

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**NIVEL DE AUTOESTIMA Y DINÁMICA FAMILIAR ASOCIADOS A LA
PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE TACNA, 2012.**

TESIS

Presentada por:

BACH. DIANA YSABEL YUPANQUI CHURA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Tacna-Perú

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**NIVEL DE AUTOESTIMA Y DINÁMICA FAMILIAR ASOCIADOS A LA
PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE TACNA, 2012.**

TESIS

Presentada por:

BACH. DIANA YSABEL YUPANQUI CHURA


Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por unanimidad, ante el siguiente Jurado



Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Presidente



Mgr. Gladys Concori Cori
Secretaria



Dra. Iris Paredes Gonzales
Vocal



Dra. Rina Álvarez Becerra
Aseñor

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Diosito que me diste la oportunidad de vivir hasta ahora y regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principalmente a mi madre, abuelo y hermana, quienes agradezco de todo corazón por su amor, comprensión y apoyo incondicional. En todo momento los llevo conmigo.

También a ti mi D. que día a día te ganas más mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Al Dios por darnos la vida.

La culminación de esta tesis fue posible gracias a la cooperación de las personas que están en mí alrededor, que de manera directa o indirecta, han prestado su ayuda en este trabajo de investigación.

Agradezco a mis amada familia, que me apoyaron y a mis amigos por compartir y confiar en mí.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
CONTENIDO.....	vi
ÌNDICE DE TABLAS.....	x
ÌNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÒN	
CAPÌTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 2 -
1.1. Descripci3n del Problema.....	- 2 -
1.2. Formulaci3n y sistematizaci3n del problema.....	- 5 -
1.3. Justificaci3n e Importancia.....	- 6 -
1.4. Alcances y Limitaciones.....	- 7 -
1.5. Objetivos.....	- 9 -

1.6.	Hipótesis	- 10 -
1.6.1.	Hipótesis general.....	- 10 -
1.6.2.	Hipótesis específicas.....	- 10 -
CAPÍTULO II		
MARCO TEÓRICO		- 11 -
2.1.	Antecedentes del Estudio	- 11 -
2.2.	Bases Teóricas	- 24 -
2.2.3.	Conductas de riesgo de trastornos alimentarios	- 28 -
2.2.4.	Autoestima	- 34 -
2.2.5.	Dinámica familiar	- 37 -
2.3.	Definición de términos.....	- 38 -
CAPÍTULO III		
MARCO METODOLÓGICO		- 41 -
3.1.	Tipo de investigación	- 41 -
3.2.	Diseño de investigación	- 42 -
3.3	Nivel de investigación	- 43 -
3.4.	Operacionalización de Variables	- 44 -
3.4.1	Variable independiente:.....	- 44 -
3.4.2	Variable dependiente:.....	- 46 -

3.5. Población y Muestra	- 49 -
3.5.1. Población.....	- 49 -
3.5.2. Muestra.....	- 49 -
3.5.2.1 Criterios de Inclusión.....	- 50 -
3.5.2.2 Criterios de Exclusión.....	- 50 -
3.6 Estrategias de Pruebas De Hipótesis.....	- 51 -
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	- 52 -
3.7.1 técnicas.....	- 52 -
Las técnicas de recolección de datos que se utilizarán:.....	- 52 -
3.8 Procesamiento E Interpretación De Datos.....	- 59 -
 CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	- 61 -
4.1 Análisis Descriptivo de la encuesta	- 61 -
4.2 Proceso de Contrastacion de Hipotesis.....	- 107 -
4.2.1 Primera Hipotesis Específica.....	- 107 -
4.2.2 Segunda Hipotesis	- 111 -
4.2.3 Hipòtesis General.....	- 116 -
4.3. Discusión	- 119 -

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

		Pg.
TABLA1	ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN EDAD, 2012	61
TABLA2	ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN SEXO, 2012	64
TABLA3	ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO, 2012	67
TABLA4	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN VARIABLES EN ESTUDIO, 2012	70
TABLA5	ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES QUE HAN PADECIDO CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE TACNA, 2012	77
TABLA 6	DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA TACNA, 2012	80
TABLA7	DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN GRUPO ETARIO DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA EN TACNA, 2012	87

TABLA8	DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN AÑO DE ESTUDIO DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA EN TACNA, 2012	94
TABLA9	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LA DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE TACNA, 2012	101
TABLA10	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE TACNA, 2012	104
TABLA 11	PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA PROBAR LA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL EAT-40.	108
TABLA12	PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA PROBAR LA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y EL EAT-40.	112
TABLA 13	REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA	117

ÍNDICE DE FIGURAS

	PG.
GRÁFICO 1. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA DEL NIVEL SECUNDARIO SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012	62
GRÁFICO 2. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA DEL NIVEL SECUNDARIO SEGÚN SEXO DE TACNA, 2012	65
GRÁFICO 3. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA DEL SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DE NIVEL SECUNDARIO DE TACNA, 2012	68
GRÁFICO 4. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA DE TACNA, 2012	71
GRÁFICO 5. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN DINÁMICA FAMILIAR DE TACNA, 2012	73
GRÁFICO 6. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS	75

ARMANDO LAURA SEGÚN CONDUCTAS DE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE TACNA,
2012

- GRÁFICO 7. ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS 78
ARMANDO LAURA SEGÚN ANTECEDENTES
FAMILIARES QUE HAN PADECIDO
CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS DE TACNA, 2012
- GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL 81
DE AUTOESTIMA SEGÚN SEXO DE TACNA
DEL 2012
- GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR 83
DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN SEXO DE
TACNA DEL 2012
- GRÁFICO10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR 85
CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS SEGÚN SEXO DE TACNA,
2012

GRÀFICO11.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012	88
GRÀFICO12.	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES POR DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012	90
GRÀFICO13.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012	92
GRÀFICO14.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO DE LOS ADOLESCENTES DE TACNA, 2012	95
GRÀFICO15.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO DE TACNA, 2012	97

GRÁFICO16.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO DE TACNA, 2012	99
GRÁFICO17.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE TACNA, 2012	102
GRÁFICO18.	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE TACNA, 2012	105

RESUMEN

Objetivo: Se centró en determinar si se asocia el nivel de autoestima y la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012

Metodología: De carácter cualitativo, con un diseño no experimental. La muestra fue no probabilística la cual estuvo compuesta por 217 adolescentes de 12 a 19 años. Se recabo la investigación en base a cuestionarios.

Resultados: Se analizaron 217 encuestas. Demuestran que no existe relación significativa con un $p > 0,05$ por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

Conclusiones: No hay relación entre el nivel de autoestima y dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios.

Palabras clave: Adolescencia, conductas alimentarias de riesgo, autoestima, dinámica familiar.

ABSTRACT

Objective: To determine if center is associated with the self-esteem and family dynamics with risk behaviors for eating disorders in Tacna, 2012

Methodology: qualitative, with a non-experimental design. The sample was not random which consisted of 217 adolescents aged 12 to 19 years. Research was collected based on questionnaires.

Results: 217 surveys were analyzed. Show no significant relationship with $p > 0.05$ so it is argued that no relationship comes these variables.

Conclusions: There is no relationship between self-esteem and family dynamics with risk behaviors of eating disorders.

Keywords: Adolescents, disordered eating, self esteem, family dynamics.

INTRODUCCIÒN

La prevalencia de conductas de trastornos alimentarios (TCA) constituyen un problema de salud con un alto impacto en el mundo, cuya incidencia ha ido aumentando desde los años '70 hasta la actualidad de manera alarmante (Iglesias, 2003; Vega, 2004).

En la actualidad, el ministerio de salud, aun a la fecha noha tomado con responsabilidad este gran problema social que la juventud va padeciendo. Sin embargo se hace necesario tomar en cuenta las condiciones de vida familiar y la autoestima ya que son factores importantes que repercuten en la formación personal. La mayoría de los adolescentes que tienen este problema con similares características, que según investigaciones realizadas una de las tantas causas proceden de una familia disfuncional y un bajo nivel autoestima.

Es por ello que, esta situación provoca una profunda preocupación en cada una de las etapas de vida, por lo que decidimos, tomar en cuenta como un caso a estudiar. El papel que juegan las variables nivel de autoestima, y dinámica familiar relacionados con la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios se estudiaron en esta investigación a través de los adolescentes, por ser una población vulnerable, para lo cual tome en estudio la Institución Educativa N° 43003 Carlos Armando Laura en el año 2012, del distrito de Tacna, provincia de Tacna-Tacna; ubicado en la zona urbana de la región.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema

Al ser un serio problema de salud pública que ha ido en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad (7). Se ve que hay una franja de edad del grupo que tiene mayor incidencia de estos trastornos, como también no debe desestimarse a las personas adultas ni a niños prepuberales (5).

A este problema social también se suma la influencia de los medios de comunicación y las situaciones sociales que fomentan normas y valores.

Por los datos que se disponen, no hay duda de que en la pubertad/adolescencia la vulnerabilidad es más elevada, por lo que amerita un estudio más preciso profundizando las variables que están asociadas a dichos trastornos a fin de poder establecer medidas preventivas (10).

La clínica y la investigación de estos trastornos, aun siendo amplia, no arrojan datos confirmatorios sobre su etiología, aunque cada vez más estudios confirman la participación de factores genéticos, biológicos, socioculturales, familiares y de índole personal como la baja autoestima asociados a los mismos (10).

De continuar esta situación, podría comprometerse a otros grupos aún no afectados. Además, los recursos son limitados, hemos de tener en cuenta que nos encontramos delante de enfermedades psicológicas y por lo tanto, no disponemos de una "vacuna" física que inmunice a nuestros jóvenes; se corre también el riesgo de no poder resolver los casos posteriores si éstos se incrementan en una proporción difícil de abordar (5).

Es importante una detección precoz, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico (7).

De acuerdo a las investigaciones, se impone un estudio detenido y adoptar medidas preventivas en la población de riesgo, lo más efectivo podría ser un tipo de prevención inespecífica que consiste en reconvertir los factores de riesgo antes mencionados en factores de protección (5). No obstante, si les podemos enseñar a crear sus propios anticuerpos psicológicos (5), esta estrategia podría favorecer el desarrollo de habilidades y de recursos que permitan el crecimiento integral de niños y adolescentes.

Estas estrategias y habilidades como autoestima positiva, asertividad, habilidades comunicativas, los que se pueden aplicar a la vida de los jóvenes. Estos factores de protección los hacen más resistentes hacia un trastorno de conducta alimenticia (5).

Mientras tanto, es menester estudiar los casos con detenimiento lo que permitirá afrontar responsablemente y oportunamente esta situación de riesgo.

1.2. Formulación y sistematización del problema

Lo anteriormente expuesto, nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta.

¿Se asocia el nivel de autoestima y la dinámica familiar con la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012?

1.2.1 PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- a. ¿Cuál es el nivel de autoestima que presentan los adolescentes de Tacna, 2012?
- b. ¿Cómo es la dinámica familiar que presentan los adolescentes de Tacna, 2012?
- c. ¿Cuál es la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012?
- d. ¿Se relaciona el nivel de autoestima con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012?

- e. ¿Se relaciona la dinámica familia con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012?

1.3. Justificación e Importancia

En nuestro país existe un insuficiente conocimiento del diagnóstico y tratamiento por nulidad de la prevalencia de la enfermedad, razón por la cual es necesaria la investigación en este campo.

Es muy importante descubrir tempranamente las conductas de riesgo de trastornos alimentarios (TCA) del adolescente, porque la intervención anticipada mejorara el pronóstico. Y así se podrá tomar medidas de protección para los hábitos señalizadores de la enfermedad.

