertenecen a familias de nivel media y alta el 76,92%. Los factores predisponentes principales son la ausencia de los padres por razones laborales en las horas de la comida; de la madre en el 57,70% y la ausencia del padre en el 76,92%; los estudiantes tienen conocimiento de que es la anorexia y la practican en el 2,96%. El 44,23% reportaron anemia como principal efecto. Se concluyó que existe un elevado porcentaje de jóvenes en riesgo y la incidencia de anorexia es del 2,96%. Los adolescentes están vulnerables ante la sociedad ya que el principal causal encontrado en el estudio es la falta de presencia y vigilancia de los padres de familia en horas de su alimentación lo que les causa este desorden alimenticio y confusión en ellos recurriendo a estos métodos.

Palabras Claves: Anorexia, Estudiante, Unidad Educativa.

2.1 SUMMARY

The research studied the incidence of practices harmful to health arising from anorexia among students in the educational unit Fray Alvaro Valladares city of Puyo, caused by the large amount of publicity in the media perceived to be beautiful is means to be thin. The study determined the incidence and factors associated with anorexia. The research had the following design: transversal, descriptive literature, quantitative and fixed field. The survey was applied to 135 students in seventh, eighth, ninth and tenth years was used as a technique. The results of this research showed was that 38.51% of students have harmful practice of feeding behavior by determining the incidence of anorexia was 2.96%. Of all the people that involves the study 67.31% are between the age of 12-14 years in one are ethnic mixed in 96.16% and 71.15% from urban belong to families of middle level high 76.92%. The main predisposing factors are the absence of parents for work at meal times; Mother at 57.70% and the absence of fathers in 76.92%; students are aware that anorexia and is practiced in 2.96%. The 44.23% reported anemia as the main effect. It was concluded that there is a high percentage of young people at risk and incidence of anorexia is of 2.96%. Adolescents are vulnerable to society as the main causal found in the study is the lack of presence and vigilance of parents in hours of eating what triggers this eating disorder and confusion in them using these methods.

Keywords: *Anorexia, Student, educational unit.*

3. INTRUDUCCIÓN

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos. La anorexia es considerada un trastorno de la alimentación que afecta a adolescentes de cualquier raza, nacionalidad, clase social o cultura.

Dentro de las estadísticas de Anorexia se puede encontrar los siguientes casos:

El grupo de mayor riesgo está comprendido entre los 14 y 18 años aunque existen estudios que amplían esta edad desde los 12 hasta los 25 años.

Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas. (Arlet, 2012)

Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que solo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aun sin que requiera que lo bajen.

Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dietas son mujeres. Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de niños—adolescentes padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno. La tasa de mortalidad a causa de la anorexia ronda del 3% al 15%. Según estadísticas

mundiales la incidencia de anorexia nerviosa es de 3 por cada 100000 habitantes en el mundo. Una persona con anorexia nerviosa no pesa más del 85% del peso esperado para la edad. (Arlet, 2012)

En Ecuador se sabe que a la mayoría de las mujeres jóvenes las orillan los medios de comunicación a tener una imagen distorsionada de ellas mismas, sería muy interesante saber si influyen de manera vital en la enfermedad o solo es uno de los pretextos para iniciar la enfermedad. Los medios audiovisuales bombardean con ideas y consejos para adelgazar, publicidad e imágenes de modelos modificadas a través de iluminarias, foto shop, maquillaje, generando de esta manera un rechazo en el cuerpo de las adolescentes. (Garcia, 2004)

Sin contar la difusión de los diferentes productos light, pastillas adelgazantes, tratamientos especiales para bajar de peso, fajas, geles, aparatos eléctricos , ropa especial, sitios de internet que inducen a las chicas a ser anoréxicas y bulímicas entre otros.

Notando que día con día cada vez más mujeres jóvenes se suman a la población de mujeres con trastornos alimentarios debido a que la figura delgada es estética de acuerdo a lo que marca la sociedad, generando una gran confusión entre el cuerpo sano y delgado. (Chica, 2012)

En la ciudad de Puyo se ha podido percibir que la gran mayoría de adolescentes entre 11 y 14 años tienen trastornos alimenticios como lo es la anorexia dado por la influencia que tiene en ellos la sociedad en sus programas audiovisuales que imponen que el estar a la moda o estar en buen estado físico es tener un cuerpo muy esbelto ocasionando así que ellos mismo maltraten su cuerpo por mantenerse o llegar a esa figura. La falta de conocimientos sobre el

tema agrava a la situación ya que en tiempos pasados no se diagnosticaban estos trastornos alimenticios y en la actualidad aún son muy poco conocidos. La mayoría de adolescentes en este caso mujeres sufren de baja autoestima ya que se ven en forma distorsionada su imagen dejándose influenciar por el resto de sus compañeros, por burlas y aislamiento acarreando enfermedades diversas.

La falta de atención de parte de los padres a sus hijos es un gran causal de que dichos adolescentes tengan trastornos de alimentación ya que por diversos factores como la de sus trabajos; no les permite informarse sobre la dieta adecuada la cual necesitan los adolescentes y también los que ingieren en los establecimientos de educación, la alimentación brindada en las escuelas no siempre es la adecuada ya que la falta de información sobre la alimentación que requieren los adolescentes no les permite tener la comida balanceada que se necesita. (Ministerio de Salud Publica, 2009)

Las situaciones emocionales pueden generar mucho estrés, en los niños el grado de afectación suele ser mayor debido a las modificaciones en el ámbito familiar, el rechazo y la burla en sus centros de estudio y en su entorno social.

El padecimiento de esta enfermedad contiene un abanico de problemas no solo de tipo físico sino también afectación mental debido al rechazo social del que son presas quienes la padecen.

El propósito de esta investigación fue de contribuir a la disminución de las prácticas dañinas de la conducta alimentaria existentes en los adolescentes; de tal manera que se mejore altamente la calidad de alimentación y nutrición en los jóvenes.

Los resultados encontrados fueron que la incidencia de anorexia entre los estudiantes es de 38,51%; los estudiantes están entre la edad de 12 a 14 años

en un 67,31 %; son de etnia mestiza en el 96,16% y de procedencia urbana 71,15%, pertenecen a familias de nivel media y alta el 76,92%. Los factores predisponentes principales son la ausencia de los padres por razones laborales en las horas de la comida; de la madre en el 57,70% y la ausencia del padre en el 76,92%; los estudiantes tienen conocimiento de las causas de la anorexia pero realizan prácticas que conllevan a esta patología en un 38,51%. El 44,23% reportaron anemia como principal efecto.

Se concluyó que existe un elevado porcentaje de jóvenes en riesgo y la incidencia de anorexia es del 2,96%. Los adolescentes están vulnerables ante la sociedad ya que el principal causal encontrado en el estudio es la falta de presencia y vigilancia de los padres de familia en horas de su alimentación lo que les causa este desorden alimenticio y confusión en ellos recurriendo a estos métodos.

El diseño fue; Transversal, Descriptivo, Bibliográfico, Cuantitativo, De campo, se aplicó la técnica de la encuesta y guía de observación para la recolección de datos que ayudaron a la elaboración del trabajo de investigación.

La investigación se planteó los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Determinar la incidencia de anorexia en los estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares

Objetivos Específicos:

Determinar la incidencia de anorexia en los estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares.

Determinar las características sociales, económicas, demográficas, familiares de la anorexia en los estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares

Establecer los factores determinantes de la anorexia en los estudiantes.

Ejecutar un plan de actividades dirigidas a la prevención de la anorexia

Este estudio tuvo la duración de un año, desde Diciembre 2014 hasta Noviembre 2015. La población de estudio estuvo constituida por 52 estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Balladares de la ciudad de Puyo, Provincia de Pastaza.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Anorexia

4.1.1 Definición.

La anorexia es un conjunto de trastornos graves de la conducta alimentaria que comprende periodos de privación del consumo de alimentos (anorexia), alternados en ocasiones con periodos compulsivos de ingesta alimentaria y purga, asociados ambos periodos a otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Las personas diagnosticadas de anorexia nerviosa presentan un índice de masa corporal (IMC) y peso corporal muy inferiores a los correspondientes a su edad, altura y sexo (por debajo de 18-19 se considera bajo peso). Este bajo índice de peso corporal viene ocasionado en más del 50% de los pacientes, además de por la privación alimentaria, por el abuso descontrolado de laxantes o diuréticos, generación de vómito auto inducido y sesiones de ejercicio extenuantes con el fin de perder peso. (Gonzales , 2009)

Tabla 1

Índice de masa corporal

Valores	IMC (kg/m ²)
Bajo	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad I	30 - 34,9
Obesidad II	35– 39,5
Obesidad III	>40

Fuente: Overweight and obesity. In: Kliegman RM, Behrman RE, *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed.

Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011,p 44.

En todos los casos los pacientes no suelen ser capaces de reconocer su problema de delgadez extrema, dado que no son conscientes de su estado, negando de forma categórica su condición, e incluso aislándose de las personas cercanas porque consideran que quieren hacerles “engordar más”, y que el problema de visión de la realidad lo tiene su entorno y no ellos. (Gonzales, 2009).

4.1.2 Epidemiología.

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal. Las bailarinas, las atletas y las gimnastas constituyen además, un grupo de alto riesgo para desarrollar la enfermedad. En las últimas décadas se ha visto un aumento importante en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población adolescente. Los trastornos del apetito son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales. La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. (Urrejola, 2000)

4.1.3 Factores de Riesgo.

No se conocen las causas exactas de la anorexia nerviosa. Muchos factores probablemente estén involucrados; de los cuales se puede enumerar lo siguiente:

4.1.3.1 Factores Socioculturales.

En la sociedad actual existe un interés creciente por la salud y la dieta. Paralelamente aumenta la preocupación por el aspecto físico y existe una

importante presión social que hace que un gran número de individuos intente adaptarse a unos determinados cánones estéticos.

Aquel individuo que encarna las características del modelo tiene razones para valorarse positivamente y aquellos que se apartan de él son infravalorados por los demás y tienden a padecer una baja autoestima. (Toro, 1996).

Hoy en día a las mujeres se les bombardea con el mensaje de que deberían ser supermujeres. Además de tener un cuerpo perfecto, deben alcanzar el éxito profesional, tener un matrimonio ideal y ser unas madres modelos. Estos objetivos propuestos a través de los medios audiovisuales no son realistas.

Mujeres delgadas, saludables, sexys, bonitas y exitosas; algunas mujeres llegan a pensar y desean tener todas estas cualidades y poder igualarse a estos prototipos de mujer moderna. Estos roles entran en ocasiones en conflicto con los nuevos roles de tener iniciativa y de ser capaces de satisfacer sus propias necesidades; provocando sentimientos de fracaso.

Los hombres tienden a culpar a los factores externos de los fracasos y se apropian de los éxitos, las mujeres tienden a culpabilizarse de los fracasos y atribuyen los éxitos a factores externos; quieren que sus cuerpos sean como los modelos irreales de los anuncios y se culpan si no lo consiguen, dañando indudablemente su autoestima.

Con toda esta presión para conseguirlo todo a la perfección, algunas mujeres llegan a sentir que sus vidas están fuera de su control. Llegan a veces a pensar que el peso es la única área que puede controlar o incluso piensan que si consiguen el cuerpo perfecto la profesión o la pareja ideal aparecen por sí solas.

Para otras la dieta y los trastornos alimentarios pueden ser su salida o vía de escape de la rutina y preocupaciones cotidianas. La manipulación del peso y de su físico se convierte en una exclusiva ocupación, disminuyendo sus capacidades para enfrentarse a otros retos en la vida volviendo a la mujer en una persona que sufre de ansiedad y depresión por su baja autoestima.

4.1.3.2 Factores Familiares. Su influencia no ha podido ser confirmado empíricamente. Es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la Anorexia en uno de sus miembros. Se ha descrito en la familia una mayor sobre exigencia y sobreprotección sobre los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece una sensación de inseguridad y falta de control. Los problemas familiares o en relaciones íntimas están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación. Los padres juegan un papel importante, ya que muchas veces están muy involucrados en la vida de sus hijos o muchas veces están son muy criticones y desinteresados.

Entre los problemas más comunes se encuentran:

Problemas para ser autónomo, esto se refiere a que hay personas que dependen de la familia o de algún familiar para realizar las cosas.

Miedo a madurar, esto se da principalmente en la adolescencia ya que implica muchos cambios.

Baja autoestima, la autoestima es el conjunto de ideas que tenemos de nosotros mismos. Esto va asociado con el apoyo que los familiares le hayan dado a la persona.