La prevalencia de estas enfermedades como trastornos de conductas alimentarias cada vez se hace más riesgoso y es de gran importancia en salud pública por lo tanto su conocimiento nos va permitir una prevención temprana y un mejor pronóstico.

El problema es trascendente, en razón que se ha observado un incremento de trastornos alimentarios en adolescentes a un nivel mundial por lo que se desea prevenir y buscar una solución.

Desde el punto de vista, los resultados nos van a permitir abordar el problema. Estableciendo medidas preventivas de protección, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos alimentarios por lo que la investigación es esencialmente útil desde el punto de vista preventivo promocional, ya que se hace más frecuente lo que motivara otros trabajos similares.

1.4. Alcances y Limitaciones

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación tuvimos algunos alcances como:

- Apoyo de los docentes de la institución para poder aplicar los cuestionarios.
- Colaboración con el tiempo necesario que amerita la toma de los cuestionarios.

En el desarrollo de esta investigación encontramos algunas limitaciones como:

- Poca comprensión y atención de los alumnos al momento de leer y responder el cuestionario de trastorno de conducta alimentaria (TCA).
- Poco apoyo del director de la institución educativa.
- Falta de evidencias sobre el uso de instrumentos de evaluación.
- Escasos trabajos de investigación a nivel local, regional y nacional.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar si se asocia el nivel de autoestima y la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012

1.5.2 Objetivos Específicos:

- a) Determinar el nivel de autoestima que presentan los adolescentes de Tacna, 2012.
- b) Identificar la dinámica familiar que presentan los adolescentes de Tacna, 2012.
- c) Identificar la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.
- d) Determinar la relación del nivel de autoestima con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.
- e) Determinar la relación de la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

Un bajo nivel de autoestima y una familia disfuncional se asocian significativamente con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.

1.6.2. Hipótesis específicas

- El bajo nivel de autoestima se asocia significativamente con la conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.
- La disfunción familiar se asocia significativamente con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

A nivel nacional:

Título: Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004.

Autor: Toyohma S. U.

Estudio descriptivo, observacional, transversal y ambispectivo. Se evaluaron 173 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años ingresantes matriculadas el año 2004, seleccionadas mediante muestreo aleatorio y estratificado, aplicándoles el Inventario sobre Trastornos Alimentarios, el Cuestionario sobre Hábitos Alimentarios, Amenorrea y Actividad Física, una Evaluación Antropométrica, y la

Frecuencia Semicuantitativa de Consumo de Alimentos del último mes. RESULTADOS. Un 2.3% de (n=4) de alumnas tuvieron riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria (TCA): una de ellas, con riesgo de anorexia nerviosa, una con bulimia, y dos con trastornos de la conducta alimentaria no especificados. El 75% del total de alumnas presentó un estado nutricional normal, 17% sobrepeso, 6% desnutrición y 2%,obesidad. El 46,2% presentó distorsión de imagen corporal. Todas las alumnas con riesgo y 9% de aquellas sin riesgo tuvieron una preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo. Dos alumnas del grupo de riesgo presentaron altos puntajes en el rubro episodios de atracones, siendo bajos los puntajes en el no riesgo. Todas las alumnas del grupo de riesgo hicieron dieta, frente al 21% del grupo opuesto.

Título: factores psicosociales asociados a los trastornos de Alimentación en adolescentes de lima metropolitana.

Autor: Palpan J., Jiménez C., Garay J. y Jiménez V.

Universidad: Nacional Federico Villarreal.

Se empleó un diseño no experimental, de tipo descriptivo, comparativo y correlacional. La muestra comprendió a 180 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, de ambos sexos, con edades entre los 14 y 18 años. Utilizamos la escala EAT-26 adaptada, escala de ansiedad y depresión de Golberg, el inventario de autoconcepto AF5 y el cuestionario de disfunción familiar. Los resultados indican un 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20.5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente. Además, que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres presenta un trastorno en su conducta alimentaria, en la prueba t de Student ($p = 0.046 < 0.05$) se mostró que existen diferencias significativas en el trastorno de alimentación de hombres y mujeres.

A nivel internacional:

Título: Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición,2008.

Autor: Bojórquez R. M.C., Escalante M.L., Cortés Sobrino M. De La Cruz, Vásquez Arévalo R. y Mancilla Díaz J. M.

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre la restricción alimentaria y otras conductas de riesgo de trastorno alimentario en estudiantes de nutrición de una universidad pública. Se aplicaron tres instrumentos validados en la población mexicana: el test EAT-40, BULIT (BULIMIA TEST), BSQ (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE) a 111 estudiantes, de los cuales fueron 88 mujeres y 23 varones, con promedio de 20 años. Los resultados indican que los varones manifiestan una mayor sintomatología de trastornos

alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo que las mujeres.

Uno de los hallazgos importantes del estudio fue la mayor proporción de varones que superaron los puntos de corte para el EAT-40(13,04 %), el BULIT (8,70 %) y el BSQ (21,74 %).lo que hace pensar que , en particular, los varones que ingresan a la licenciatura de nutrición poseen características que los hacen vulnerables a la sintomatología de TCA, las que podría combinarse con las conductas de riesgo para la salud, como lo reportado por blanco (2000), quien apunta que existe una relación entre la elección de la carrera y las conductas de riesgo TCA.

Título: Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes, 2007.

Autor: Moreno González M. A. y Ortiz Viveros G. R.

Los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades más tempranas. Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la

imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos socio demográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se encontró riesgo de trastorno alimentario (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles

Medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Los casos se incrementan con la edad.

Título: Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona.

Autor: Farrera S.S.

El presente estudio es de dos fases: dimensional y diagnóstica. Los objetivos de la fase dimensional son estudiar

la prevalencia de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), a través de los cuestionarios EAT, BSQ y EDI, en mujeres estudiantes de primer curso de carreras profesionales y analizar la relación entre ésta e indicadores de malestar psicológico.

De las 573 mujeres estudiantes de la muestra inicial, donde tras excluir los 22 casos por edad en este estudio diagnóstico, 12 casos presentaron missing en edad, masa corporal y fueron excluidos quedando una muestra resultante de 527 mujeres. De todo ello, el 14% es decir, 75 mujeres, puntuaron por encima de 29 en EAT y de 104 en el BSQ constituyendo el grupo de personas en riesgo de padecer TCA.

Título: Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo.

Autor: Nuño Gutierrezb.L., Celis de la rosa A., UnikelSantoncini C.

Estudio transversal analítico con 1,134 estudiantes de primer año de bachillerato de una preparatoria pública. Se evaluó autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre, estrés y CAR mediante escalas validadas y estandarizadas. Resultados. Prevalencia de CAR 7.2%; 2.8% para hombres y 10.3% para mujeres. En los hombres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Después del análisis multivariado sólo depresión y estrés retuvieron asociación. En mujeres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Después del análisis multivariado sólo impulsividad, ideación suicida y estrés retuvieron asociación.

Título: Frecuencia y características del perfil de riesgo de anorexia y bulimia en estudiantes universitarias mexicanas y españolas, y su influencia en el aprendizaje.

Autor: Dra. López González M. L.

Las 677 personas que componen la muestra, 400 de México y 277 de España, tenían las características muestrales que se recogen en la tabla 10, en aquéllas variables de persona destinadas a controlar posibles confusores. La muestra de estudiantes mexicanas es aproximadamente 1,5 años más joven, y esta diferencia etaria es significativa. En la universidad de Oviedo, único lugar en el que se estudió la distribución por curso de carrera, hay predominio de estudiantes de primer curso y de Ciencias de la Salud (más del 66%). En México las carreras más representadas fueron Contabilidad (20% de alumnas) y Administración, Turismo y Negocios Internacionales, que aportan cada una en torno al 15% de estudiantes. En cuanto a las calificaciones académicas autoinformadas, hay una diferencia de casi dos puntos en la puntuación media de los estudios previos, a favor de las estudiantes mexicanas.

Título: Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios.

Autor: Morán Álvarez I. C., Cruz Licea V., Iñárritu Pérez. M.C.

El propósito fue conocer la prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se exploraron datos socioeconómicos, peso y talla para calcular el índice de masa corporal, percepción de la imagen corporal, utilizando modelos anatómicos y se aplicó un instrumento que evalúa conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Se detectó prevalencia de conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria de 5.8% (43 de 742); entre las conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, se encontró 9.7% de los estudiantes presentaron eventos de atracones (razón de momios [RM] para la prevalencia = 4.7; IC95% 2.2-9.9; $p < 0.05$), 5.6% vómitos (RM para la prevalencia = 11.6; IC95% 5.2-25.8; $p < 0.05$), y, 5.6% uso de laxantes (RM para la prevalencia = 7.4; IC95% 3.2-17.0; $p < 0.05$). El estudio mostró que la población universitaria presenta conductas de riesgo, por lo que se requieren de un programa para minimizar los riesgos.

Título: Trastornos de conducta alimentaria (TCA) en población universitaria: hallazgos del Programa Universidad Saludable.

Autor: Rodríguez Tadeo A.; Urquidez Romero R.; Wall Medrano A.; Mendoza Márquez J.

Se realizó un estudio transversal en un grupo de 9 278 estudiantes entre 17 y 39 años de edad de reciente ingreso a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez quienes respondieron un cuestionario auto-aplicado de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria EAT-26. Se realizaron mediciones antropométricas como peso y talla para establecer el IMC y establecer su condición nutricional actual. La prevalencia de riesgo de TCA de la población se observó entre géneros, grupos de edad y condiciones nutricionales. Resultados: la prevalencia de riesgo de TCA fue mayor en la población femenina que en los varones en todos los grupos de edad, destacándose que es ligeramente superior en el grupo de menores de 20 años. La prevalencia de riesgo fue disminuyendo con la edad a excepción de las mujeres del grupo de 30 a 39 años. Adicionalmente se exploró la distribución de riesgo de TCA en los universitarios de acuerdo al grupo de edad, género y estado nutricional actual. En las

mujeres menores de 20 años se observó que las cifras son mayores en aquellas que presentan tanto desnutrición (12.6%) como obesidad (11.4); en las mujeres del grupo de 20 a 29 años de edad mostró un comportamiento indirectamente proporcional al peso, ya que las cifras fueron superiores en las obesas e inferiores en las que presentaron bajo peso. A diferencia del grupo de mujeres entre 30 y 39 años donde no se presentaron casos de riesgo de TCA en aquellas con bajo peso, sino en aquellas con peso normal y sobrepeso principalmente (8 y 12.5% respectivamente). Conclusiones: la prevalencia estimada del riesgo a desarrollar TCA indica que estas enfermedades son un problema importante en la comunidad universitaria, principalmente en las mujeres y que el riesgo esta presente en todas las condiciones nutricionales.

Título: prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en cali, Colombia 2005

Autor: Rodríguez, J.M.; Francisco J. M.