Perfeccionismo y autocontrol, estas personas piensan que quien no sea perfecto nunca llegará a ser alguien y creen que una manera de conseguirlo es tratar con rigidez a su cuerpo. Es lógico que la familia se encuentre desconcertada ante el comportamiento incomprensible del paciente y trate de convencerle para que cambie de actitud y empiece a comer. Aunque todos los familiares suelen estar predispuestos con sus argumentos a convencer al paciente no suelen conseguir ningún resultado. La familia debe seguir las recomendaciones y orientaciones del profesional, que muchas veces no son nada fáciles. Las relaciones familiares que surgen en torno a esta enfermedad son muy duras y dolorosas para todos los miembros de la unidad familiar. Aunque es frecuente que los padres estén dispuestos a ayudar a su descendiente, si es cierto que a veces no es reconocido por alguno de los padres, y es entonces cuando la curación de su hijo puede ser más dificultosa. Lo ideal para el tratamiento de su descendiente, es que los progenitores se informen y acudan al profesional responsable y entre todos valorar la situación para dar unas respuestas apropiadas a la situación, con el fin de encontrar las estrategias terapéuticas efectivas y compartidas. La paciente también vive muy traumáticamente la ayuda de sus familiares, cuando le animan y estimulan para que cambie sus hábitos y empiece a tener unos hábitos normales de ingesta. La paciente evitará esa situación aislándose de su familia en los momentos que se reúnen para las comidas. Si está presente en el momento de la comida será muy desagradable para todos. (Díaz Hernández , Itziar, 2005, p.145)

4.1.3.3 Factores Individuales. Genéticos: su influencia es controvertida. No se ha encontrado concordancia entre padres e hijos pero la prevalencia de Anorexia entre hermanas de las pacientes, sin embargo, es mayor que en la población general. Una posible predisposición hacia la anorexia nace de la

dificultad de algunos sujetos para actuar con autonomía, es decir para ser capaces de experimentar el sentimiento de tener una identidad personal, lo cual incapacita al individuo para funcionar separadamente de la familia u otras guías externas al mismo. Se asocia el riesgo de padecer trastornos alimenticios con la dificultad de decisión y de alcanzar una autonomía sobre el cuerpo propio, lo que se describe como la sensación de ineficacia personal. El sentimiento puede desembocar en problemas cuando el sujeto se enfrenta a situaciones donde surgen expectativas nuevas como por ejemplo el cambio de escuela, relaciones íntimas, etc.

Para una persona vulnerable a padecer trastornos alimentarios, estas situaciones constituye un escenario donde su cuerpo puede constituirse en fuente de autonomía, control e identidad; pudiendo en esos momentos confundir la delgadez con una señal de ser diferente o peculiar y la pérdida de peso y la privación de alimentos como signos de la capacidad de autocontrol.

4.1.3.4 Neuroendocrinos. Hoy en día la opinión más extendida es que estos trastornos son secundarios a la propia enfermedad.

Hay una fuerte correlación entre el neurotransmisor serotonina y el estado de ánimo, el sueño, la emesis, la sexualidad y el apetito.

Un estudio reciente de la literatura científica sugiere que la anorexia está relacionada con una perturbación de la serotonina, particularmente a niveles altos en áreas del cerebro con el receptor 5ht1a (relacionado con la ansiedad, el estado de ánimo y el control de los impulsos). El hambre es hipotéticamente una respuesta a estos efectos, ya que disminuye el metabolismo del triptófano y

hormonas esteroideas, lo que podría reducir los niveles de serotonina y disparar la ansiedad.

Una dificultad en estos estudios es que algunas veces es difícil separar causa y efecto, porque estas perturbaciones de la neuroquímica cerebral pueden ser tanto el resultado del hambre como rasgos permanentes que podrían predisponer a alguien a desarrollar anorexia. No hay evidencia, sin embargo, de que las características de personalidad y las perturbaciones en la serotonina permanezcan después de que los pacientes se hayan recuperado de la anorexia, lo que sugiere que estas perturbaciones son probablemente factores de riesgo casuales.

Estudios recientes también sugieren que la anorexia podría estar relacionada con la respuesta autoinmune a péptidos melanotropinérgicos que influyen en el apetito y las respuestas al estrés. (Perez, 2015 p.163)

4.1.3.5 Psicológicos. En general se describe que los pacientes presentan una personalidad pre mórbida, en la destacan la inestabilidad emocional, fenómenos de ansiedad y la tendencia a la depresión. Es difícil determinar si estas alteraciones son previas o si son consecuencia de la propia enfermedad.

Las personas con anorexia tienen rasgos de personalidad que pueden predisponerlas a desarrollar desórdenes alimenticios. En diversos estudios se señalan como factores característicos los altos niveles de obsesión (pensamientos intrusivos sobre la comida y el peso), restricción (son capaces de luchar contra la tentación) y niveles clínicos de perfeccionismo (la búsqueda patológica de un alto rendimiento personal y la necesidad de control). A menudo

otros problemas psicológicos y enfermedades mentales coexisten con la anorexia nerviosa. La depresión clínica, el desorden obsesivo compulsivo, el abuso de drogas y uno o más desórdenes de personalidad son enfermedades más probables de acompañar a la anorexia. Los altos niveles de ansiedad y depresión son muy probables. (Perez, 2015 p.164)

4.1.3.6 Factores Físicos. La obesidad o la tendencia al sobrepeso o a ciertas alteraciones corporales pueden preceder al desarrollo de la Anorexia. (Ruiz, 1994)

Otros factores que influyen en la anorexia abarcan:

Estar más preocupado o prestarle más atención al peso y la figura

Tener un trastorno de ansiedad en la niñez

Tener una imagen negativa de sí mismo

Tener problemas alimentarios durante la lactancia o la primera infancia

Tratar de ser perfeccionista o demasiado centrado en reglas. (Almeida E., Castro R.,Guzman M.,2003)

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

4.1.4 Fisiopatología.

Los cambios fisiopatológicos que se producen en la Anorexia son parecidos a los observados en otros estados de inanición. Cuando un individuo se somete a

una situación de ayuno prolongado tienen lugar en el organismo una serie de mecanismos de adaptación encaminados a mantener la vida. Todas aquellas funciones «no vitales» (crecimiento, reproducción) pasarán a un segundo plano. Tales adaptaciones, sin embargo, no ocurren sin un coste: se produce un deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad del individuo para realizar normalmente sus actividades físicas y mentales. Desde el punto de vista metabólico, a parte de un intento de conservar la energía, uno de los mecanismos más importantes es la cetoadaptación. A diferencia de lo que ocurre en otras situaciones de déficit de ingesta, en las que en un primer momento existe un aumento de la gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares, glicerol y lactato, en la Anorexia no se produce esta cetoadaptación y las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar sólo los depósitos grasos. Al mismo tiempo el perfil hormonal es característico: existe un descenso de la concentración de insulina, catecolaminas y triyodotironina y un incremento del glucagón y de la hormona del crecimiento. Estas alteraciones nos hacen comprender los signos y síntomas que experimentan estos pacientes como son la intolerancia al frío, disminución de la frecuencia cardíaca, respiratoria, estreñimiento etc. (Silverman, J, 1995,p.p141-144)

4.1.5 Cuadro Clínico.

La Anorexia suele iniciarse de forma insidiosa, aunque en ocasiones se instaura de un modo más brusco. El caso típico sería el de una adolescente de entre 14 y 18 años, introvertida, obsesiva y perfeccionista. Es muy buena estudiante pero se siente insatisfecha con sus logros, ya que es común la baja autoestima. El ambiente familiar se caracteriza por sobreprotección, rigidez y falta de resolución de los conflictos. El desarrollo del trastorno puede verse como un

intento por lograr control y autonomía. Puede existir o no sobrepeso, pero siempre hay una insatisfacción con su silueta o con parte de su cuerpo.

Tras una pérdida inicial de peso, la paciente persiste en su intento y disminuye cada vez más su ingesta. En su inicio no existe auténtica anorexia y el rechazo alimentario se acompaña de sensación de hambre que controla de forma rígida. Paralelamente, incrementa la actividad física. Aparece un interés inusitado por las cuestiones dietéticas y parece empeñada en controlar también la ingesta de los demás. La familia reacciona ante estas conductas anómalas y empieza a preocuparse por la evidente pérdida de peso. La paciente, por el contrario, no reconoce su progresiva delgadez y persiste en su empeño de adelgazar.

Presenta un intenso miedo a engordar, con resistencia a cualquier intento familiar para que varíe sus pautas alimentarias, cada vez más extravagantes. Empiezan a aparecer los engaños y disimulos. Las relaciones familiares se deterioran.

A medida que se prolonga la pérdida de peso, aparecen ciertas complicaciones médicas, como la amenorrea, sin que la paciente muestre preocupación por este hecho. Sorprende que puedan seguir realizando ejercicio físico diario a pesar de presentar un aspecto físico caquéctico. Desde el punto de vista psicopatológico ocurren cambios cognitivos, alteraciones de la imagen corporal, hiperactividad, alteraciones en el comportamiento social y familiar, alteraciones en la sexualidad y cambios emocionales y afectivos. La Anorexia coexiste con frecuencia con otras enfermedades psiquiátricas.

Se han descrito depresión en el 50-75% de los casos, así como presencia de trastornos obsesivos-compulsivos. Se considera que estos trastornos serían secundarios a la enfermedad y no un fenómeno causal. (Elfenbein, 2011, p.112)

4.1.6 Complicaciones.

Las complicaciones pueden abarcar:

4.1.6.1 Debilitamiento Óseo. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas. Dos tercios de niños y niñas adolescentes con anorexia no desarrollan huesos fuertes durante este período de crecimiento crítico, una enfermedad potencialmente irreversible. Entre más tiempo persiste la enfermedad, mayor la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente. Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menores) tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. Tan sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea permanente; el aumento de peso no es suficiente. Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento.

4.1.6.2 Problemas Sanguíneos. La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada pencitopenia.

4.1.6.3 Problemas Gastrointestinales. La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia. A menudo disminuye el movimiento normal del tracto intestinal a causa de una dieta muy restringida y una pérdida de peso severa.

El aumentar de peso y algunos medicamentos ayudan a restaurar el movimiento normal del intestino.

4.1.6.4 Desajuste de Electrolitos. Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fosfato se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de anorexia pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajustes de electrolito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen.

4.1.6.5 Deshidratación Grave. En las fases muy avanzadas de la enfermedad puede plantearse la necesidad de aporte de fluidos por vía parenteral, y habitualmente es una decisión difícil de tomar.

Las creencias y expectativas de los pacientes, cuidadores y profesionales sobre los beneficios del aporte de fluidos en esta fase tienen un peso determinante en la decisión de la rehidratación parenteral. Existe amplio consenso sobre la necesidad de una buena comunicación del equipo con la persona y su familia que permita explicarles la evidencia existente sobre las ventajas e inconvenientes. Hay que tener en cuenta que esta medida puede suponer el ingreso hospitalario.

4.1.6.6 Desnutrición Grave. La disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado-descenso del metabolismo basal y modificaciones hormonales, además de alteraciones cardiovasculares, renales, gastrointestinales, hematológicas y del sistema inmunológico. Estas últimas

dependen de la duración y severidad de la restricción dietética, del grado de disminución del peso corporal y de la velocidad de disminución de peso. En general, descensos del peso corporal del 25% (P/T menor 75% para la talla) o un IMC menor P 5 de las curvas de Mustet al conducen a estas manifestaciones. (Overall Trends, 2010)

4.1.6.7 Cardiopatías. La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño.

Los niveles de colesterol tienden a subir. Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es agravada por la bulimia y el uso de Ipecac, el medicamento que causa vómitos.

4.1.6.8 Problemas Hormonales. La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa. Las mujeres que quedan embarazadas antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos. El peso bajo solo quizá no sea

suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayuno y purgación pueden desempeñar un papel aún mayor en el trastorno hormonal. (Vorvick L, 2013)

4.1.7 Medios de Diagnóstico.

Se deben hacer exámenes para ayudar a determinar la causa de la pérdida de peso o ver que daño ha causado. Muchos de estos exámenes se repetirán con el tiempo para vigilar a la persona.

Estos exámenes pueden abarcar:

4.1.7.1 Albúmina. La albúmina es una proteína producida por el hígado. El examen de albúmina en suero mide la cantidad de esta proteína en la parte líquida y transparente de la sangre.

Se necesita una muestra de sangre, la cual se puede tomar de una vena. El procedimiento se denomina venopunción.