Se realizó un estudio observacional tipo transversal con una muestra de adolescentes procedentes de una institución educativa en Cali, Colombia. Se diseñó y validó un cuestionario estructurado para la recolección de la información; se realizó análisis univariado y bivariado empleando intervalos de confianza (IC) al 95% y un nivel de significancia $p < 0.05$; se diferenciaron conductas a nivel individual, familiar y social. Resultados: la edad promedio de las estudiantes fue 13 años, el 7,1% (IC: 95% 3,5% – 10,7%) refirieron vomitar como medida para reducir peso. En las conductas identificadas en sus familiares, el 86,9% (IC: 95% 82,2% – 86,9%) reportó uso de laxantes para adelgazar, mientras en amigos y pares el 15,7% (IC: 95% 10,6% – 20,8%) y el 12,6% (IC: 95% 8,0% – 17,2%) percibieron inducción al vómito y empleo de pastillas para adelgazar, respectivamente. La prevalencia de riesgo para los TCA fue 3,5%, siendo estadísticamente significativa en las mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno ($p < 0,05$).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Sociedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Hay que considerar que aun cuando los estereotipos de belleza en la mujer han sufrido muchos cambios en la sociedad occidental, es el ideal de la delgadez actual, unido a la capacidad que tienen los medios de comunicación hoy en día, los factores que hacen que el mensaje se difunda en un mundo globalizado. Este mensaje intenso repetitivo que bombardea a los adolescentes, desde una inmensa caja de resonancia, el que pone en cuestión su imagen corporal, pudiendo generar insatisfacción, y promover la aparición de conductas alimentarias alteradas. En la sociedad entre las mujeres y la muscularidad en los hombres son ideales interiorizados de la imagen corporal, reforzados por los medios de comunicación y la publicidad. Los factores de riesgo y la expresión de los trastornos de la conducta alimentaria difieren entre ambos sexos, en un estudio comparativo las mujeres apuntan altos niveles de preocupación por el cuerpo y la comida, mientras que en los hombres el peso elevado y la frecuencia del ejercicio físico

se asociaron con el incremento de la preocupación de la imagen corporal y síntomas de TCA. La frecuencia del ejercicio se asoció con un aumento de la autoestima en hombres (28).

Con relación a esto, se postula que dondequiera que exista disponibilidad de alimento, unido a ciertas influencias socioculturales, surgirán sujetos vulnerables, tanto mujeres como hombres, cuya persecución de lo superior e insuperable se confirma en y se traslada a una patología tan autodestructiva como es un Trastorno del Hábito del Comer .

Dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que afectan principalmente a lo(a)s jóvenes, los dos más importantes son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

2.2.2. La Adolescencia como Grupo de Riesgo

La adolescencia ha sido definida como un período de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005, p. 431), que no tiene una duración determinada, pues varía según las distintas culturas y personalidades. Dentro de lo que se conoce como adolescencia según el ministerio de salud existe una etapa temprana, conocida como Pre adolescencia, que abarca desde los 10 hasta los 14 años y que marca la transición real entre la niñez y la adolescencia misma. Esta etapa generalmente está marcada por el desarrollo de la Pubertad, entendida como el proceso mediante el cual se alcanza la madurez sexual y capacidad para reproducirse. Desde los 15 a los 19 años aproximadamente, se consolida la etapa de la adolescencia, tanto desde el punto de vista del desarrollo sexual como cognitivo.

Según Erikson, la tarea principal de la adolescencia es lograr la identidad personal, entendiendo ésta como un proceso de constante construcción (Márquez, 2004). “Según este proceso, el individuo se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros los juzgan a él comparándolo con ellos” (Erikson, 1968, p. 19, en Márquez, 2004, p. 97). La adolescencia vendría a ser el período en que los sujetos alcanzarían su identidad individual coherente, siempre y cuando logren resolver adecuadamente la crisis “Identidad versus confusión de identidad” que plantea el autor.(Márquez, 2004).

Es precisamente durante la adolescencia que se produce el desarrollo puberal, en donde se comienza a manifestar una asimétrica distribución de las grasas corporales y consecuentemente una diferencia en la estructura corporal para hombres y mujeres. En este contexto, el cuerpo y su valoración tienen un gran peso en la formación de la identidad personal, ya que se sobrevalora el cuerpo y se establecen cánones estrictos de belleza que son reforzados por la sociedad y los medios de comunicación (Lameiras, Rodríguez y Carrera, 2005). Los

jóvenes que se encuentran fuera de estos cánones comienzan a vivir una situación de discriminación generalizada. “Con la edad, el rechazo por parte de sus pares y la incapacidad de rendir físicamente repercute en la autoestima, la que suele ser normal en los niños pequeños pero está disminuida en los niños mayores y en los adolescentes” (Burrows, 2000, en Albala et al., 2000, p. 151).

2.2.3. Conductas de riesgo de trastornos alimentarios

La Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS, en su décima versión (CIE-10) incluye los TCA entre los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) los define como: patologías en donde los patrones de consumo de alimentos se ven seriamente distorsionados.

Tanto el DSM IV como el CIE-10 identifican dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; aunque también incluyen otros trastornos bulímicos y anoréxicos menos específicos y

a la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Este trabajo se centra exclusivamente en las dos primeras categorías diagnósticas (19):

2.2.3.1. Anorexia nerviosa

Se caracteriza por una pérdida significativa de peso corporal, un deseo de pesar cada vez menos y un gran miedo a la posibilidad de engordar. Para el diagnóstico de anorexia nerviosa deben estar presentes todas las alteraciones siguientes, según el CIE-10:

- Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal menor de 17,5).
- Evitación obsesiva de alimentos “que engordan”.
- Vómitos auto provocados.
- Purgas intestinales auto provocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos anorexígenos y diuréticos.

- Distorsión de la imagen corporal (pavor persistente y sobrevalorado de la gordura o la flacidez de las formas del cuerpo).
- Amenorrea (o sangrado vaginal por terapia hormonal de sustitución).
- Menarquía tardía.

2.2.3.1.1 Especificación del tipo(28):

- Tipo restrictivo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa el individuo no recurre regularmente a comilonas o a purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgatorio: durante el episodio de Anorexia Nerviosa el individuo recurre regularmente a comilonas o a purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2.2.3.2. Bulimia nerviosa

Es un trastorno que se caracteriza por “episodios recidivantes de ingesta incontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensadoras para evitar los efectos de la gran cantidad de alimento que se ha consumido, con lo que el efecto neto consiste en que el paciente suele mantener su peso normal” (Parmelee, 1998, pp. 150-151).

2.2.3.2.1 Diagnóstico

Para su diagnóstico deben estar presentes todas las alteraciones siguientes, de acuerdo con los criterios del CIE-10 (21):

- ❖ Preocupación continúa por la comida y deseos irresistibles de comer.
- ❖ Episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo. Se intenta contrarrestar el aumento de peso por uno o más de los siguientes métodos:

- Vómitos auto provocados.
- Abuso de laxantes.
- Períodos de ayuno.
- Consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos).
- Temor morboso a engordar.

2.2.3.2.2 Especificación del tipo (28):

- Tipo purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2.3.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.- Trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia (1).

a) Conducta Alimentaria: Es la relación de intercambio con la que el sujeto consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas (22).

Son formas de conducta alimentaria (18):

- Las aversiones a los alimentos: se dirigen a aquellos que son densos en energía con un alto contenido de grasa, como por ejemplo: las carnes rojas, los productos horneados, postres, grasas añadidas y frituras.
- Los alimentos “seguros” Los pacientes con TCA a menudo consideran alimentos específicos o grupos de alimentos como absolutamente “buenos”, o absolutamente “malos” para ellos.

- Los alimentos que desencadenan excesos.
- Las ideas sobre cantidades apropiadas de alimentos.
- Las conductas ritualistas: ingestión de un alimento de una manera atípica.
- Combinaciones raras de alimentos o el empleo excesivo de condimento, vinagre o jugo de limón.
- Uso atípico de utensilios.

2.2.4. Autoestima

La autoestima es querer a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso (a), digno (a), que vales la pena y que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo (14).

2.2.4.1 Tipos de autoestima

a) Alta Autoestima

Se caracteriza a los individuos con alta autoestima como activos, con éxitos sociales y académicos, más seguros de sí mismos, comunicativos, creativos, originales, independientes, dirigen y participan en las discusiones antes de escuchar pasivamente, irradian confianza y optimismo y esperan obtener el éxito al esforzarse, confían en sus propias percepciones, hacen amistades con facilidad.

b) Mediana Autoestima

Los individuos con mediana autoestima poseen tendencia a ser optimistas, expresivos y capaces de aceptar la crítica, a ser más seguros a las autoestimaciones de valía personal y tienden a depender esencialmente de la aceptación social. Por lo general, son personas que en los encuentros sociales toman una posición activa

buscando aprobación y experiencias que enriquezcan su autoevaluación.

c) Baja Autoestima

Los individuos con baja autoestima tienden a ser dependientes, valoran más las ideas de los otros. Se caracterizan por el desánimo y la depresión, se sienten aislados, sin atractivos, incapaces de expresarse y demasiado débiles para hacer frente o vencer sus deficiencias, así como para asumir sus circunstancias. En los grupos sociales tienden más a escuchar que a participar, son muy sensibles a la crítica, pues se juzgan de manera negativa y sienten miedo a provocar el enfado de los demás. La preocupación por sus problemas internos los aparta de las oportunidades de establecer relaciones amistosas.

2.2.5. Dinámica familiar

Consideran que el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad (20).

De acuerdo, a estas consideraciones expuestas es importante explicar la Funcionalidad Familiar pues cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud- Enfermedad de los miembros y sus relaciones. Diremos entonces que la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares (20).

Dinámica familiar: Es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.). La familia como microsistema en que se interrelacionan sus integrantes; funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas de quienes la integran (17).

2.3. Definición de términos

2.3.1 Autoestima

La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso (a), digno (a), que vales la pena y que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo (14)

2.3.2 Dinámica familiar

Consideran que el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad (20).

De acuerdo, a estas consideraciones expuestas es importante explicar la Funcionalidad Familiar pues cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud- Enfermedad de los miembros y sus relaciones. Diremos entonces que la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas

funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares (20).

Es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.). La familia como microsistema en que se interrelacionan sus integrantes; funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas de quienes la integran (17).

- Adaptación

Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis (25).

- Participación

Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia (25).

- Crecimiento

Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua (25).

- Afecto

Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia (25).

- Recursos

Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia (25).

- Conductas de riesgo de trastornos alimentarios

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) los define como: patologías en donde los patrones de consumo de alimentos se ven seriamente distorsionados.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Según canales, en su clasificación, el presente trabajo de investigación es transversal y según análisis y alcance de los resultados es analítico o explicativo. mi investigación es académica o aplicada y por la temporalidad de mi objeto de estudio, es transversal, y según por la profundidad y tipo de conocimientos que se busca obtener, esta investigación es analítica o explicativa (23).

Añade que, los estudios descriptivos sirven para analizar como es y cómo se manifiestan un fenómeno y sus componentes; en tanto que

los estudios analíticos pretenden observar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o no se relacionan (24).

3.2. Diseño de investigación

Según canales la investigación es no experimental, porque se obtienen datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlos (23).

En “metodología de la investigación”. La investigación No experimental es aquella que se realiza sin manipulación de las variables; se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, contextos que ya ocurrieron, o se dieron sin la intervención directa del investigador.

3.3 Nivel de investigación

De acuerdo a la naturaleza y por sus características del presente estudio,

La investigación es explicativa, ya que se encarga de buscar si hay relación o correlación entre las variables en estudio.

3.4. Operacionalización de Variables

3.4.1 Variable independiente:

❖ Variable 1: Nivel De Autoestima

- Definición conceptual

La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso (a), digno (a), que vales la pena y que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo (14)

- Definición operacional

Es una variable de tipo cuantitativo, representada por las calificaciones obtenidas en el Test de Rosenberg M. la cual valora que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

❖ Variable 2: Dinámica Familiar

- Definición conceptual

Es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.). La familia como microsistema en que se interrelacionan sus integrantes; funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas de quienes la integran (17).

- Definición operacional

Es una variable de tipo cuantitativo, representada por las calificaciones obtenidas en el Test de APGAR familiar de Gabriel Smilkstein. la cual valoracinco componentes de la función familiar; adaptabilidad, participación, crecimiento, afectividad y capacidad resolutiva.

3.4.2 Variable dependiente:

❖ Conductas de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes

- Definición conceptual

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) los define como: patologías en donde los patrones de consumo de alimentos se ven seriamente distorsionados.

- Definición operacional

Es una variable de tipo cuantitativo, representada por las calificaciones obtenidas en el eating attitudes test (EAT-40) de D. M. Garner, P. E. Garfinkel. la cual valora 7 factores diferentes:

- Preocupación por la comida.
- Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
- Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos.
- Restricción alimentaria (dieta).

- Comer lentamente.
- Comer clandestinamente.
- Presión social percibida para aumentar peso.

Variable	Indicadores	Unidad / categoría	Escala
Variable independiente : Nivel de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción • pensamiento • sensación • capacidad 	elevada media baja	Ordinal
Variable independiente: Dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad • Participación • Crecimiento • Afecto • Resolución 	Disfunción grave Disfunción moderada Familia funcional	Ordinal
Variable dependiente: Conductas de Trastornos alimentaria (tca)	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Preocupación por la comida. ☒ Imagen corporal con tendencia a la delgadez. ☒ Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos. ☒ Restricción alimentaria (dieta). ☒ Comer lentamente. ☒ Comer clandestinamente. ☒ Presión social percibida para aumentar peso. 	No riesgo Riesgo	Nominal
Variables aleatorias	Edad	Fecha nacimiento	Razón
	Sexo	Femenino masculino	Nominal
	Grado de instrucción	Año de escolaridad	Nominal

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

Nuestro estudio de investigación estuvo conformada por alumnos adolescentes de ambos sexos de la Educación Secundaria de la Institución Educativa N° 43003 Carlos Armando Laura, del distrito de Tacna, provincia de Tacna-Tacna; ubicado en la zona urbana de la región.

3.5.2. Muestra

La muestra en la presente investigación fue de 217 alumnos adolescentes de ambos sexos del tercer, cuarto, quinto grado de Educación Secundaria de la Institución Educativa N° 43003 Carlos Armando Laura en el año 2012. Dicha muestra ha sido elegida mediante una “selección directa no probabilística” debido a que, tanto los elementos de la población como de la muestra en estudio tienen similares características.

3.5.2.1 Criterios de Inclusión

- Adolescentes que pertenecen a la I.E. Carlos Armando Laura
- Estudiantes mujeres y hombres
- Edad entre 14 y 19 años
- Grado de estudios de 3ro ,4to y 5to del nivel secundario

3.5.2.2 Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no pertenezcan a la I.E. Carlos Armando Laura
- Adolescentes con tratamiento médico
- A estudiantes de edades menores de 14 años y mayores a 19 años
- Mujeres adolescentes en estado de gestación o lactancia
- Adolescentes que no quieran colaborar con la investigación

3.6 Estrategias de Pruebas De Hipótesis

Se utilizó el diseño “analítico, no experimental de tipo transversal” por consiguiente el análisis estadístico fue en la población adolescente. La información procedente de los cuestionarios autoaplicables y datos generales, que fueron recogidas y verificadas, creándose una base de datos informatizados, todo ello introducido en el programa estadístico SPSS (StatisticalPackagefor Social Sciencies), utilizamos el intervalo de confianza del 95 %; el análisis de datos consistió en una descripción de los siguientes datos:

- Calculo de las frecuencias obtenidas de todos los datos obtenidos por el cuestionario autoaplicado.
- Calculo de las frecuencias según las variables aleatorias.
- Calculo de la proporción de la población “con riesgo” para padecer trastornos de la conducta alimentaria según el punto de corte del eat-40.
- Calculo estadístico con tabla de contingencia para observar el Chicuadrado (χ^2) y las posibles correlaciones entre las variables en estudio.

3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.7.1 técnicas

Las técnicas de recolección de datos que se utilizarán:

- a) Se solicitará autorización al director de la institución educativa seleccionada para el estudio.
- b) Se solicitará al docente del aula el permiso para ingresar a los salones de clase
- c) Se informará a los docentes y a los alumnos de los objetivos, el carácter anónimo y la libertad de participación.

3.7.2 Instrumentos

Sabiendo que todo instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos muy indispensables; de confiabilidad y validez. Para el presente trabajo de investigación aplicamos los siguientes instrumentos:

- A. Para la variable independiente: nivel de autoestima
- B. Para la variable independiente: dinámica familiar
- C. Para la variable dependiente: trastorno de conducta alimentaria

A. Para la variable: Autoestima

Ficha técnica (27)

Nombre del instrumento	:	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
Autor	:	Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image Revised edition). Middletown, C. T.
Año de Edición	:	WesleyanUniversityPress 1989
Administración	:	Auto aplicable
Significación	:	Síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa.

- Dimensión que evalúa : La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 Preguntas , puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.
- Ponderación : Autoestima elevada (30-40), autoestima media (26-29) y autoestima baja (menos de 25)

B. Para la variable: dinámica familiar

Ficha técnica

Nombre del instrumento	:	APGAR familiar
Autores	:	Gabriel Smilkstein
fiabilidad	:	95%
Administración	:	Autoaplicable
Significación	:	Para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) dela familia.

Dimensión que evalúa:

Son cinco componentes de la función familiar; adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva.

Un cuestionario de APGAR familiar con 5 *item* para medir la variable dependiente dinámica familiar. El APGAR se clasifica de la siguiente manera:

0	=	Nunca
1	=	Casi nunca
2	=	Algunas veces
3	=	Casi siempre
4	=	Siempre

Ponderación : Disfunción grave (00-03), disfunción moderada (04-06) y familia funcional (7-10).

C. Cuestionario de trastornos de conducta alimentaria

Ficha técnica (26) (29).

Nombre del Instrumento: Eating Attitudes Test,(EAT)

Autores :D. M. Garner, P. E. Garfinkel

Año de Edición:The Eating Attitudes Test. Psychol Med 1979; 9:
273-279.

Administración: Autoaplicable

Significación: Síntomas y conductas comunes en anorexia
nerviosa.

Validación : validada en España por Toro
C.Salamero y Guimera, en (1991).

Público objetivo : medida estándar más utilizada para medir los
síntomas y problemas característicos de los trastornos alimentarios
en muestras no clínicas

Dimensión que evalúa :

Consta de 40 *ítems* que se agrupan en 7 factores diferentes:

- ❑ Preocupación por la comida.
- ❑ Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
- ❑ Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos.
- ❑ Restricción alimentaria (dieta).
- ❑ Comer lentamente.
- ❑ Comer clandestinamente.
- ❑ Presión social percibida para aumentar peso.

Cada *ítem* presenta 6 posibles respuestas que van de siempre a nunca y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a3). Por ello, la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos. La puntuación total del eat-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 *ítem* que componen el test:

- En los *ítems* 1, 18, 19, 23,27 y 39 (nunca,3 puntos; casi nunca,2 puntos; algunas veces,1 punto; resto,0 puntos).
- En el resto de *ítems* (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastante veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

Los autores proponen como punto de corte en el eat-40: una puntuación de 30.

Ponderación : Sin riesgo (00-29), Riesgo (30-120)

3.8 Procesamiento E Interpretación De Datos

Una vez obtenido los datos de nuestra investigación, procedimos a realizar el análisis correspondiente, mediante la aplicación de los fundamentos de la estadística descriptiva; en la que utilizamos la Chi cuadrado(x^2) con el objeto de establecer si existe o no la relación o correlación entre las variables en estudio.

Hernández, R. (2003) en metodología de la investigación, tercera edición; define que el análisis de la información es una prueba estadística que evalúa las hipótesis correlacionadas acerca de la relación entre variables categóricas. Se calcula por medio de la tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones, donde cada dimensión contiene una variable; a su vez se subdivide en dos o más categorías. Se expresa mediante la siguiente fórmula (24):

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

“ Σ ” : significa sumatoria

“O” : Es la diferencia observada en cada celda.

“E” : Es la frecuencia esperada en cada celda.

La interpretación de esta prueba, proviene de la distribución muestral denominada x^2 , donde los grados de libertad, el cual se halla mediante la siguiente fórmula:

$$GL = (r-1) (c-1)$$

Dónde:

“r” : Es el número de renglones del cuadro de contingencia.

“c” : Es el número de columnas del cuadro de contingencias.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis Descriptivo de la encuesta

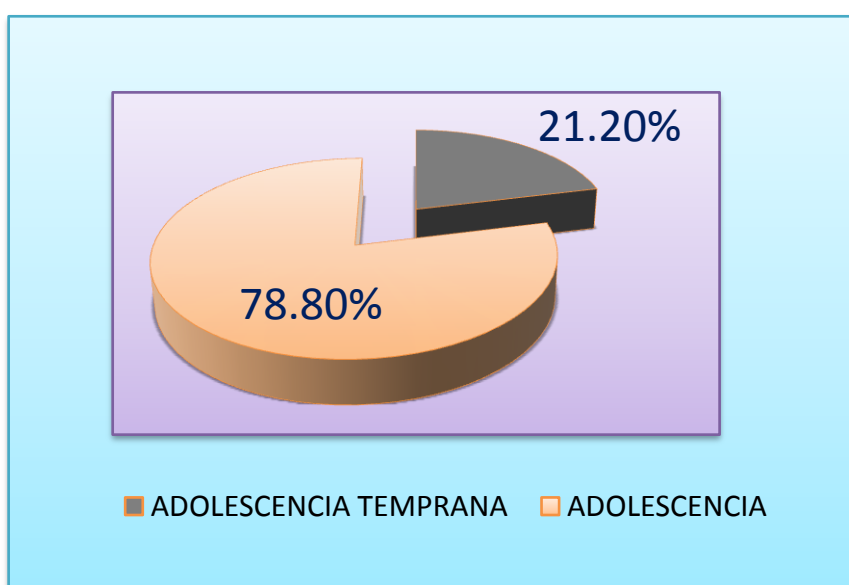
TABLA1

**ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
SEGÚN EDAD, 2012**

	Nº	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	46	21,20
ADOLESCENCIA	171	78,80
Total	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO 1.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
DEL NIVEL SECUNDARIO SEGÚN GRUPO ETARIO DE
TACNA, 2012



Fuente: tabla1

INTERPRETACIÓN:

En la tabla1 y el grafico 1, se observa que más de las tres cuartas partes de los encuestados pertenecen a la adolescencia temprana (78,80%), mientras que la diferencia está incluida en la adolescencia propiamente dicha (21,20%).

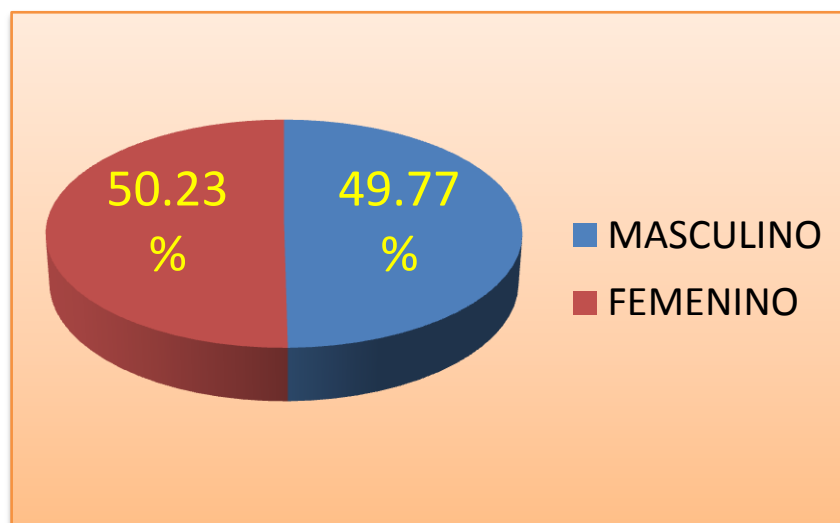
TABLA2

**ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
SEGÚN SEXO, 2012**

	Nº	%
MASCULINO	108	49,77
FEMENINO	109	50,23
TOTAL	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO 2.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO
LAURA DEL NIVEL SECUNDARIO SEGÚN SEXO
DE TACNA, 2012



Fuente: tabla2

INTERPRETACIÒN:

En la tabla2 y el grafico2, se observa que un poco más de la mitad de los encuestados son del sexo femenino (50,23%), mientras que la diferencia son del sexo masculino (49,77 %).