4.1.7.2 Pruebas de Densidad Ósea. Un examen de la densidad mineral ósea (DMO) mide la cantidad de calcio y otros tipos de minerales presentes en un área del hueso. Este examen le ayuda al médico a detectar osteoporosis y predecir su riesgo de fracturas óseas.

El método más común y más preciso utiliza radio absorciometría de doble energía (DEXA, por sus siglas en inglés). La DEXA usa dosis bajas de rayos X. (Usted puede recibir más radiación con una radiografía del tórax).

4.1.7.3 Conteo Sanguíneo. Un hemograma o conteo sanguíneo completo mide lo siguiente:

La cantidad de glóbulos rojos

La cantidad de glóbulos blancos

La cantidad total de hemoglobina en la sangre

La fracción de la sangre compuesta de glóbulos rojos (hematocrito)

4.1.7.3.1 *Conteo de GR.*

Hombres: 4.7 a 6.1 millones de células/mcL

Mujeres: 4.2 a 5.4 millones de células/mcL

4.1.7.3.2 *Conteo de GB.*

4,500 a 10,000 células/mcL

4.1.7.3.3 *Hematocrito.*

Hombres: 40.7 a 50.3%

Mujeres: 36.1 a 44.3%

4.1.7.3.4 *Hemoglobina.*

Hombres: 13.8 a 17.2 gm/dL

Mujeres: 12.1 a 15.1 gm/dL

4.1.7.3.5 *Electrolitos.* Son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica. Los electrolitos afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre (el pH), la actividad muscular y otros

procesos importantes. Usted pierde electrólitos cuando suda y debe reponerlos tomando líquidos que los contengan. El agua no contiene electrólitos.

Los comunes abarcan:

Calcio

Cloruro

Magnesio

Fósforo

Potasio

Sodio

4.1.7.3.6 Pruebas de Función Renal. Son exámenes comunes de laboratorio empleados para evaluar qué tan bien están funcionando los riñones. (Creatinina)

4.1.7.3.7 Pruebas de Función Hepática. Las pruebas o exámenes comunes que se utilizan para evaluar qué tan bien está funcionando el hígado. (Albumina)

4.1.7.3.8 Proteínas Totales. El examen de proteína total mide la cantidad total de dos clases de proteínas encontradas en la porción líquida de la sangre: albúmina y globulina.

Las proteínas son partes importantes de todas las células y tejidos.

La albúmina ayuda a impedir que se escape líquido fuera de los vasos sanguíneos.

Las globulinas son una parte importante del sistema inmunitario.

4.1.7.3.9 Pruebas de la función tiroidea. Los exámenes o pruebas de la función tiroidea se utilizan para determinar si la tiroides está trabajando normalmente.

4.1.7.3.10 Análisis de orina. Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina. (Gonzales, 2009)

4.1.8 Tratamiento.

4.1.8.1 Dietético.

El mayor desafío en el tratamiento de la anorexia nerviosa es ayudarlo a la persona a reconocer que tiene una enfermedad. La mayoría de las personas que sufre este tipo de anorexia niega tener un trastorno alimentario y, con frecuencia, ingresan al tratamiento sólo cuando su afección es grave.

Los objetivos del tratamiento son primero restaurar el peso corporal normal y los hábitos alimentarios. Un aumento de peso de 1 a 3 libras por semana se considera una meta segura. (Enriquez, 2014)

Se han diseñado diferentes programas para tratar la anorexia. Algunas veces, la persona puede aumentar de peso:

- Incrementando la actividad social.
- Disminuyendo la cantidad de actividad física.
- Usando horarios para comer.

4.1.8.2 Farmacológico.

Los medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, pueden ayudar a algunos pacientes anoréxicos cuando se administran como parte de un programa de tratamiento completo. Estas

medicinas pueden ayudar a tratar la depresión o la ansiedad. Aunque estos fármacos pueden ayudar, no se ha demostrado que algún medicamento disminuya el deseo de bajar de peso. (Urrejola , 2000, p.p 349-350)

4.1.8.3 Psicoterapia.

Muchos pacientes comienzan con una estadía corta en el hospital y siguen en control con un programa de tratamiento diario.

Se puede necesitar una hospitalización más prolongada si:

La persona ha perdido mucho peso (estar por debajo del 70% de su peso corporal ideal para su edad y estatura). Para la desnutrición grave y potencialmente mortal, la persona puede requerir alimentación intravenosa o una sonda de alimentación.

La pérdida de peso continúa incluso con el tratamiento.

Se presentan complicaciones médicas, como problemas cardíacos, confusión o niveles bajos de potasio.

La persona tiene una depresión grave o piensa cometer suicidio. (Urrejola, 2000)

El tratamiento a menudo es muy arduo y requiere un trabajo intenso por parte de los pacientes y sus familias. Es posible que se ensayen muchas terapias hasta que el paciente logre vencer este trastorno.

Los pacientes pueden marginarse de los programas si tienen esperanzas poco realistas de "curarse" con la terapia sola.

Se utilizan diferentes tipos de psicoterapia para tratar a las personas con anorexia:

La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo. (Enríquez, 2014)

Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

4.1.8.4 Atención de Enfermería.

El papel de enfermería es trabajar en equipo y aplicar un plan de cuidados realista en conjunto con el paciente cuyo fin es que este salga de ese círculo vicioso, recupere su dignidad y se acepte tal como es, en dos fases la primera y el objetivo principal es el aumento de peso, y la segunda y más duradera encaminada a favorecer el mantenimiento de los logros y prevenir las recaídas; también se usa la relajación para disminuir los niveles de ansiedad y la práctica del entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

Hay que tener en cuenta que las pacientes con Anorexia crónica y de larga evolución, objetivan su delgadez, hacen crítica de sus pensamientos alterados; pero mantienen sus conductas alteradas, ya que una alimentación normal genera en ellas intensos miedos, considerados irracionales por ellas mismas a los que se

añade una gran ansiedad. Enseñar a los niños la importancia de unos correctos hábitos alimenticios.

Establecer horarios de comida regulares. Mejor si la comida se reparte en cuatro o cinco tomas a lo largo del día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena). Fomentar su autoestima.

Es importante que conozca sus capacidades y limitaciones, y aprenda a sentirse a gusto consigo mismo

Reforzar su autonomía y estimularle para que tenga sus propias opiniones y resulte menos vulnerable a los mensajes de los medios de comunicación y la publicidad que transmiten la idea de que tener un cuerpo perfecto es sinónimo de éxito y felicidad, olvidando los valores de las personas.

Comentar con el niño estos mensajes sobre estética y alimentación que difunden los medios de comunicación, razonando lo que es cierto y lo que no, y enseñándole a valorar la salud por encima de los condicionamientos estéticos.

Animarle a practicar ejercicio con regularidad.

Favorecer la integración y convivencia entre personas procedentes de distintos ámbitos sociales y culturales, ayuda al adolescente a comprender que ser diferente no significa ser peor ni mejor. Potenciar su autoestima para que valore sus cualidades y capacidades y no se avergüence de sus limitaciones. (Gonzales, 2009)

4.2 Estudiante

Es la palabra que permite referirse a quienes se dedican a la aprehensión, puesta en práctica y lectura de conocimiento sobre alguna ciencia, disciplina o arte.

Es usual que un estudiante este matriculado en un programa formal de estudios, aunque también puede dedicarse a la búsqueda de conocimientos de manera autónoma o informal.

4.2.1 Adolescente

La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: *adolescencia* temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; *adolescencia* media, entre los 14 y 16 años de edad; y *adolescencia* tardía, entre los 17 y 21 años de edad. (Euroresidentes,2015)

Cuadro 1

Desde los 11 hasta los 15 años

Cambios físicos
Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz.
Fase cognitiva
Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.
Desarrollo moral
A esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.
Concepto de sí mismos
Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.
Características psicológicas

Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas.
Relaciones con padres
Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros.
Relaciones con compañeros
Mayor tendencia a compartir confidencialidades, formar grupos de amigos. Despierta el deseo sexual y algunos empiezan a formar parejas.

Fuente:<http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>

Cuadro 2

Desde los 15 hasta los 18 años

Cambios físicos
Mayor homogenidad entre compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto.
Fase cognitiva
Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro.
Desarrollo moral
Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales.
Concepto de sí mismos
Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad.
Características psicológicas
Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.

Relaciones con padres
Suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor.
Relaciones con compañeros
Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia.

Fuente: <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>

4.3 Unidad Educativa

Unidad educativa: es la unidad organizacional conformada al interior de un establecimiento educativo que tiene por objetivo impartir educación en torno a un tipo de educación (común, especial, artística, adultos) y a un determinado nivel de enseñanza (inicial, EGB 1 y 2, EGB 3, polimodal, superior no universitario).
(Conceptos, s/f)

5 MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Materiales

Materiales de oficina

Computadora

Proyector

Flash

Impresora

Cámara Fotográfica

Materiales de Escritorio

Resma de papel

Tinta

Esferos

Papelógrafo

Marcadores

5.2 Métodos

5.2.1 Localización del Lugar.

El presente proyecto se realizó en la Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares, calles 9 De Octubre y Alberto Zambrano en el Barrio México, ciudad de Puyo, provincia de Pastaza, en el oriente ecuatoriano.

La Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares es una institución educativa que ha infundido Fe, Ciencia y Amor como centro educativo religioso considera al estudiante como agente de su propia realización integral con sus valores humanos auténticos.

5.2.2 Aspectos Climáticos y Biofísicos de la Localidad.

La provincia de Pastaza se encuentra situada en los flancos externos de la cordillera de los Andes, en la región Amazónica por lo que posee un clima cálido húmedo; con una temperatura que varía entre 18 y 33 grados centígrados y cuenta con una población de 62,016 habitantes.

Puyo es una de las principales Ciudades de la Provincia, pertenece a un auge económico de la ciudades turísticas, cuenta con una gastronomía variada por el asentamiento de colonos de diferentes ciudades del país.

Ubicación geográfica de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares



Figura 1: Mapa de la Provincia de Pastaza



Figura 2: Mapa de la Ciudad de Puyo



Figura 3: Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares

5.2.3 Tipo de Investigación.

La investigación tuvo el siguiente diseño:

Fijo transversal: Fue fijo transversal ya que se realizó en un tiempo determinado; desde Diciembre de 2104 a Noviembre 2015, durante este tiempo se aplicó el instrumento de medición en una sola ocasión.

Descriptiva: Fue descriptiva porque fue detallando paso a paso los avances de la investigación.

Bibliográfica: Fue bibliográfica porque se utilizó libros, cursos virtuales y páginas de internet para realizar la investigación.

Cuantitativa: Fue cuantitativa ya que se cuantificó los resultados de la población.

De campo: Fue de campo porque se investigó en la población de la comunidad que asiste a la escuela Fray Álvaro Valladares.

5.2.4 Metodología para el Primer Objetivo.

Para cumplir con el primer objetivo se aplicó la técnica de la encuesta (anexo3) con un cuestionario de preguntas que permitieron conocer la incidencia de estudiantes con diagnóstico establecidos de anorexia, así como los jóvenes que tienen prácticas dañinas de las conductas alimentarias que llevan poco a poco al padecimiento de esta enfermedad. La información recogida se procesó con la ayuda de los programas informáticos de Excel y Word.

5.2.5 Metodología para el Segundo Objetivo.

En este objetivo se pudo caracterizar a la población con anorexia y a quienes realizan prácticas de conductas alimentarias que conllevan a la anorexia en sus aspectos demográficos y sociales. Para lo cual se utilizó la misma encuesta y en el cuestionario ya elaborado para el objetivo uno se añadió preguntas referentes a este tema, el que se aplicó a los estudiantes de la Unidad Educativa.

5.2.6 Metodología para el Tercero Objetivo.

Otro objetivo específico fue identificar los factores relacionados a la anorexia en la población que la padece: sus alteraciones físicas, y psicológicas y sociales.

Aplicando el mismo instrumento para el objetivo 1 y 2 con ampliación del cuestionario De la misma manera se aplicó la encuesta (anexo 3). En el mismo cuestionario que se elaboró para los anteriores objetivos, se puso a consideración de la Licenciada, Directora de tesis, luego de su revisión y aprobación se aplicó a la población de estudio. Una vez recopilada la información se la ordeno, clasificó y tabuló, hasta presentarla en cuadros y gráficos, lo que facilito la interpretación, el análisis y discusión de resultados; de esta manera se logró establecer conclusiones y recomendaciones; a la vez sirviendo de base para formular la propuesta. Fue necesario recurrir a la tecnología computarizada como Word para el desarrollo del texto, Excel para expresar cuadros y PowerPoint para las exposiciones educativas y la defensa de grado.