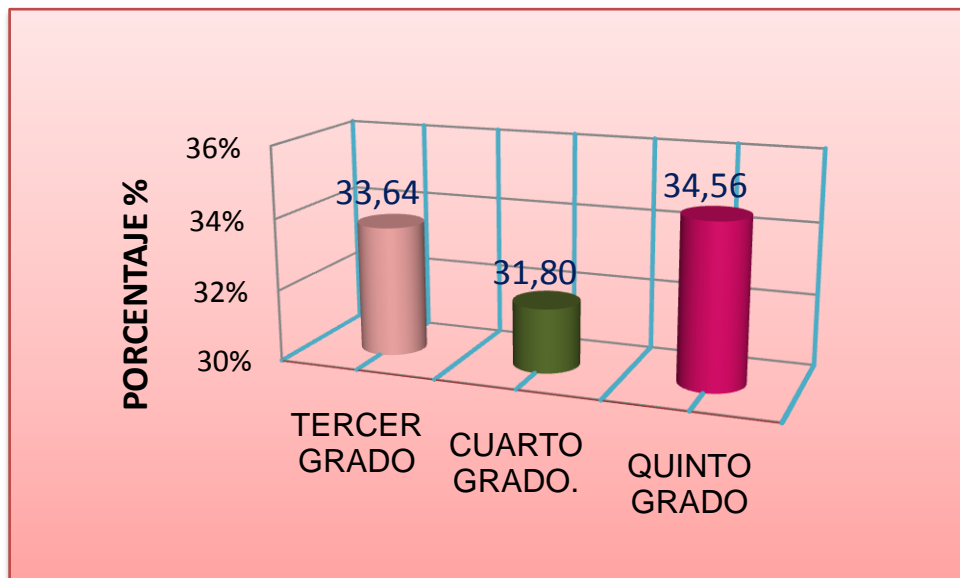
TABLA3

**ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL
SECUNDARIO, 2012**

	Nº	%
TERCER GRADO	73	33,64
CUARTO GRADO.	69	31,80
QUINTO GRADO	75	34,56
TOTAL	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO 3.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA DEL
SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DE NIVEL SECUNDARIO
DE TACNA, 2012



Fuente: tabla3

INTERPRETACIÓN:

En la tabla3 y el grafico3, se observa que un poco más de un tercio de los encuestados son de quinto grado (34,56 %), mientras que el otro tercio pertenece a tercer grado (33,64 %), y la diferencia a cuarto grado (31,80 %).

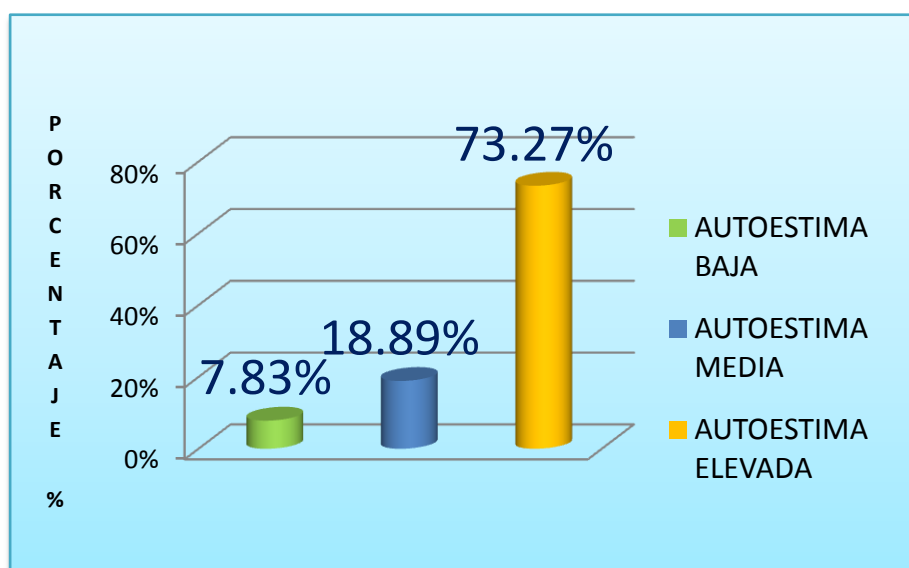
TABLA4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS
ARMANDO LAURA SEGÚN VARIABLES EN ESTUDIO, 2012**

		Nº	%
DINAMICA FAMILIAR	AUTOESTIMA BAJA	17	7,83
	AUTOESTIMA MEDIA	41	18,89
	AUTOESTIMA ELEVADA	159	73,27
	Total	217	100,00
NIVEL DE AUTOESTIMA	DISFUNCION GRAVE	14	6,45
	DISFUNCION MODERADA	97	44,7
	FAMILIA FUNCIONAL	106	48,85
	Total	217	100,00
EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)	SIN RIESGO	138	63,59
	RIESGO	79	36,41
	Total	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO4.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO SEGÙN NIVEL DE
AUTOESTIMA DE TACNA, 2012

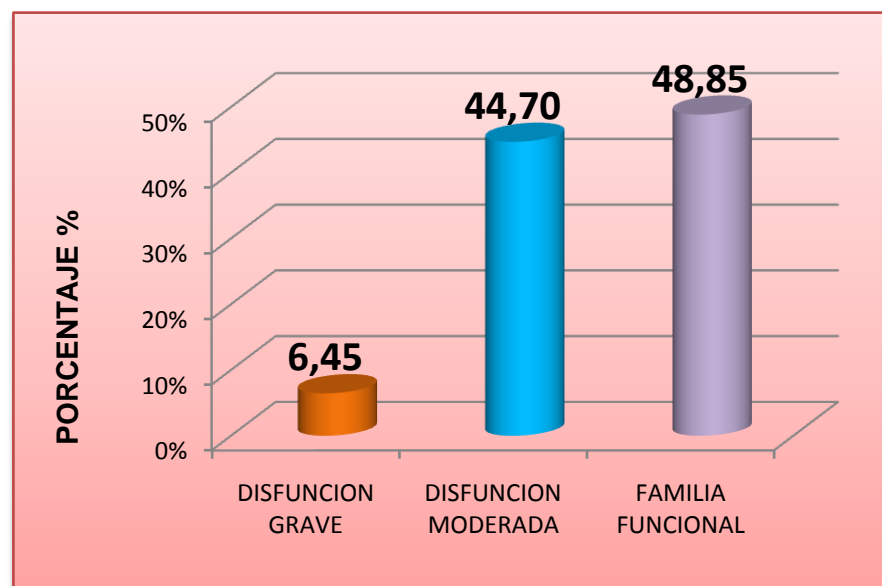


Fuente: tabla4

INTERPRETACIÒN

En la tabla4 y el grafico4, según se observa que en poco menos de tres cuartas partes de los encuestados tienen autoestima elevada (73,27%), menos de un cuarto tienen autoestima media (18,89 %), la diferencia tiene autoestima baja (7,83%).

GRÁFICO 5.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
SEGÚN DINÁMICA FAMILIAR DE TACNA, 2012

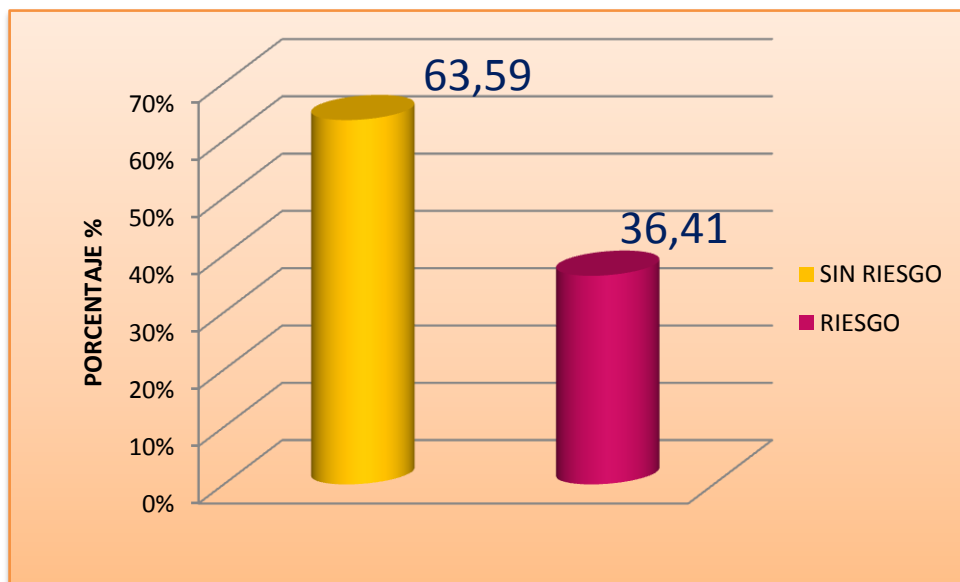


Fuente: Tabla 4

INTERPRETACIÓN:

En la tabla4 y grafico5, se observa que un poco menos de la mitad de los encuestados tienen familia funcional (48,85 %), un poco más de un cuarto tienen disfunción moderada (44,70%), la diferencia tiene disfunción grave (6,45%).

GRÁFICO 6.
ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA
SEGÚN CONDUCTAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE
TACNA, 2012



Fuente: tabla4

INTERPRETACIÒN:

En la tabla4 y grafico6, se observa que más de la mitad de los encuestados están sin riesgo de tener alguna conducta de riesgo de trastornos alimentarios (63,59%), y la diferencia está en riesgo (36,41%).

TABLA5

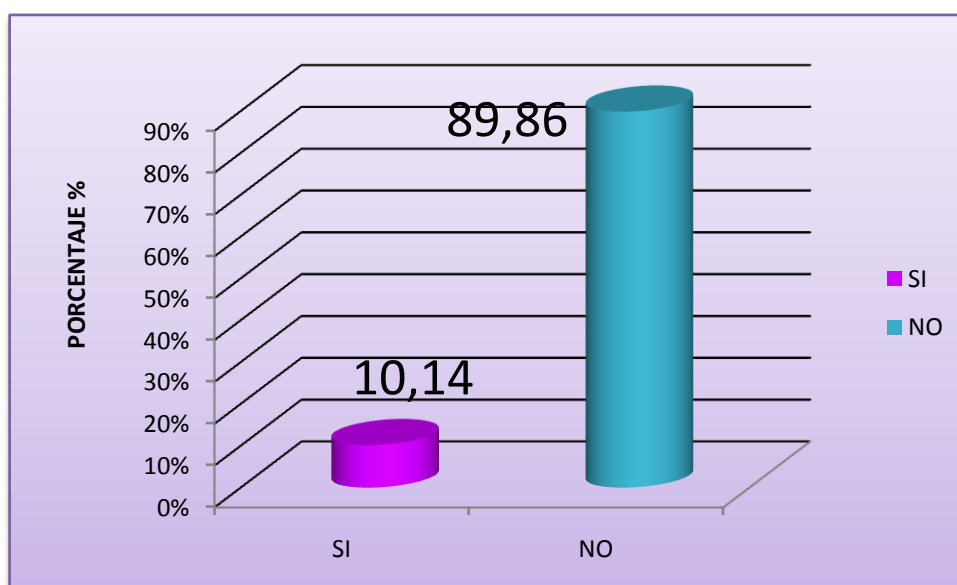
**ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN
ANTECEDENTES FAMILIARES QUE HAN PADECIDO CONDUCTAS
DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE TACNA, 2012**

	Nº	%
SI	22	10,14
NO	195	89,86
Total	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO 7.

ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES QUE HAN PADECIDO CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE TACNA, 2012



Fuente: tabla5

INTERPRETACIÓN:

En la tabla5 y grafico7, se observa que un poco más de 9/10 partes no tienen antecedentes familiares que han padecido conductas de riesgo de trastornos alimentarios (89,86 %), mientras la diferencia si tienen antecedentes familiares de conductas de riesgo de trastornos alimentarios (10,14%).

TABLA 6

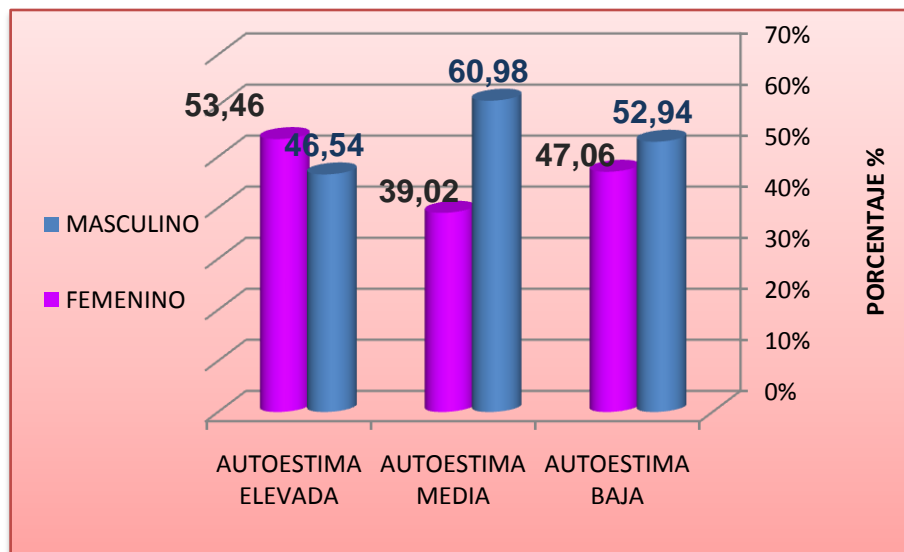
**DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN SEXO EN LOS
 ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA TACNA,
 2012**

		SEXO				Total	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTOESTIMA	AUTOESTIMA BAJA	9	52,94	8	47,06	17	100,00
	AUTOESTIMA MEDIA	25	60,98	16	39,02	41	100,00
	AUTOESTIMA ELEVADA	74	46,54	85	53,46	159	100,00
DINAMICA FAMILIAR	DISFUNCION GRAVE	8	57,14	6	42,86	14	100,00
	DISFUNCION MODERADA	50	51,55	47	48,45	97	100,00
	FAMILIA FUNCIONAL	50	47,17	56	52,83	106	100,00
EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)	SIN RIESGO	71	51,45	67	48,55	138	100,00
	RIESGO	37	46,84	42	53,16	79	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO 8.

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA
SEGÚN SEXO DE TACNA DEL 2012**

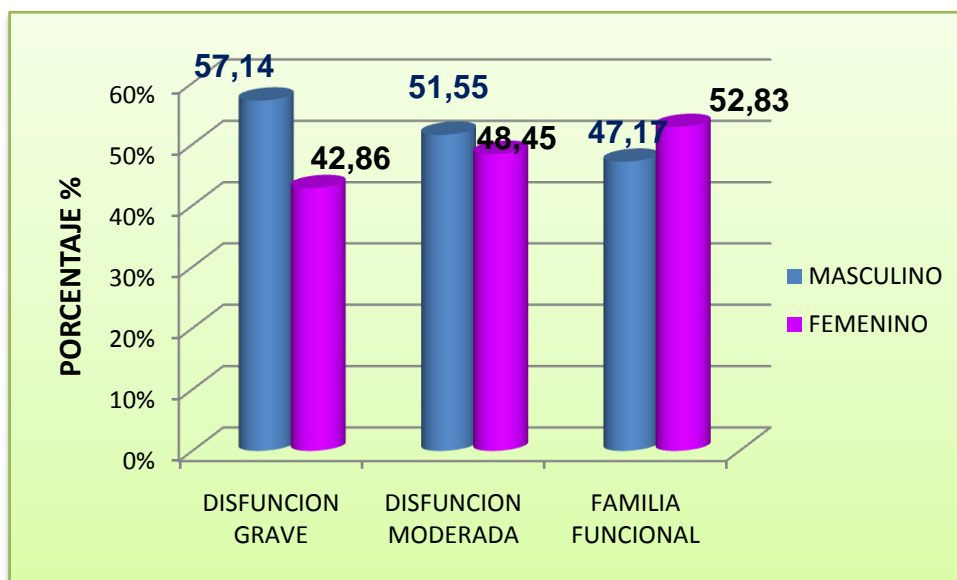


FUENTE: TABLA6.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla6 y grafico8, se observa que el grupo de las mujeres presentan un menor porcentaje en la presencia de autoestima baja (47,06 %) que en los hombres (52,94 %). Evidenciándose de manera inversa en autoestima elevada en mujeres (53,46 %), y hombres (46,54%). La tendencia se mantiene de modo similar en la otra categoría tanto para hombres como mujeres.

GRAFICO 9.
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR DINÁMICA FAMILIAR
SEGÚN SEXO DE TACNA DEL 2012

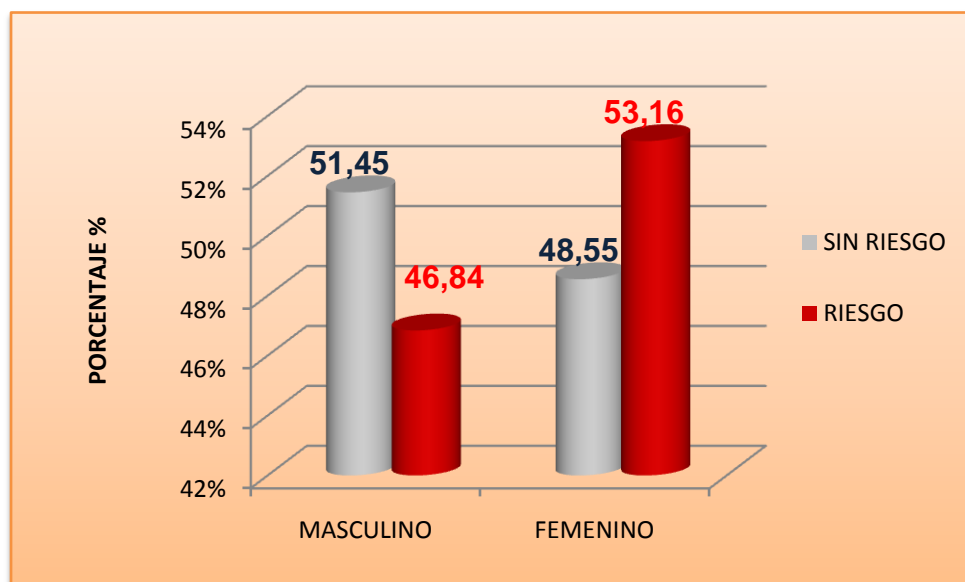


Fuente: tabla6

INTERPRETACIÓN:

En la tabla6 y grafico9, se observa que las mujeres del total de los encuestados con respecto al nivel de autoestima, un poco más de las 2/4 partes tienen familia funcional (52,83%), un poco menos de 2/4 partes tienen disfunción moderada (48,45%), y la diferencia tienen disfunción grave (42,86%). Los hombres del total de encuestados un poco menos de 2/4 partes tienen familia funcional (47,17%), seguido de disfunción moderada (51,55%), y una disfunción grave (57,14%).

GRAFICO 10.
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CONDUCTAS DE RIESGO
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN SEXO DE TACNA,
2012



Fuente: tabla6

INTERPRETACIÒN:

En la tabla6 y grafico10, se observa que el grupo de las mujeres presentan un mayor porcentaje en la presencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios (53,10%) que en los hombres (46,84%). Evidenciándose de manera inversa en mujeres sin riesgo (48,55%), y hombres sin riesgo (51,45%).

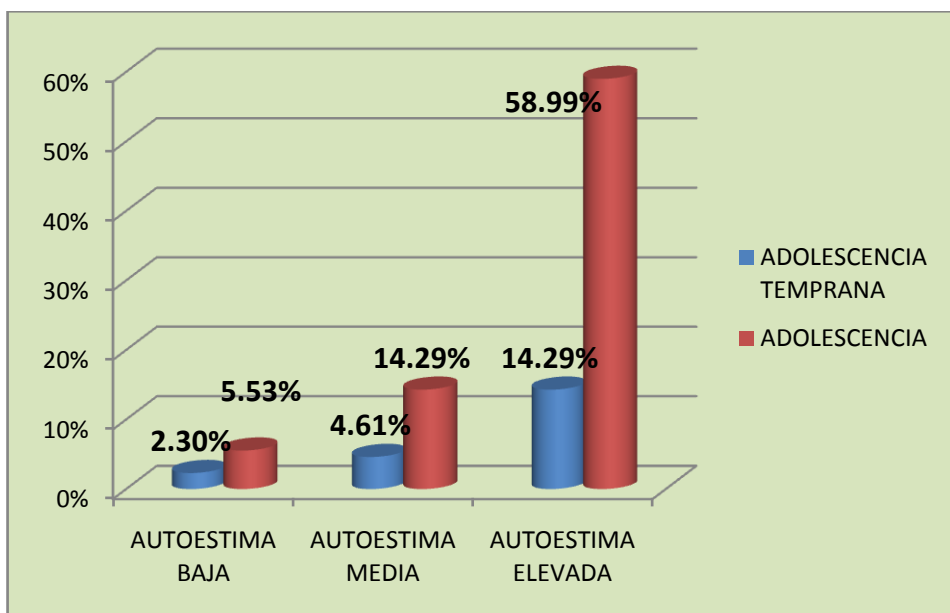
TABLA7

DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN GRUPO ETARIO DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURA EN TACNA, 2012

		EDAD				Total	
		ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
NIVEL AUTOESTIMA	AUTOESTIMA BAJA	5	2,30	12	5,53	17	7,83
	AUTOESTIMA MEDIA	10	4,61	31	14,29	41	18,89
	AUTOESTIMA ELEVADA	31	14,29	128	58,99	159	73,27
DINAMICA FAMILIAR	DISFUNCION GRAVE	3	1,38	11	5,07	14	6,45
	DISFUNCION MODERADA	25	11,52	72	33,18	97	44,70
	FAMILIA FUNCIONAL	18	8,29	88	40,55	106	48,85
TCA	SIN RIESGO	20	9,22	118	54,38	138	63,59
	RIESGO	26	11,98	53	24,42	79	36,41

Fuente: cuestionario

GRAFICÓ 11.
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA
SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012



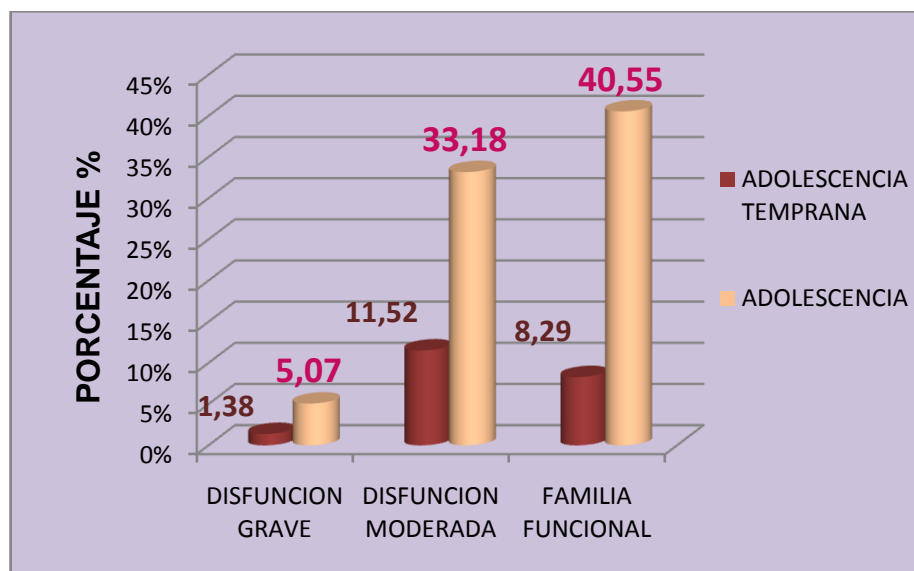
Fuente: tabla7

INTERPRETACIÒN:

En la tabla7 y grafico11, se observa que en el grupo etario de la adolescencia temprana presentan un menor porcentaje en autoestima baja(2,30 %), y en la adolescencia propiamente dicha (5,53%). Evidenciándose de manera inversa en autoestima elevada en la adolescencia temprana (14,29%), y la adolescencia propiamente dicha (58,99%).