5.2.7 Metodología para el Cuarto Objetivo.

Para el cumplimiento de este objetivo se aplicó la propuesta de enfermería que conduce a la disminución de las prácticas dañinas de la conducta alimentaria y la incidencia de la anorexia en lo que sea posible hacerlo. Se pretendió llegar a la conciencia de los adolescentes a través de actividades educativas, talleres, trabajos grupales. Se elaboró un tríptico informativo (anexo 9) el cual fue aprobado por la directora de Tesis; que fue entregado a los adolescentes y demás asistentes. Se elaboró un manual explicativo (anexo 8) sobre su etiología, proceso del desarrollo, tratamiento cuidados personales, dirigido a la población con este problema a quienes se convocó a reuniones, para explicar sobre el contenido del manual, se entregó un ejemplar en la dirección de la escuela y a la coordinadora de enfermería del Sub Centro de Salud Urbano Puyo para actividades educativas posteriores.

6 RESULTADOS

6.1 Incidencia de anorexia

Formula $TI = \frac{\text{Casos Nuevos}}{\text{Poblacion Total}} \times 100$

$TI = 4 / 135 \times 100$

$TI = 2,96\%$

Cuadro 3

Distribución de los casos de anorexia

Pregunta 1	Frecuencia	Porcentaje
Practicas dañinas de la conductas alimentaria	52	38.51
No	83	61.48
Con Diagnostico de anorexia	4	2,96
Total	135	100.00

Interpretación:

De 135 niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares que fueron encuestados los cuales conforman el 100%; 52 niños han practicado las conductas dañinas en la alimentación el 38,51%; 4 de los niños han sido diagnosticados con anorexia lo que corresponde al 2,96% y 86 niños no lo han practicado que corresponde al 61,48%.

Análisis:

De la población encuestada en la Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares se encontró que el 38,51% admiten practicar las conductas dañinas en la alimentación de los cuales el 2,96% tienen diagnostico medico de anorexia esta información fue brindada por la Dra. Martha Barreno Psicóloga de la institución; el

cual es un porcentaje considerable ya que en la actualidad la anorexia está creciendo por la influencia que tiene en los adolescentes la sociedad y los medios de comunicación que los orilla a tener una percepción equivocada de su imagen y por lo tanto dejan de comer para poder bajar de peso y en un 61,48% dicen no haberla practicado.

Lo que motivó a la autora a proseguir con la investigación para poder aplicar la propuesta anteriormente elaborada y así conseguir los objetivos planteados.

6.2 Características de la población

Cuadro 4

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 12 años	12	23,08
12 a 14 años	35	67,31
15 a más	5	9,61
Total	52	100.00

Interpretación:

El total de encuestados son 52 estudiantes que realizan prácticas dañinas de la conducta alimentaria de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares conforman el 100%, de los cuales 12 son menores de 12 años siendo el 23,08%; 35 están entre 12 a 14 años que corresponde al 67,31% y 5 son mayores de 15 años siendo el 9,61 %.

Análisis:

De los estudiantes encuestados de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares se puede observar que los niños que cursan el séptimo, octavo, noveno y décimo año de educación básica están entre la edad de 12 a 14 años, que corresponde al 67,31% siendo esta la edad promedio, la cual está acorde con el año de estudio en el cursan según el programa del Ministerio de Educación al que se rige todo el País.

Cuadro 5*Género*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	32,69
Femenino	35	67,31
Total	52	100.00

Interpretación:

De los estudiantes encuestados de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares, 17 fueron de género masculino siendo el 32.69 % y 35 son de género femenino que corresponde al 67,31 % de 52 adolescentes encuestados que conforman el 100%.

Análisis:

En relación al género se puede expresar que de sexo femenino son de mayor número en un 67,31% ya que las jóvenes de sexo femenino se interesan mucho más que los niños en su físico y peso; de sexo masculino con el 32,69%; es muy

de acuerdo a la realidad nacional en la que vivimos en el que las adolescentes son las más afectadas por los trastornos alimentarios maltratando su propio cuerpo por llegar a un ideal irrealista y se puede reflejar en estos resultados.

Cuadro 6

Etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	50	96,16
Indígena	1	1,92
Afro Ecuatoriano	1	1,92
Total	52	100.00

Interpretación:

El total de niños encuestados es 52 estudiantes de la escuela Fray Álvaro Balladares conformando el 100%, de los cuales 50 son mestizos siendo el 96,16%; 1 es indígenas que corresponde al 1,92% y 1 es afro ecuatoriano siendo el 1,92%.

Análisis:

Al considerar la etnia, en su mayoría los adolescentes de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares se consideran mestizos; el 96,16% debido a que este centro educativo se encuentra ubicado en el sector urbano de la Ciudad de Puyo y según estimaciones estadísticas en Puyo el grupo cultural mestizo es el que predomina.

Cuadro 7

Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	37	71,15
Rural	15	28,85
Total	52	100.00

Interpretación:

El total de niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares encuestados son 52 adolescentes que practican conductas dañinas para la salud que conforman el 100%, son de procedencia urbana 37 estudiantes que corresponde al 71,15% y son del área rural 15 el 28,85%.

Análisis:

En cuanto a la procedencia de la población encuestada que son los jóvenes que practican conductas dañinas para su salud se evidencia que en su mayoría vive en los sectores urbanos el 71,15% ya que la unidad educativa Fray Álvaro Balladares está dentro de la ciudad brindando educación de calidad al sector y dentro del sistema de matrículas impuesto por el Gobierno Nacional los niños deben acudir al Centro de Educación más cercano a su vivienda.

6.3 Factores que influyen en la presencia de anorexia

Cuadro 8

Temor a engordar

Pregunta 1	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	57.69
No	22	42.31
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares encuestados que son el 100%; 30 de ellos han sentido el deseo de no comer por temor a engordar que es el 57,69% y 22 niños no lo han sentido que corresponde al 42,31 %.

Análisis:

De la población encuestada que son los adolescentes que practican la anorexia en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares expresan que lo hacen por el temor a engordar el 57,69% y en un porcentaje no muy lejano expresan no sentir temor el 42,31% pero a pesar de eso la practican ya que en la sociedad se tiene un mal concepto de salud y belleza; a que tener buena salud y ser bella es tener un cuerpo delgado en forma extrema; esto hace que los adolescentes se sientan confundidos y tengan una mala percepción de su cuerpo.

Cuadro 9

DesConocimiento de las causas

Pregunta 1	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	67.30
No	17	32.70
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 niños encuestados de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares que conforman el 100%; 35 estudiantes dicen conocer que es la anorexia y sus causas siendo el 67,30% y 17 niños no conocen la anorexia lo que corresponde al 32,70%.

Análisis:

De la población encuestada en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares los cuales son los estudiantes que practican la anorexia expresan conocer que es la anorexia el 67,30% y aun así sabiendo cual es la enfermedad no la toman en serio y que la desconocen en un 32,70 %.

Cuadro 10

Conoce de algún compañero que tenga anorexia

Pregunta 1	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	15.38
No	44	84.62
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares que fueron encuestados los que corresponden al 100%; 8 de ellos adolescentes han respondido que si conocen a algún compañero que tengan anorexia siendo el 15,38% y 44 niños afirman que no conocen de algún caso en los compañeros; lo que corresponde al 84,62 %.

Análisis:

De la población que practica la anorexia en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares desconocen que algún compañero tenga esta enfermedad; el 84,62% el cual sirve para corroborar que la enfermedad es poco conocida por los estudiantes y por lo tanto no la toman en serio y en un 15,38% saben del caso de algún compañero y a pesar de esto no toman conciencia y la practican porque a pesar de todo los estudiantes siguen asistiendo a clases con la idea de seguir bajando de peso lo que incide a que los demás compañeros lo realicen sin temor.

Cuadro 11*Ocupación de los padres*

Ocupación de los padres	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	8	15.39
Empleado	18	34.62
Negocio Propio	14	26.91
Quehaceres Domésticos	0	0
Agricultor	6	11.54
Otros	6	11.54
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 encuestados en la Unidad Educativa Fray Álvaro que conforman el 100%; 8 de los padres de estos niños son comerciantes siendo el 15,39%; 18 de los padres son empleados lo que corresponde al 34,62%; 14 de los padres cuentan con negocio propio siendo el 26,91 %; 0 padres se dedican a los

quehaceres domésticos siendo el 0%; 6 padres son agricultores conformando el 11,54% y 6 padres se dedican a otras actividades conformando el 11,54%.

Análisis:

De la población que practica la anorexia en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares la cual fue encuestada; sus padres en la mayoría se dedican a actividades laborales que los consumen el mayor tiempo de día y por lo tanto están ausentes en sus hogares por muchas horas como son:

Comerciantes el 15,39%; empleados el 34,62% y cuentan con negocio propio el 26,91%; de estos los adolescentes pasan muchas horas sin supervisión de un adulto; por lo tanto no cuentan con la vigilancia adecuada de su alimentación y tienen la libertad de elegir qué es lo que desean o les parece bien alimentarse además de tener la libertad de acceder a programas audiovisuales que ellos deseen sin saber si este es beneficioso o no para la formación de su criterio, ya que estos los puede orillar a querer tener un cuerpo perfecto.

El 11,54% se dedican a actividades laborales que los permite estar en casa la mayor parte del día como es la agricultura y poder así guiar a sus hijos en cuanto a la buena alimentación y vigilar los programas de televisión a los que acceden sus hijos para que no dañen su autoestima.

Además de poder tener un mejor diálogo y lograr un ambiente en el cual el niños se sienta seguros de sí mismo ayudándolos a formarse de manera adecuada para un futuro en el que no tengan que maltratar su propio cuerpo para ser felices.

Cuadro 12*Ocupación de la madre*

Ocupación de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	5	9.62
Empleado	15	28.85
Negocio Propio	8	15.38
Quehaceres Domésticos	19	36.54
Agricultor	3	5.76
Otros	2	3.85
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares que fueron encuestados que conforman el 100%; 5 de las madres de estos niños son comerciantes siendo el 9,62%; 15 de las madres son empleadas conformando un 28,85%; 8 de las madres cuentan con negocio propio lo que corresponde al 15,38%; 19 madres se dedican a los quehaceres domésticos siendo el 36,54%; 3 madres son agricultoras conformando el 5,76% y 2 madres se dedican a otras actividades que corresponde al 3,85%.

Análisis:

De los adolescente que practican la anorexia en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares los cuales fueron encuestados; las madres de estos se dedican en su mayoría a los quehaceres de la casa el 36,54% por lo que tienen un apoyo en las horas de alimentación, pero por otro lado el 28,85% son empleadas; lo cual

implica que no se encuentran en casa muchas horas al día; el 25% se dedican a actividades laborales fuera de casa como comerciantes y negocio propio el 9,62 y 15,38% respectivamente; igual esto les consume muchas horas fuera de casa y al entorno familiar.

Cuadro 13

Percepción sobre la calidad de alimentación del adolescente

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Buena	27	51.92
Regular	20	38.46
Mala	5	9.62
Total	52	100.00

Interpretación:

De 52 niños de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares encuestados que conforman el 100%; 27 de ellos consideran que su alimentación es buena siendo el 51,92%; 20 niños consideran que su alimentación es regular conformando un 38,46% y 5 niños consideran que tienen una mala alimentación que corresponde al 9,62%.

Análisis:

En cuanto a la calidad de la alimentación los encuestados de la Unidad Educativa en gran parte considera que su alimentación es buena el 51,92% ya que cuentan con buenos recursos económicos por su estatus social; pero eso no quiere decir que tengan una alimentación balanceada y nutritiva; y el 48,08% restante considera que su alimentación es regular y mala el 38,46 y 9,62%

respectivamente lo que denota que los adolescentes están conscientes de la falta de una alimentación adecuada para su edad.

6.4 Plan de Actividades de Prevención

Para el cumplimiento de este objetivo la autora realizó las siguientes actividades:

Actividad educativa con los niños

Taller de dinámica grupal

Elaboración de tríptico y entrega a los asistentes

Elaboración del manual educativo entregado al director de la escuela y al centro de salud urbano puyo

Plan Educativo

Tema: Prevención de la Anorexia

Beneficiarios: Adolescentes de la Unidad Educativa

Lugar: Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares

Fechas: 17, 19 ,20 y 21 de julio de 2015

Responsable: Beatriz Carvajal

Colaboradora: Dra. Psic. Martha Barreno

Objetivo: Difundir el tema a los adolescentes y maestros para así lograr la toma conciencia con la finalidad de disminuir el número de casos, mejorar la alimentación y autoestima de dichos adolescentes.