GRAFICÓ 12.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES POR DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN GRUPO ETARIO DE TACNA, 2012



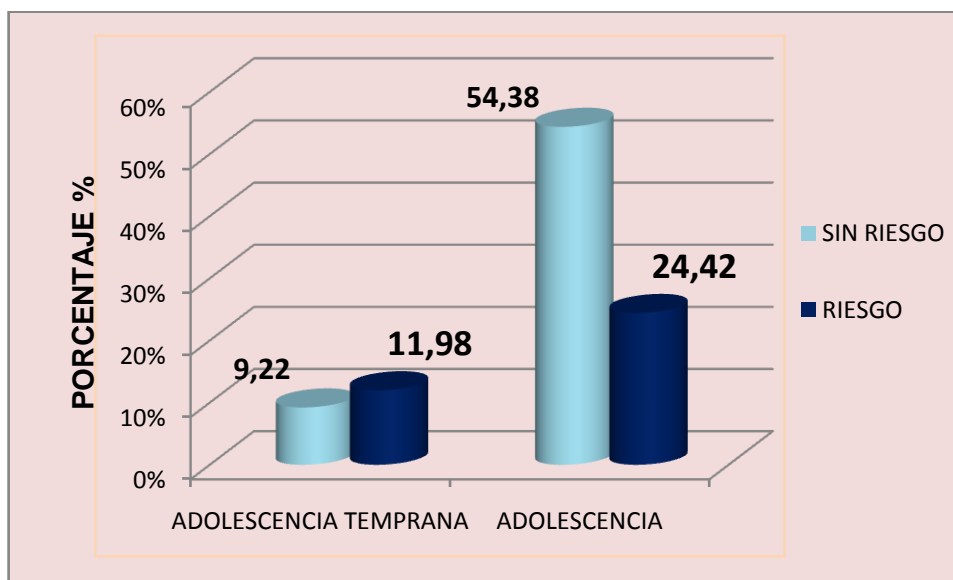
Fuente: tabla7

INTERPRETACIÒN:

En la tabla7 y grafico12, se observa que el grupo etario de la adolescencia temprana presenta un menor porcentaje en disfunción grave (1,38%) que en el grupo etario de la adolescencia propiamente dicha (5,07%). En familia funcional sigue con la misma relación asimismo la adolescencia temprana (8,29%), y la adolescencia (40,55%). La tendencia se mantiene de modo similar en la otra categoría tanto para la adolescencia temprana como en la adolescencia.

GRÁFICO 13.

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CONDUCTAS DE
RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN GRUPO
ETARIO DE TACNA, 2012**



Fuente: tabla7

INTERPRETACIÓN:

En la tabla7 y grafico13, se observa que el grupo etario de la adolescencia temprana presenta un mayor porcentaje en conductas de trastorno alimentario sin riesgo (9,22%), como también en el grupo etario de la adolescencia propiamente dicha (54,38%). Evidenciándose de manera inversa en conductas de trastornos alimentarios sin riesgo en adolescencia temprana (11,98%), y la adolescencia (24,42%).

TABLA8

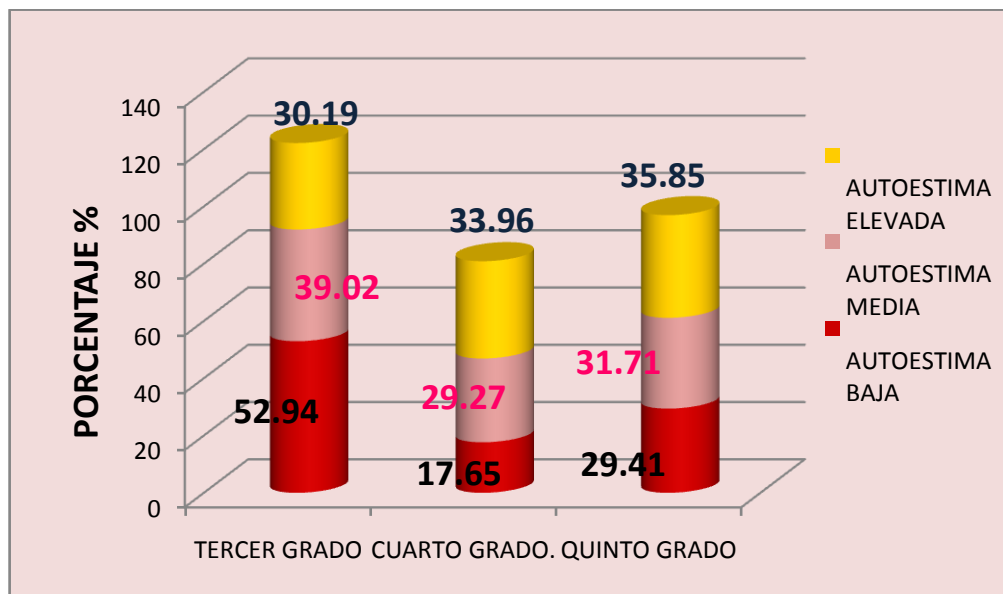
**DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN AÑO DE ESTUDIO DE
LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. CARLOS ARMANDO LAURAEN
TACNA, 2012**

		AÑO DE ESTUDIO DEL NIVEL SECUNDARIO							
		TERCER GRADO		CUARTO GRADO.		QUINTO GRADO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NIVEL AUTOESTIMA	AUTOESTIMA BAJA	9	52,94	3	17,65	5	29,41	17	100,00
	AUTOESTIMA MEDIA	16	39,02	12	29,27	13	31,71	41	100,00
	AUTOESTIMA ELEVADA	48	30,19	54	33,96	57	35,85	159	100,00
Total		73	33,64	69	31,8	75	34,56	217	100,00
DINÁMICA FAMILIAR	DISFUNCION GRAVE	5	35,71	4	28,57	5	35,71	14	100,00
	DISFUNCION MODERADA	38	39,18	27	27,84	32	32,99	97	100,00
	FAMILIA FUNCIONAL	30	28,3	38	35,85	38	35,85	106	100,00
Total		73	33,64	69	31,8	75	34,56	217	100,00
EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)	SIN RIESGO	40	28,99	44	31,88	54	39,13	138	100,00
	RIESGO	33	41,77	25	31,65	21	26,58	79	100,00
	Total	73	33,64	69	31,8	75	34,56	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO 14.

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE AUTOESTIMA
SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO DE
LOS ADOLESCENTES DE TACNA, 2012**



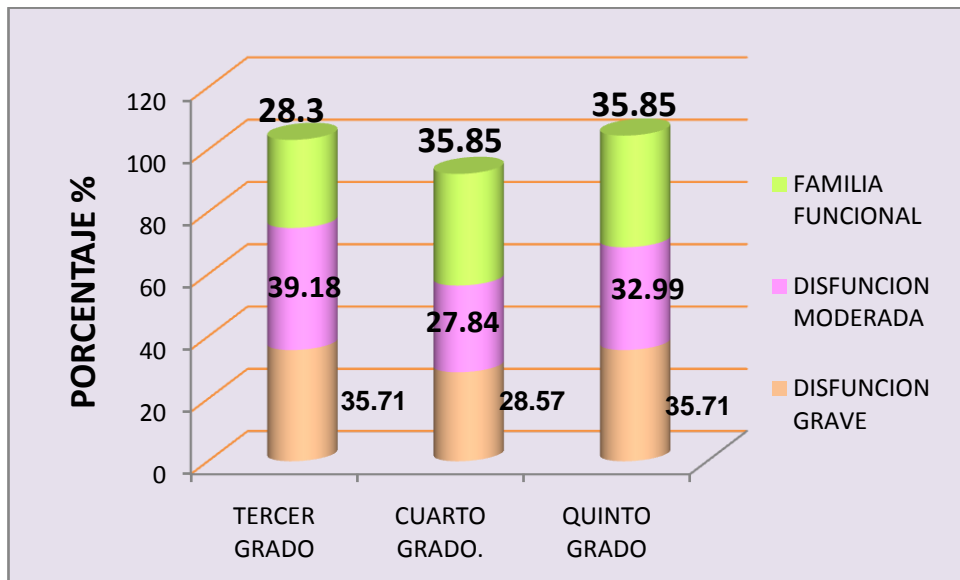
Fuente: tabla8

INTERPRETACIÒN:

En la tabla8 y grafico14, se observa que el grado de estudio del nivel secundario que tiene mayor autoestima elevada es quinto grado (35,85%), por el contrario tercer grado (30,19%). Evidenciándose de manera inversa en la categoría autoestima baja, tercer grado (52,94%), y cuarto grado (17,65%).

GRAFICO 15.

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PORDINÁMICA FAMILIAR
SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO
DE TACNA, 2012**



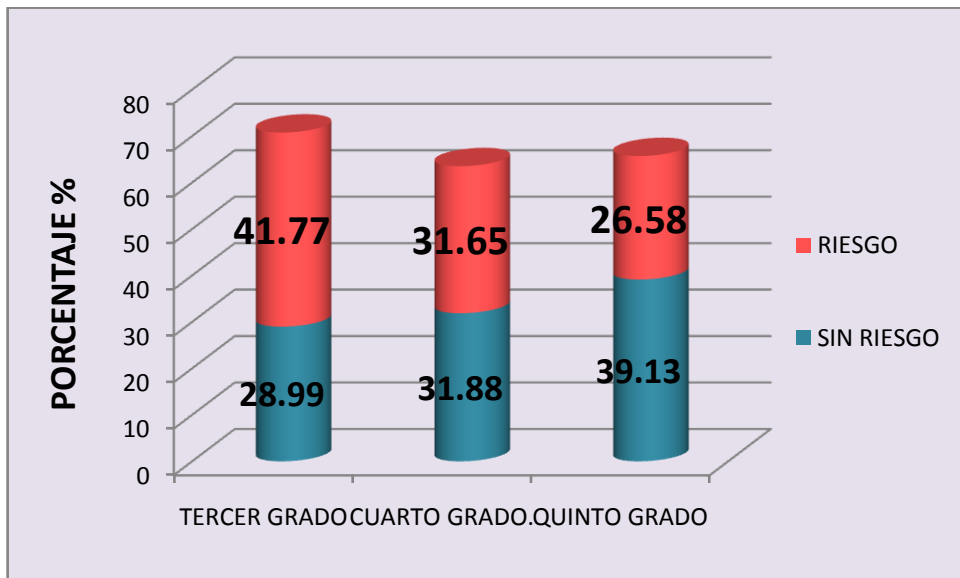
Fuente: tabla8

INTERPRETACIÓN:

En la tabla8 y grafico15, se observa que el grado de estudio del nivel secundario que tienen mayor e igual familia funcional es quinto grado (35,85%), y cuarto grado. Evidenciándose que la categoría disfunción grave es mayor e igual, en tercer grado (35,71%), y quinto grado (35,71%).