Cronograma General de Actividades

FECHA	HORA	ACTIVIDAD EDUCATIVA	MATERIALES	EVALUACIÓN
17 de julio de 2015	8:00 – 9:00 9:00- 9:15	- Anorexia definición - Riegos de suspender la alimentación - Epidemiología - Complicaciones - Prevención - Refrigerio	- Carteles - Proyector - Apuntador - Tiza liquida	- Buena atención de los presentes - colaboración de los docentes - Respuestas acertadas de los niños
19 de julio de 2015	8:00 - 9:00 9:00- 9:15	- Anorexia definición - Riegos de suspender la alimentación - Epidemiología - Complicaciones - Prevención - Refrigerio	- Carteles - Proyector - Apuntador - Tiza liquida	- Buena atención de los presentes - colaboración de los docentes - Respuestas acertadas de los niños
20 de julio de 2015	8:00 - 9:00	- Anorexia definición	- Carteles - Proyector	- Buena atención de los presentes

	9:00- 9:15	<ul style="list-style-type: none"> - Riegos de suspender la alimentación - Epidemiología - Complicaciones - Prevención 	<ul style="list-style-type: none"> - Apuntador - Tiza líquida 	<ul style="list-style-type: none"> - colaboración de los docentes - Respuestas acertadas de los niños
21 de julio de 2015	8:00 - 9:00 9:00- 9:15	<ul style="list-style-type: none"> - Anorexia definición - Riegos de suspender la alimentación - Epidemiología - Complicaciones - Prevención 	<ul style="list-style-type: none"> - Carteles - Proyector - Apuntador - Tiza líquida 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena atención de los presentes - colaboración de los docentes - Respuestas acertadas de los niños

7. DISCUSIÓN

Incidencia. La incidencia de anorexia a nivel mundial es del 0,5 al 3% estadísticamente. En el estudio realizado se tuvo como resultado que la incidencia fue de 2,96% de estudiantes diagnosticados de anorexia de un total de 135 adolescentes; siendo esta una cifra considerable ya que año a año este problema va aumentando; en comparación con el estudio realizado por Onmeda, 2012; Entre el 0,4 y el 1,5 % de las mujeres de entre 14 y 35 años padecen anorexia nerviosa se puede decir que el presente estudio reportó datos superiores.

Edad. El grupo de mayor riesgo está comprendido entre los 12 y 25 estadísticamente a nivel mundial. En la investigación que se realizó se encontró que la edad en que se da mayoritariamente la anorexia es de 12 a 14 años, el 67,31% comparando con un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Argentina año 2009, la edad en la cual se da mayoritariamente la anorexia es de 14 a 18 años.

Género. Estadísticamente cerca del 90% de los adolescentes que realizan dieta son mujeres a nivel mundial. En la investigación que se realizó referente al género se tuvo como resultado que el sexo femenino son las que predominan, el 67, 31% ha igual que la investigación realizada por el Ministerio de Salud de Argentina año 2009, expresa que las mujeres son las más afectadas por la preocupación que tienen de su peso corporal y su sentido de perfeccionismo.

Temor a Engordar. La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el temor a aumentar de peso. En el estudio realizado se encontró que el 57,69% de los adolescentes tienen miedo a engordar por la gran

cantidad de publicidad que encuentran en medios auditivo visual como también en revistas y productos varios que les ayuda a bajar de peso, formando niñas y niños inseguros; igualmente expresa Ambar, 2000; en su estudio que el miedo intenso a engordar es una de las características principales de la anorexia.

Ocupación de los padres. Dentro de los factores de riesgo tenemos el factor familiar en el cual afirma que los problemas familiares o en relaciones íntimas están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación. En el estudio realizado se tuvo como resultado que la ausencia de los padres en horas de la alimentación, el son la principal causa de que los adolescentes practiquen la anorexia; de la madre el 57,70% y del padre el 76,92%, ya que estos cuentan con trabajos que los consumen la mayoría del tiempo y por ende no se pueden comunicar de manera fluida con sus hijos para saber qué es lo que comen y lo que piensan de una alimentación saludable; ha igual que en el estudio realizado por Alejandro Ruiz, 2007; los problemas familiares están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación. Los padres juegan un papel importante, ya que muchas veces están muy involucrados en la vida de sus hijos o muchas veces son desinteresados.

8. CONCLUSIONES

Se ha llegado a la conclusión que los estudiantes que practican la anorexia son el 2,96% de la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares. Esta cifra año a año va en aumento, por la gran afluencia de los medios sociales en que deben tener una figura perfecta para alcanzar el éxito.

La población de estudiantes que practica la anorexia están entre la edad de 12 a 14 años con el 67,31%, de etnia mestiza con el 96,16%, procedencia urbana con el 71,15%; de nivel socio económico media-alta en el 76,92%.

Que la causa principal para que los adolescentes practiquen la anorexia es la ausencia de los padres de familia en las horas de alimentación el 76,92% porque cuentan con trabajos que los consume la mayoría del tiempo imposibilitando así el control y la comunicación entre ellos, seguido del temor a engordar el 57,69% por lo que les obliga a tener largas horas de ayuno o comer en porciones pequeñas y la comida no adecuada; así como también el desconocimiento que tienen los adolescente sobre la anorexia en el 32,70%.

Fue necesaria la ejecución de un plan de actividades educativas de prevención que disminuyan el índice de anorexia en los adolescentes y que los haga tomar conciencia de lo que están haciendo.

9. RECOMENDACIONES

A los estudiantes de la Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares se recomienda acoger lo aprendido en la capacitación realizada sobre su alimentación y ponerlo en práctica día a día.

A la Unidad educativa se les recomienda poner mayor atención a los adolescentes para lograr una detección temprana del trastorno alimentario; difundir el contenido del manual entregado con la información pertinente para lograr tener una prevención constante.

A los padres de familia se recomienda una mayor organización para poder compartir con los adolescentes más tiempo juntos y un cambio de actitud para con sus hijos y fomentar mayor dialogo con los jóvenes.

Se recomienda al equipo de salud del centro de salud Urbano Puyo el cual es el encargado de la cobertura de esta población; consideren a los jóvenes de las edades de 12 a 16 años de la Unidad Educativa como población en riesgo y realicen el seguimiento respectivo conjunto con la Dra. Psicóloga que cuenta la Unidad de los 4 jóvenes que ya han sido diagnosticados en esta Unidad Educativa.

Al profesional de enfermería y equipo de salud realizar exámenes periódicos a los estudiantes para asegurar el crecimiento y desarrollo de los adolescentes además de difundir el manual entregado a los jóvenes que asisten al centro de salud en el que laboran.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Almeida , E., Lic. CASTRO , R., & Lic. GUZMAN , M. (2003). Consejos de Salud. *Manual de enfermería*.
- Arlet, G. (06 de Junio de 2012). *Jovenes Unido Luchando por una Misión*. Obtenido de <http://anorexia-wwwtrastornoalimenticiocom.blogspot.com/>
- Chica, G. (2012). *Universida de Cuanca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>
- Conceptos, D. y. (s/f). *Sistema De Estadísticas Sociodemográficas Área Educación*. Obtenido de http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/7/definiciones_sesd_educacion.pdf
- Díez Hernández , Itziar;. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno. En I. Díez Hernández, *La anorexia nerviosa y su entorno* (pág. 145). BARCELONA: MASON.
- Elfenbein, D. (2011). *Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: klieg man RM, Behrman RE. Jenson HB, Sta Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Philadelphia.
- Enriquez, M. G. (17 de Septiembre de 2014). *DMedicina.com*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia.html>
- Euroresidentes*. (s.f.). Obtenido de <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>
- Garcia, L. (2004). *Juventud y Medios de Comunicación*. Obtenido de Aproximación Estructural a la programacion y los mensajes: [http://grupo.us.es/grehcco/ambitos 11-12/reina.pdf](http://grupo.us.es/grehcco/ambitos%2011-12/reina.pdf)
- Gonzales , H. (2009). *Tu centro medico online*. Obtenido de <http://www.webconsultas.com/anorexia/anorexia>

Linda Vorvick. (13 de 04 de 2013). *medline plus*. Obtenido de
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002387.htm>

MSP, P. (31 de Mayo de 2009). *Anorexia y Bulimia en Pastaza*. Obtenido de
<http://anorexiaybulimiapastaza.blogspot.com/>

Overall Trends, T. (2010). *Teenage Pregnancy Statistics*. New York: The Alan GuyymacherInstitute.

Perez, Guillermo;. (2015). *Muy delgada*. com. Miami: GFDL.

R, A. (1994). *Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Guillermo Perez.


Silverman, J, J. (1995). *History of anorexia Nervosa in Bownwell*. London, 141-144.: The Guildford
Press.

TORO, J. (1996). " *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*". Barcelona: Ariel.

Urrejola , P. (2000). *Trastornos del apetito y Anorexia*. Meneghello.

11. ANEXOS

Anexo 1. Solicitud al Ministerio De Educación para el permiso de realización de tesis



Ministerio de Educación
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN DISTRITAL 16D01 PASTAZA - MERA - SANTA CLARA
CODIGO DEL DISTRITO: 16001

SOLICITUD – ATENCIÓN CIUDADANA 16D01-2014-

FECHA: Puyo, 22 de Mayo 2015 Nº 0007440

DIRECTOR /A DISTRITAL Presente.-
De mi consideración:
Yo, Elizabeth Cavallo c.c. 1001742202
Me dirijo a usted señor/a Director/a, con la finalidad de solicitar:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
DENUNCIAS	COBROS INDEBIDOS	ASESORIA JURIDICA	RATIFICACION DE VOCALES DE CONSEJO EJECUTIVO
	LESIONES		RATIFICACION DE GOBIERNO ESCOLAR
	MALTRATO PSICOLOGICO	DESARROLLO PROFESIONAL	ELIGIBILIDAD DE ASPIRANTES A DOCENTES
	DELITOS SEXUALES		CERTIFICADO DE TIEMPO DE SERVICIO
	INSTITUCIONES PARTICULARES		CERTIFICADO DE NO HABER SIDO SANCIONADO
	ABUSO DE AUTORIDAD		CERTIFICADO DE NO ESTAR INMERSO EN SUMARIO ADMINISTRATIVO
APOYO, SEGUIMIENTO Y REGULACION	RECURSOS INTERPUESTOS	TALENTO HUMANO	COMISION DE SERVICIOS
	RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS EN EL EXTERIOR		SOLICITUD DE VACACIONES
	MATRICULA EXCEPCIONAL		SOLICITUD DE PERMISOS Y LICENCIAS
	TRASPAZO DE TERCERA MATRICULA		RENUNCIAS
	REGISTRO DE LOS 200 DIAS LABORALES		TERNAS
	RECALIFICACION DE EXAMENES (APELACIONES DE ULTIMA INSTANCIA)		PERMISOS DE CREACION, RENOVACION Y CAMBIO DE DOMICILIO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
	EXAMENES DE UBICACION		CIERRE DE FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
	REGISTRO DE PROYECTO EDUCATIVO INTERINSTITUCIONAL (PEI)		REPOSICION/INCREMENTO Y REUBICACION DE DOCENTES
	REGISTRO DE CODIGO DE CONVIVENCIA	PLANIFICACION	ARCHIVO MAESTRO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
	TRASLADO DE ESTUDIANTES		CREACION DE JORNADAS/NIVELES EDUCATIVOS Y PARALELOS
ATENCIÓN CIUDADANA	APLICACION DE GESTION DE EXCEPCIONES DE SISTEMA SIGEE		CIERRE DE JORNADAS/NIVELES EDUCATIVOS Y PARALELOS
	CERTIFICADO DE TERMINACION DE EDUCACION BASICA		CAMBIO DE DENOMINACION
	REPRESENTACION DE ACTAS DE GRADO		REGISTRO DE PARTICIPACION ESTUDIANTIL
	DUPLICADO Y REPRESENTACION DE TITULOS		APROBACION DE MALLAS CURRICULARES
	CERTIFICACION DE MATRICULAS Y PROMOCIONES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DESAPARECIDAS		APROBACION DE BILINGUISMO
	REGISTRO Y LEGALIZACION DE ACTAS DE GRADO Y TITULOS DE BACHILLER DE COLEGIOS DESAPARECIDOS		APROBACION DE PROYECTOS DE INNOVACION CURRICULAR
	RECTIFICACION DE NOMBRES Y/O APELLIDOS DE DOCUMENTOS OFICIALES		SELECCION DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS POSTULANTES AL BACHILLERATO INTERNACIONAL (COLEGIOS PARTICULARES)
	LEGALIZACION DE TITULOS Y DOCUMENTACION PARA EL EXTERIOR	COORDINACION EDUCATIVA	APROBACION DE BACHILLERATO TECNICO
	LEGALIZACION DE CUADROS DE CALIFICACIONES Y PROMOCIONES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS		APROBACION PARA CONCURSOS, PRESENTACIONES, PARTICIPACIONES Y DESFILES
	LEGALIZACION DE DOCUMENTOS DE GREMIOS Y ASOCIACIONES DE FORMACION ARTESANAL		INSCRIPCION PARA EDUCACION INICIAL, BASICA Y BACHILLERATO
	RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ARTESANALES		APROBACION DE EDUCACION PARA JOVENES CON ESCOLARIDAD INCONCLUSA
	DUPLICADO DE TITULO ARTESANAL		APROBACION DE EDUCACION ESPECIAL E INCLUSIVA
RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE CENTROS OCUPACIONALES		APROBACION DE EDUCACION BASICA PARA JOVENES Y ADULTOS	
ADMINISTRACION ESCOLAR	ASIGNACION DE TEXTOS, ALIMENTOS Y UNIFORMES	FINANCIERO	ASIGNACION DE RECURSOS
	ASIGNACION DE MOBILIARIO		CERTIFICADO DE REMUNERACIONES
	MANUTENIMIENTO Y CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA	OTRO:	
	PLAN DE GESTION DE RIESGOS		

OBSERVACIONES: Solicito permiso para el desarrollo de la tesis con el tema "Resolución de la asesoría académica a los docentes en proceso de bachillerato de la Unidad Educativa Fray Alonso de Salazar"

Por la atención que le brinde al presente, reitero mi agradecimiento.
Adjunto sírvase encontrar la siguiente documentación:

CD HOJAS FOLEADAS ARCHIVO FOTOGRAFICO



Atentamente,
Elizabeth Cavallo
FIRMA

FECHA DE ENTREGA: 22-05-2015
NOMBRE DEL SERVIDOR: ELIZABETH CAVALLO

TELÉFONOS: 1 993149532 / 2 993797699 / 3
CORREO ELECTRÓNICO: elizabethcavallo@hotmail.com
INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y CARGO: Universidad Nacional de Loja - Secretaria

TRANSFORMAR LA EDUCACIÓN, MISIÓN DE TODOS
ORIGINAL - DISTRITO / COPIA - CIUDADANO

Anexo 2. Oficio de autorización de ingreso a la unidad educativa del ministerio de educación a la institución.

 **Ministerio de Educación** 

Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-16D01-2015-0074-O
Pastaza, 24 de enero de 2015

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA EL INGRESO A LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ALVARO VALLADARES.

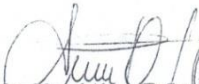
Licenciada
Elizabeth Cevallos
Secretaria
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho


De mi consideración:

En respuesta al Documento No. 16D017440, se autoriza lo solicitado; de lo que determina el Art. 7 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural como derecho fundamental esta velar por la integridad de los niños, niñas y adolescentes; en caso de alguna vulneración de derecho será responsable legalmente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Ing. Manuel Alexander Cevallos
DIRECCIÓN DISTRITAL DE EDUCACIÓN 16D01 - PASTAZA - MERÁ - SANTA CLARA (E)




Referencias:
- MINEDUC-CZ3-16D01-UDAC-2015-0280-E

Anexos:
- 16D017440.pdf

ni

Autorizada a trabajar con estudiantes de un paralelo "B" desde el 10 de Aso.



ESC. EB.F.M. Fray Alvarado Valladares
RECIBIDO
25 FEB 2015
FIRMA AUTORIZADA

Amazonas N34-451 entre Av. Atahualpa y Juan Pablo Sanz
Tel.: + (593 2) 3961300/1400/1500
www.educacion.gob.ec

* Documento generado por Ovipuz

1/1

Anexo 3. Cuestionario

Mi nombre es Beatriz Carvajal; soy estudiante de la carrera de enfermería y estoy realizando un trabajo de investigación en salud; tengo como propósito contribuir a que la atención mejore por lo que solicito de la manera más comedida se dignen a contestar el siguiente cuestionario.

CARACTERISTICAS

Nombre:

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Etnia: Mestizo () Indígena () Afro ecuatoriano ()

Curso: Sexto () Séptimo () Octavo () Noveno () Décimo ()

Procedencia: Urbana () Rural ()

INCIDENCIA

¿Practica usted la anorexia?

Si () No ()

FACTORES RELACIONADOS

¿Ha sentido el deseo de no comer por temor a engordar?

Si () No ()

¿Conoce de algún compañero/a que tenga anorexia?

Si () No ()

¿Sabe usted que es la anorexia y sus causas?

Si () No ()

¿Cuál es la ocupación de sus padres?

Padre: Comerciante

Madre: Comerciante

Empleado

Empleado

Negocio propio

Negocio propio

Quehaceres domésticos

Quehaceres domésticos

Agricultor

Agricultor

¿Considera que su alimentación es?

Buena () Regular () Mala ()

¿Ha sido diagnosticado de alguna de estas enfermedades?

Depresión ()

Anorexia ()

Ansiedad ()

Anemia ()

Gastritis ()



UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "ÁLVARO VALLADARES"

PUYO - PASTAZA - ECUADOR

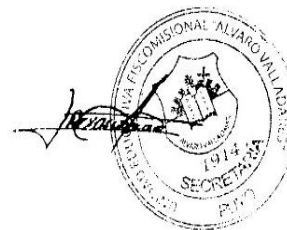
Año Lectivo 2014-2015

LISTA GENERAL

Sección **VESPERTINA**
Nivel **BASICA SUPERIOR**

Curso **OCTAVO B**

No.	Apellidos y Nombres								
1	BUSTAMANTE ALTAMIRANO ANTHONY SEBASTIAN								
2	CAJAMARCA PADILLA JONATHAN PAUL								
3	CALLES LLERENA CRISTIAN ALEXANDER								
4	CANDO CAIZA JEFFERSON ALEXIS								
5	CASTILLO SANTI ANTHONY PETER								
6	CHIMBORAZO NUPIS JAIME ALEJANDRO								
7	DARQUEA FELIX EVELYN JAZMINE								
8	GOMEZ PIGUAVE ANGELLY JAZMIN								
9	GUEVARA PATIÑO DAMIAN ALEJANDRO								
10	JIMENEZ PAREDES LUIS CAMILO								
11	LAGUA TIPAN JOSUE VALENTINO								
12	LARA SUAREZ EVELYN JACQUELINE								
13	LOPEZ REA LUIS PATRICIO								
14	LUNA PATIÑO HENRY FRANCISCO								
15	MENA PAVON KENNY ALEJANDRO								
16	MERINO ZUMBA CAROL NAHOMY								
17	MOLINA VILLA MANUEL SEBASTIAN								
18	MONTALVO MONTAÑO GLORIA SOHAMI								
19	PANCHANA HERRERA ESTEFANIA ELIZABETH								
20	PEAS ANDI SHIRAM MADLEY								
21	POZO BUÑAY DARWIN ALEXANDER								
22	QUEREMBAS CUSANGUA JESSICA MARCELA								
23	RUIS CARVAJAL LINDA MELANIE								
24	SANGOQUIZA YASACA FERNANDA THAYLE								
25	SHIMPIUKAT MASHINKIASH KASHIK ALEXIS								
26	TORRES VISUMA DERLIS AARON								
27	UJUKAM MOSQUERA JESSICA YAMILEX								
28	UNAPUCHA SANCHEZ ANGELY GRACIELA								
29	VASQUEZ GUEVARA JOSUE ALEXIS								
30	VILLAMARIN CARGUA DAVID STALYN								
31	VITERI TACOAMAN SAID ALEXANDER								
32	ZUMBA CAVINAGUA ALLEN XAVIER								
33	ZUÑIGA LOPEZ CRISTIAN ISRAEL								
34	ZUÑIGA PALACIOS KELLYN DENNIS								





UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "ÁLVARO VALLADARES"

PUYO - PASTAZA - ECUADOR

Año Lectivo 2014-2015

LISTA GENERAL

Sección **VESPERTINA**

Nivel **BASICA SUPERIOR**

Curso

NOVENO B

No.	Apellidos y Nombres								
1	ALARCON CEDEÑO FLOR FERNANDA								
2	CAIZA QUINATO A ANGEL VINICIO								
3	CAJAS ALBAN EMILY BELEN								
4	CARPIO TELLO JOSELYNE NAHOMI								
5	CIFUENTES VILLENA MARVIN JOHN								
6	COELLO CALLE PAOLA ANAHI								
7	CURIPALLO QUISPE STEPHANIE TATIANA								
8	ENCALADA BASTIDAS YOLANDA ALEJANDRA								
9	GALORA LOPEZ CRISTIAN ISRAEL								
10	GARCIA ROMANCELA JOHNNY STEVEN								
11	GOMEZ GUAMBO LUIS DANIEL								
12	GUAMAN CUVI NOE ISRAEL								
13	ILLANES PADILLA WILLIAM HERNAN								
14	LASCANO GUALINGA RONNY DENZEL								
15	LEMA VARGAS JONATHAN ALEXANDER								
16	LITUMA PEREZ JAIRO ISRAEL								
17	LLIQUIN MALAVE ISRAEL DANILO								
18	MACIAS ALTAMIRANO ANDERSON JASMANI								
19	MOSQUERA MAIGUA BRITHANY NAYELLY								
20	NUÑEZ GUAMAN ANAHI SALOME								
21	ORTIZ PORRAS ANTHONY RAFAEL								
22	PAGUAY PEREZ JEAN CARLOS								
23	PANCHANA HERRERA JEAN CARLOS								
24	PERALVO OÑATE ANTONIO BLADIMIR								
25	PERGUEZA NARVAEZ JOSUE SEBASTIAN								
26	PROCEL DURAN KEVIN MIKE								
27	SANCHEZ GREFA KATHERINE ANAHIS								
28	SANCHEZ LOPEZ HEIDY YAMILEZ								
29	SEGURA LLANDA MANUEL ALEJANDRO								
30	TAPUY VITERI SOLANGE NAYELI								
31	YASACA MOROCHO EVELYN ANDREA								



Anexo 5. Guía de observación

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE ADOLESCENTES DE SÉPTIMO						
No.	Peso Kg	Talla m	IMC	ÍNDICE		
				Sobrepeso	Normal	Bajo
1	38	1,46	17.8			X
2	32	1,38	16.8			X
3	35	1,48	15.9			X
4	34	1,37	18.1			X
5	32	1,42	15.9			X
6	38	1,50	16.8			X
7	32	1,43	15.6			X
8	33	1,41	16.6			X
9	35	1,45	16.6			X
10	36	1,49	16.2			X
11	35	1,49	15.7			X
12	34	1,39.9	17.7			X
13	38	1,43.3	18.6		X	
14	46	1,50	20.4		X	
15	46	1,45.2	21.9		X	
TOTAL 15					3	12

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE ADOLESCENTES DE OCTAVO						
No.	Peso Kg	Talla m	IMC	ÍNDICE		
				Sobrepeso	Normal	Bajo
1	41	1,55	17			X
2	34	1,48	15.5			X
3	37	1,49.5	16.6			X
4	33	1,43	16.1			X
5	38	1,46	17.8			X
6	32	1,39	16.5			X
7	39	1,39	20.2		X	
8	41	1,50.3	18.2			X
9	40	1,42.5	19.9		X	
10	37	1,46.5	17.3			X
11	42	1,46.1	19.7		X	
12	40	1,45	19		X	
13	36	1,47	16.6			X
TOTAL 13					4	9

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE ADOLESCENTES DE NOVENO						
No.	Peso Kg	Talla cm	IMC	Índice		
				Sobrepeso	Normal	Bajo
1	41	1,50,9	18.2			X
2	47	1,48.6	21.4		X	
3	46	1,52	19.9		X	
4	45	1,53	18.4		X	
5	44	1,60.6	17.1			X
6	42	1,52.5	18.18			X
7	40	1,57.6	16.2			X
8	41	1,48.6	18.7		X	
9	46	1,62	17.5			X
10	37	1,51	16.2			X
11	47	1,53	20		X	
12	43	1,41	21.7		X	
TOTAL 12					6	6

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE ADOLESCENTES DE DÉCIMO						
No.	Peso Kg	Talla cm	IMC	Índice		
				Sobrepeso	Normal	Bajo
1	53	1,62.1	20.2		X	
2	45	1,52.5	19.4		X	
3	52	1,63.4	19.6		X	
4	48	1,56	19.7		X	
5	50	1,63	18.8		X	
6	51	1,62.5	19.4		X	
7	53	1,63.5	20		X	
8	52	1,55	21.6		X	
9	50	1,62.8	19		X	
10	43	1,47	19.9		X	
11	53	1,75	17.3			X
12	50	1,59	19.8		X	
TOTAL 12					11	1

Anexo 6. Taller Dinámico Grupal**Tema:** La anorexia**Beneficiarios:** Adolescentes de la Unidad Educativa**Lugar:** Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares**Fechas:** 22 de julio de 2015**Responsable:** Beatriz Carvajal**Actividad 1:**

Formar dos grupos

Actividad 2:

Leer los trípticos entregados y sacar una conclusión

Actividad 3:

Con todo lo que ya sabes sobre la anorexia reúnete con tu equipo y elaboren un cartel sobre el tema.

Actividad 4:

Presenta al resto del grupo lo realizado.

Anexo 7. Plan Educativo**Tema:** La anorexia**Beneficiarios:** Adolescentes de la Unidad Educativa**Lugar:** Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares**Fechas:** 17, 19 ,20 y 21 de julio de 2015**Responsable:** Beatriz Carvajal**Colaboradora:** Dra. Psicóloga Martha Barreno

Objetivo: Dar a conocer el tema a los adolescentes para así lograr la toma conciencia con la finalidad de disminuir el número de casos, mejorar la alimentación y autoestima de dichos adolescentes.

Contenido

- Que es la anorexia

La anorexia nerviosa es un conjunto de trastornos graves de la conducta alimentaria que comprende periodos de privación del consumo de alimentos (anorexia), alternados en ocasiones con periodos compulsivos de ingesta alimentaria y purga, asociados ambos periodos a otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

- Riesgos de suspender la alimentación

La disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado-descenso del metabolismo basal y modificaciones hormonales,

además de alteraciones cardiovasculares, renales, gastrointestinales, hematológicas y del sistema inmunológico. Estas últimas dependen de la duración y severidad de la restricción dietética, del grado de disminución del peso corporal y de la velocidad de disminución de peso. En general, descensos del peso corporal del 25% (P/T menor 75% para la talla) o un IMC menor P 5 de las curvas de Mustet al conducen a estas manifestaciones.

- Epidemiología

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal.

- Complicaciones

Las complicaciones pueden abarcar:

Debilitamiento óseo.

Disminución en los glóbulos blancos que lleva al aumento del riesgo de infección.

Niveles bajos de potasio en la sangre, lo cual puede causar ritmos cardíacos peligrosos.

Deshidratación grave

Desnutrición grave.

Convulsiones debido a la pérdida de líquido por la diarrea o el vómito.

Problemas de la glándula tiroides y caries dental.

- Prevención

Se han diseñado diferentes programas para tratar la anorexia. Algunas veces, la persona puede aumentar de peso:

- Incrementando la actividad social.
- Disminuyendo la cantidad de actividad física.
- Usando horarios para comer.

Anexo 8. Manual educativo

**MANUAL
INFORMATIVO
SOBRE LA
ANOREXIA**

**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
LOJA**

INDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVO.....	3
DEFINICION.....	3
EPIDEMIOLOGIA.....	5
DIAGNOSTICO.....	6
FACTORES DE RIESGO.....	7
CONSECUENCIAS.....	9
COMPLICACIONES.....	11
MEDIOS DE DIAGNOSTICO.....	11
TRATAMIENTO.....	13
METODOS DE PREVENCION.....	8

INTRODUCCION

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos. La anorexia nerviosa es considerada un trastorno de la alimentación que afecta a adolescentes de cualquier raza, nacionalidad, clase social o cultura.

Dentro de las estadísticas de Anorexia podríamos encontrar los siguientes casos:

El grupo de mayor riesgo está comprendido entre los 14 y 18 años aunque existen estudios que amplían esta edad desde los 12 hasta los 25 años.

Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas.

Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que solo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aun sin que requiera que lo bajen.

Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dietas son mujeres.

Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de

niños—adolescentes padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno.

La tasa de mortalidad a causa de la anorexia ronda del 3% al 15%. Según estadísticas mundiales la incidencia de anorexia nerviosa es de 3 por cada 100000 habitantes en el mundo. Una persona con anorexia nerviosa no pesa más del 85% del peso esperado para la edad.

OBJETIVO

Este manual tiene como objetivo dar a conocer un panorama general de la anorexia con la finalidad de proporcionar bases que sirvan para la detección temprana de las conductas alimentarias anormales motivadas por un deseo ineludible y mórbido de delgadez extrema.

DEFINICION



La anorexia nerviosa es un conjunto de trastornos graves de la conducta alimentaria que comprende periodos de privación del consumo de alimentos (anorexia), alternados en ocasiones con periodos compulsivos de ingesta alimentaria y purga, asociados ambos periodos a otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones médicas que necesitan ser tratadas por profesionales de la salud, algunas de las conductas o emociones asociadas con los trastornos alimenticios son:

- Miedo intenso a ganar peso

- Dejar de comer o hacer dietas estrictas para bajar de peso
- Llevar a cabo conductas para eliminar la comida o para controlar el ganar peso
- Hacer ejercicios excesivos para bajar de peso
- Comer grandes cantidades de comida de forma descontrolada
- Tener intensas preocupaciones sobre el peso o la figura.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal. Las

bailarinas, las atletas y las gimnastas constituyen además, un grupo de alto riesgo para desarrollar la enfermedad. En las últimas décadas se ha visto un aumento importante en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población adolescente. Los trastornos del apetito son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales.

La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años.

DIAGNOSTICO



Algunas señales que pueden ayudar a identificar la posibilidad de estar batallando con anorexia son:

- Preocupación intensa por el peso
- Contar calorías
- Hacer dietas extremas
- No querer comer ciertas comidas
- Hacer ejercicio más de lo normal (ej. 10 horas o más a la semana)
- Tener ansiedad con la idea de aumentar de peso o estar gordo/a

FACTORES DE RIESGO

Factores individuales:

Baja autoestima: Hacer una valoración negativa e insatisfactoria de uno mismo.

Imagen corporal negativa:

Las personas que no tienen una imagen real de su propio cuerpo y que, además, las emociones y sentimientos que tienen hacia estos son negativos son más vulnerables.



Adolescencia: La adolescencia es la etapa vital en la que existe un mayor riesgo de desarrollar anorexia, en la mayoría de casos la enfermedad debutó durante la adolescencia. Esto sucede porque durante esta etapa, la personalidad, autoestima y rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, son más vulnerables ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente



elevada.

Factores Familiares:

Ambiente familiar desestructurado: Las familias en las que no existe una estructura estable y segura tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno alimenticio en alguno de los miembros, sobre todo en aquellos que de manera individual tienen más riesgo, como las chicas adolescentes.

Ambiente familiar sobreprotector: Aquellas familias en las que la comunicación y la dinámica familiar es excesivamente rígida, controladora y exigente pueden influir en el desarrollo de un trastorno alimenticio, sobre todo en aquellos miembros con mayor vulnerabilidad individual, como las chicas adolescentes.

Experiencias vitales estresantes: Cambios traumáticos en la estructura familiar como, por ejemplo, la muerte de uno de los miembros.

Factores sociales:

Modelo de belleza imperante: El actual modelo de belleza, que ensalza una delgadez excesiva, tiene un peso muy importante en el desarrollo de la anorexia. En los últimos años, la aparición de este nuevo canon de belleza ha venido acompañado de un incremento muy notable de la incidencia de casos.

Presión social respecto la imagen: En las últimas décadas, el valor social de la imagen también ha ganado relevancia, por lo que no sólo tenemos un modelo de belleza perjudicial para la salud sino que, además, la presión social recibida respecto a la importancia de parecerse a este modelo es excesivamente elevada. Estos dos factores combinados tienen una clara influencia en la aparición de Trastorno alimenticio.

Críticas y burla relacionadas con el físico: Las personas, sobre todo niños/as y adolescentes, que han recibido críticas y burlas relacionadas con su apariencia física y que debido a esto se han sentido inseguras con su imagen pueden presentar mayor tendencia a desarrollar anorexia.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias asociadas con la anorexia están relacionadas con la mala alimentación y la falta de nutrientes que pueden experimentar las personas que no siguen un patrón alimentario saludable. Algunas posibles consecuencias son:

- Caída de cabello
- En mujeres, la falta de menstruación



- Cansancio
- Baja presión lo que aumenta el riesgo de un paro cardíaco
- Osteoporosis- pérdida de hueso
- Resequedad de la piel

COMPLICACIONES

Desnutrición:

Pérdida de peso excesivo, por debajo de un índice de masa corporal de 17,5

Amenorrea primaria o secundaria

Osteoporosis

Disminución del volumen cerebral



Intolerancia al frío

Piel escamosa

MEDIOS DE DIAGNOSTICO



Se deben hacer exámenes para ayudar a determinar la causa de la pérdida de peso o ver qué daño ha causado. Muchos de estos exámenes se repetirán con el tiempo para vigilar a la persona.

Estos exámenes pueden abarcar:

Albumina

Pruebas de densidad ósea para buscar huesos delgados (osteoporosis)

Conteo sanguíneo completo

Electrocardiografía

Electrolitos

Pruebas de función renal



Pruebas de función hepática

Proteína total

Pruebas de la función tiroidea

Análisis de orina

TRATAMIENTO

Dietético

El mayor desafío en el tratamiento de la anorexia nerviosa es ayudarle a la persona a reconocer que tiene una enfermedad. La mayoría de las personas que sufre este tipo

de anorexia niega tener un trastorno alimentario y, con frecuencia, ingresan al tratamiento sólo cuando su afección es grave.



Los objetivos del tratamiento son primero restaurar el peso corporal normal y los hábitos alimentarios. Un aumento de peso de 1 a 3 libras por semana se considera una meta segura.

Se han diseñado diferentes programas para tratar la anorexia. Algunas veces, la persona puede aumentar de peso:

- Incrementando la actividad social.
- Disminuyendo la cantidad de actividad física.
- Usando horarios para comer.

Farmacológico



Los medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, pueden ayudar a algunos pacientes anoréxicos cuando se administran como parte de un programa de tratamiento completo. Estas medicinas pueden ayudar a tratar la depresión o la ansiedad. Aunque estos fármacos pueden ayudar, no se ha demostrado que algún medicamento disminuya el deseo de bajar de peso.



Psicoterapia

Muchos pacientes comienzan con una estadía corta en el hospital y siguen en control con un programa de tratamiento diario.

Se puede necesitar una hospitalización más prolongada si:

La persona ha perdido mucho peso (estar por debajo del 70% de su peso corporal ideal para su edad y estatura).

Para la desnutrición y potencialmente mortal, la persona

puede requerir alimentación intravenosa o una sonda de alimentación.

La pérdida de peso continúa incluso con el tratamiento.

Se presentan complicaciones médicas, como problemas cardíacos, confusión o niveles bajos de potasio.

La persona tiene una depresión grave o piensa cometer suicidio.

El tratamiento a menudo es muy arduo y requiere un trabajo intenso por parte de los pacientes y sus familias. Es posible que se ensayen muchas terapias hasta que el paciente logre vencer este trastorno.

Los pacientes pueden marginarse de los programas si tienen esperanzas poco realistas de "curarse" con la terapia sola.

Se utilizan diferentes tipos de psicoterapia para tratar a las personas con anorexia:

La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.



Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado

Atención de enfermería:



Enseñar a los niños la importancia de unos correctos hábitos alimenticios.

Establecer horarios de comida regulares. Mejor si la comida se reparte en cuatro o cinco tomas a lo largo del día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena).

Fomentar su autoestima. Es importante que conozca sus capacidades y limitaciones, y aprenda a sentirse a gusto consigo mismo



Reforzar su autonomía y estimularle para que tenga sus propias opiniones y resulte menos vulnerable a los

mensajes de los medios de comunicación y la publicidad que transmiten la idea de que tener un cuerpo perfecto es

sinónimo de éxito y felicidad, olvidando los valores de las personas.

Comentar con el niño estos mensajes sobre estética y alimentación que difunden los medios de comunicación, razonando lo que es cierto y lo que no, y enseñándole a valorar la salud por encima de los condicionamientos estéticos.

Animarle a practicar ejercicio con regularidad.

Favorecer la integración y convivencia entre personas procedentes de distintos ámbitos sociales y culturales, ayuda al adolescente a comprender que ser diferente no significa ser peor ni mejor.

Potenciar su autoestima para que valore sus cualidades y capacidades y no se avergüence de sus limitaciones.

Anexo 9. Tríptico parte Anterior

**Anexo 7 Tríptico
COMPLICACIONES DE LA
ANOREXIA NERVIOSA**

- Riesgo de muerte por Cardiopatía
- Desajustes de electrolito
- Anormalidades reproductivas y hormonales
- Problemas neurológicos
- Problemas sanguíneos
- Problemas gastrointestinales

- Daños cerebrales
- Daños cardíacos
- Daños en los huesos
- Daños visibles



DESHIDRATACION

Anemia

Desnutricion

¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Intervención psicológica
- Ordenar hábitos alimenticios
- Controlar el peso alimentación equilibrada
- Evitar los periodos largos sin comer



MENSAJE

Dile a tu hija cuanto la amas.
Acompáñala siempre y más en su alimentación.
Si ves algo fuera de lo normal
acude al médico con confianza
ESTAMOS PARA AYUDAR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE ENFERMERÍA
SEDE PUYO

TEMA:
LA ANOREXIA




AUTORA: Beatriz Carvajal

PUYO – ECUADOR

2015

¿QUÉ ES LA ANOREXIA?



La anorexia es una alteración de los hábitos y comportamientos involucrados en la alimentación. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas.



¿CUALES SON SUS SÍNTOMAS?

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura
- Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando tenga peso insuficiente.
- Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Factores familiares:
Personas con familiares sobreprotectoras, inflexibles e incapaces de resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito.

Factores sociales:
Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes son personas con el cuerpo perfecto, lo bello.




Otros factores:

- Estar más preocupado o prestarle más atención al peso y la figura
- Tener un trastorno de ansiedad en la niñez
- Tener una imagen negativa de sí mismo
- Tener problemas alimentarios durante la lactancia o la primera infancia
- Tener ciertas ideas culturales o sociales respecto de la salud y la belleza
- Tratar de ser perfeccionista o demasiado centrado en reglas.

CONSECUENCIAS FISICAS

Corazones pequeños
Niñas de 17 años con corazones del tamaño de una de siete.

Niñas menopáusicas
La amenorrea (pérdida de la menstruación) es uno de los tres síntomas que sirven para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.



Anexo 10. Certificado otorgado por el director de la Unidad Educativa Lic. Arnulfo Carlosama

Puyo, 31 julio 2015

Lic. Arnulfo Carlosama

**DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ALVARO
BALLADARES**

CERTIFICADO

Certifico que la señorita **BEATRIZ ELIZABETH CARVAJAL VALLEJO** con CI. 1600476574 ha realizado actividades representativas en nuestra institución; toma de encuestas, medición y peso a estudiantes de séptimo, octavo ,novenos y décimo año; entrega de tríptico, capacitación educativa, dando a conocer sobre el tema de la Anorexia y sus efectos, métodos de prevención y tratamiento.



[Handwritten signature]
Lic. Arnulfo Carlosama

**DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRAY ALVARO
BALLADARES**

Anexo 12. Evidencia fotográfica de la propuesta cumplida

Aplicación de encuestas



Toma de medidas antropometricas PESO



Toma de medidas antropometricas PESO



Desarrollo de actividades Educativas con apoyo de los profesores



Recibimiento de los estudiantes



Desarrollo de actividad educativa



Presentación del tema la anorexia



Desarrollo de actividad educativa



Despejando una duda



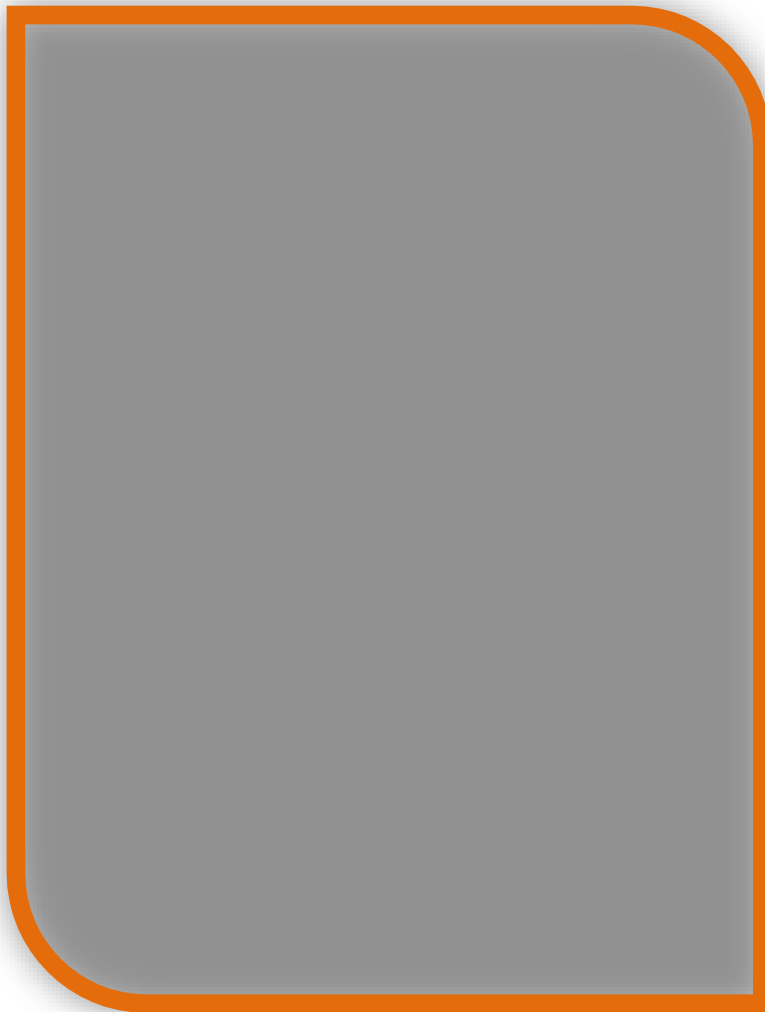
Explicación a una alumna sobre el tríptico entregado



Participación de estudiante al término de la exposición



Participación de estudiante al evaluar la atención prestada



Desarrollo de taller dinámico



Explicacion del taller dinámico



Formando los grupos de trabajo



Estudiantes formando los grupos de trabajo



Exposición en el taller por parte de los estudiantes



Exposición por parte de la estudiante de Octavo Año



Participación de estudiante



Despedida de los estudiante de Séptimo Año luego de la capacitación



Entrega de tríptico en la Unidad Educativa Fray Álvaro Balladares



Entrega de manual en el Centro de Salud Urbano Puyo. Lic. Jesica Montero



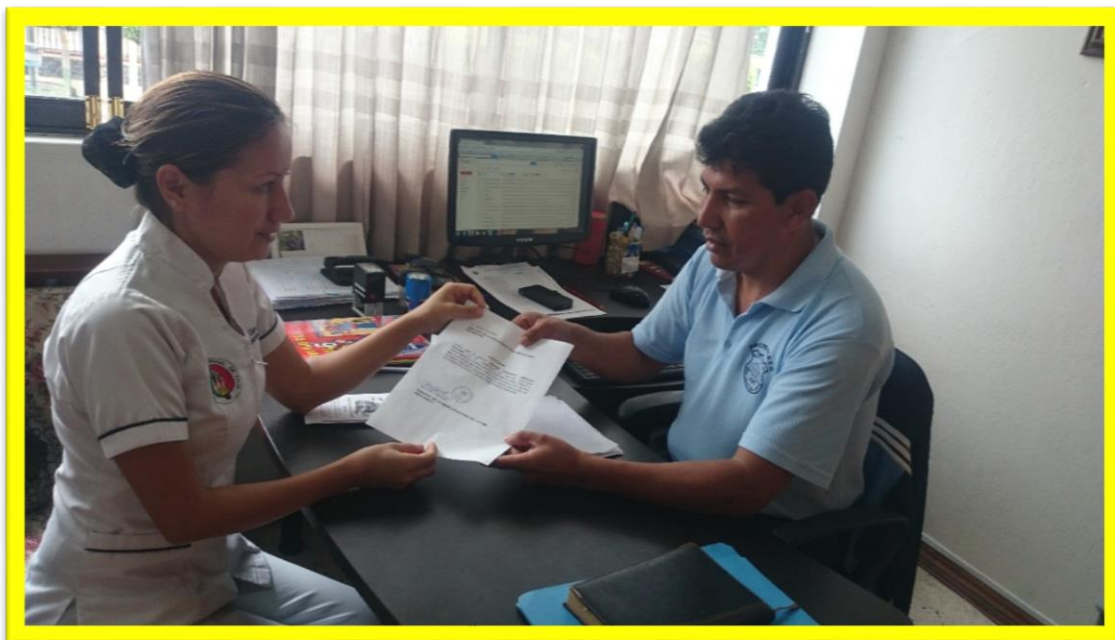
Entrega de manual a Lic. Jesica Montero



Entrega de tríptico a Dr. Arnulfo Carlosama



Entrega de certificado por parte de la Unidad Educativa



ÍNDICE GENERAL

ORDEN	CONTENIDO	PÁG
		·
	CARATULA.....	i
	CERTIFICACIÓN.....	ii
	AUTORIA.....	iii
	CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
	DEDICATORIA.....	v
	AGRADECIMIENTO.....	vi
1	TITULO.....	1
2	RESUMEN.....	2
2.1.	SUMMARY.....	3
3.	INTRODUCCIÓN.....	4
4.	REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
4.1.	Anorexia.....	9
4.1.1	Definición.....	9
4.1.2	Epidemiología.....	10
4.1.3.	Factores de Riesgo.....	10
4.1.4.	Fisiopatología.....	16
4.1.5.	Cuadro Clínico.....	17
4.1.6.	Complicaciones.....	19
4.1.7.	Medios de Diagnostico.....	22
4.1.8.	Tratamiento.....	25
4.2.	Estudiante.....	28
4.2.1.	Adolescente.....	29

4.3	Unidad Educativa.....	31
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
5.1.	Materiales.....	32
5.2.	Métodos.....	32
5.2.1.	Localización del lugar.....	32
5.2.2.	Aspectos climáticos y biofísicos de la localidad...	32
5.2.3.	Tipo de Investigación.....	33
5.2.4.	Metodología para el primer objetivo.....	34
5.2.5.	Metodología para el segundo objetivo.....	34
5.2.6.	Metodología para el tercer objetivo.....	34
5.3.	Población y Muestra.....	36
5.3.1.	Población.....	36
5.3.2	Muestra.....	36
6.	Resultados.....	37
6.1	Incidencia de anorexia.....	37
6.2	Características de la Población.....	38
6.3	Factores que Influye en la presencia de anorexia...	41
6.4	Plan de Actividades de Prevención.....	48
7.	Discusión.....	51
8.	Conclusiones.....	53
9.	Recomendaciones.....	54
10.	Bibliografía.....	55
11.	Anexos.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

ORDEN	CONTENIDO	PÁG.
Tabla 1	Índice de Masa Corporal	9

INDICE DE FIGURAS

ORDEN	CONTENIDO	PÁG.
Figura 1	Mapa de la Provincia de Pastaza	33
Figura 2	Mapa de la Ciudad de Puyo	33
Figura 3	Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares	33

INDICE DE CUADROS

ORDEN	CONTENIDO	PÁG.
Cuadro 1	Desde los 11 hasta los 15 años	29
Cuadro 2	Desde los 15 hasta los 18 años	30
Cuadro 3	Distribución de los casos de anorexia	37
Cuadro 4	Edad	38
Cuadro 5	Género	39
Cuadro 6	Etnia	40
Cuadro 7	Procedencia	41
Cuadro 8	Temor a Engordar	42
Cuadro 9	Desconocimiento de las causas	42
Cuadro 10	Conoce de algún compañero que tenga anorexia	43
Cuadro 11	Ocupación de los padres	44
Cuadro 12	Ocupación de la madre	46
Cuadro 13	Percepción sobre la calidad de alimentación del adolescente	47

ÍNDICE DE ANEXOS

ORDEN	CONTENIDO	PÁG.
Anexo 1	Solicitud al Ministerio de Educación para el permiso de realización de tesis	57
Anexo 2	Oficio de autorización de ingreso a la Unidad Educativa del Ministerio de Educación a la institución	58
Anexo 3	Cuestionario	59
Anexo 4	Listado de estudiantes presentes en el taller dinámico y plan educativo	61
Anexo 5	Guía de observación	65
Anexo 6	Taller dinámico grupal	69
Anexo 7	Plan educativo	70
Anexo 8	Manual educativo	73
Anexo 9	Tríptico parte anterior	86
Anexo 10	Certificado otorgado por el director de la Unidad Educativa	88
Anexo 11	Evidencia fotográfica de la propuesta cumplida	89