GRAFICO 16.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIVEL SECUNDARIO DE TACNA, 2012



Fuente: tabla8

INTERPRETACIÒN:

En la tabla8 y grafico16, se observa que el grado de estudio del nivel secundario que tiene mayor riesgo en conductas de trastornos alimentarios es tercer grado (41,77%), y en menor porcentaje quinto grado (26,58%). Evidenciándose de manera inversa que el grado con mayor porcentaje que están sin riesgo son de quinto grado (39,13%), y en menor porcentaje tercer grado (28,99%).

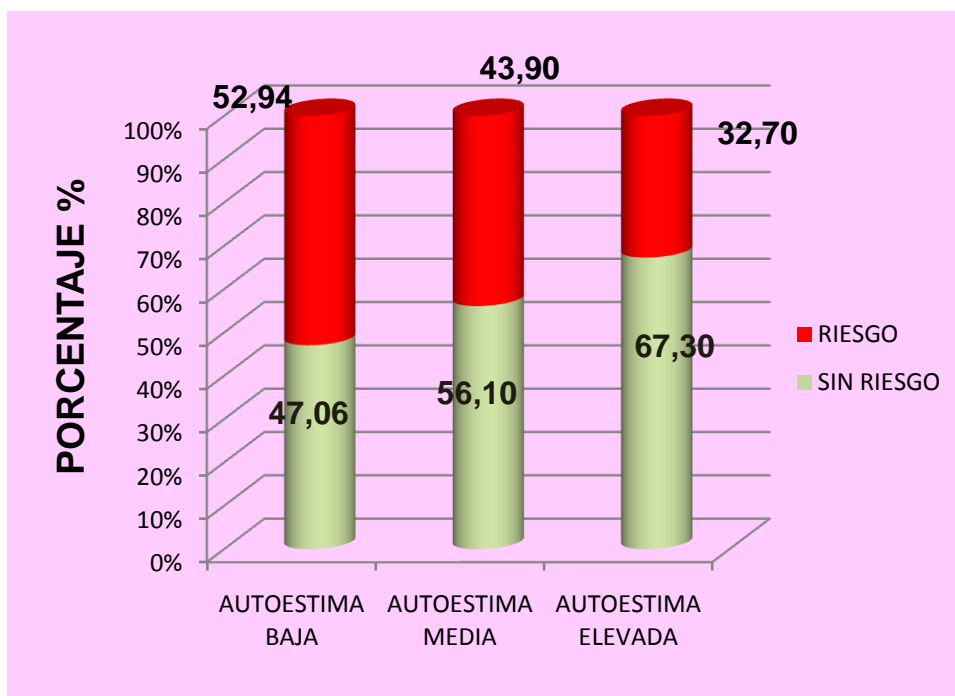
TABLA9**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LA DINÁMICA FAMILIAR
SEGÚN EATING ATTITUDES TEST (EAT-40) DE TACNA, 2012**

DINAMICA FAMILIAR	EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)				Total	
	SIN RIESGO		RIESGO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DISFUNCION GRAVE	8	47,06	9	52,94	17	100,00
DISFUNCION MODERADA	23	56,10	18	43,90	41	100,00
FAMILIA FUNCIONAL	107	67,30	52	32,70	159	100,00
Total	138	63,59	79	36,41	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO17.

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE
AUTOESTIMASEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE
TRASTORNO ALIMENTARIO DE TACNA, 2012**



Fuente: tabla9

INTERPRETACIÒN:

En la tabla9 y grafico17, se observa a los encuestados con respecto a la dinámica familiar, un poco más de un tercio de los encuestados están sin riesgo de conducta de trastornos alimentarios (TCA) con autoestima elevada (67,30%), seguido de autoestima baja (47,06%), mientras los adolescentes con riesgo (TCA) tienen autoestima baja (52,94%), seguido de autoestima elevada (32,70%).

TABLA10

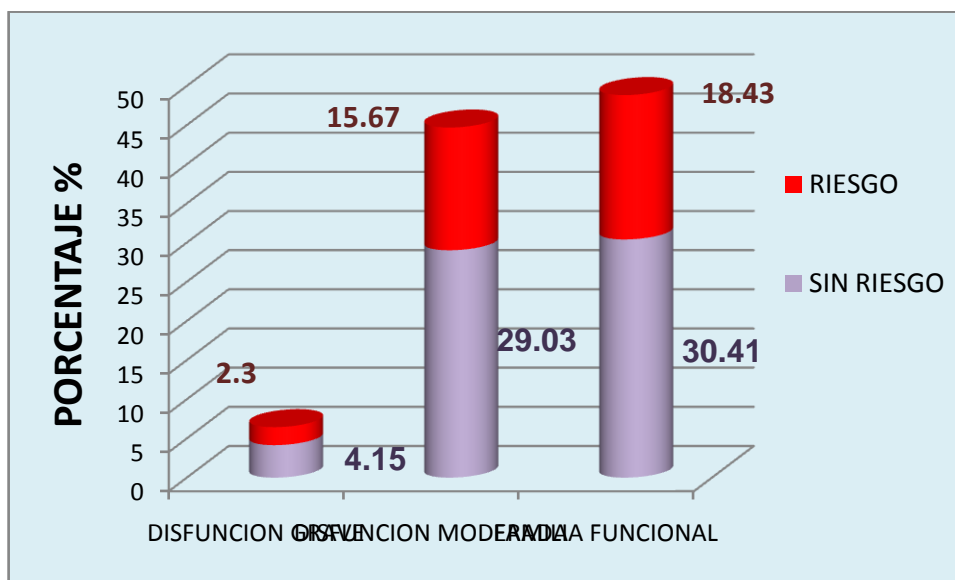
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE DINÁMICA
FAMILIAR SEGÚN EATING ATTITUDES TEST (EAT-40) DE TACNA, 2012**

		EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)					
		SIN RIESGO		RIESGO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAMILIA	DISFUNCION GRAVE	9	4,15	5	2,30	14	6,45
	DISFUNCION MODERADA	63	29,03	34	15,67	97	44,70
	FAMILIA FUNCIONAL	66	30,41	40	18,43	106	48,85
Total		138	63,59	79	36,41	217	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO18.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR DINÁMICA FAMILIAR SEGÚN LA CONDUCTA DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE TACNA, 2012



Fuente: tabla10

INTERPRETACIÓN:

En la tabla10 y gráfico18, se observa adolescentes, con respecto al nivel de autoestima, un poco menos de 1/3 partes de los encuestados están sin riesgo de conductas de trastornos alimentarios (TCA) con familia funcional (30,41%), seguido de disfunción grave (4,15%). Mientras los adolescentes con riesgo (TCA) tienen familia funcional (18,43%), seguido de disfunción grave (2,3%).

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.2 PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1 PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

H₀: No existe relación entre el bajo nivel de autoestima y las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna en el año 2012.

H₁: Existe relación entre la dimensión del bajo nivel de autoestima y las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna en el año 2012.

TABLA 11
PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA PROBAR LA RELACIÓN
SIGNIFICATIVA ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL EATING
ATTITUDES TEST (EAT-40).

		EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)		
		SIN RIESGO	RIESGO	Total
AUTOESTIMA BAJA	Nº	8	9	17
	Frecuencia esperada	10,81	6,19	17,00
	%	3,69%	4,15%	7,83%
AUTOESTIMA MEDIA	Nº	23	18	41
	Frecuencia esperada	10,60	14,93	41,00
	%	10,60%	8,29%	18,89%
AUTOESTIMA ELEVADA	Nº	107	52	159
	Frecuencia esperada	101,12	57,88	159,00
	%	49,31%	23,96%	73,27%
Total	Nº	138	79	217
	Frecuencia esperada	138,00	79,00	217,00
	%	63,59%	36,41%	100,00%

Fuente: Cuestionario

Nivel de significancia : α 0,05

Estadístico de prueba : X^2 cuadrado

$$X_C^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

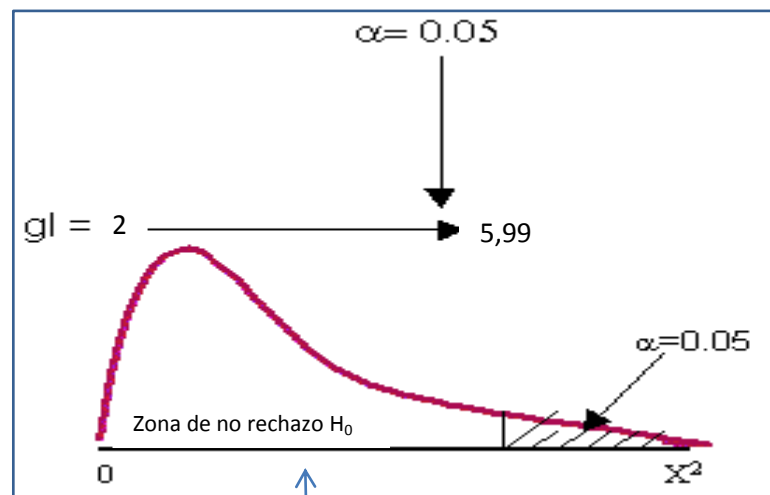
Valor de Chi cuadrado : 3,944

calculado

Valor Chi cuadrado tabular : 5,99

Probabilidad : ,139

Decisión : No rechazo la H_0



X^2 calculado = 3,944

INTERPRETACIÒN

En la tabla11, se presenta la prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre el bajo nivel de autoestima y los trastornos de conductas alimentarias.

La prueba resultó no significativa ($p > 0,05$) lo que implica no rechazar la hipótesis nula H_0 . Por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

4.2.2 SEGUNDA HIPÒTESIS

H0: No existe relación entre la disfunción familiar y las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes.

H1: Existe relación entre la dimensión de familia disfuncional y las conductas de riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes.

TABLA12
PRUEBA DE HIPÒTESIS PARA PROBAR LA RELACIÒN
SIGNIFICATIVA ENTRE LA DINÀMICA FAMILIAR Y EL EAT-40.

		EATING ATTITTUDES TEST (EAT-40)			
			SIN RIESGO	RIESGO	Total
DINAMICA FAMILIA	DISFUNCIÒN GRAVE	Nº	9	5	14
		Frecuencia esperada	8,90	5,10	14,00
		%	4,15%	2,30%	6,45%
	DISFUNCIÒN MEDIA	Nº	63	34	97
		Frecuencia esperada	61,7	35,3	97,0
		%	29,03%	15,67%	44,70%
	FAMILIA FUNCIONAL	Nº	66	40	106
		Frecuencia esperada	67,41	38,59	106,00
		%	30,41%	18,43%	48,85%
Total	Nº	138	79	217	
	Frecuencia esperada	138,00	79,00	217,00	
	%	63,59%	36,41%	100,00%	

Fuente: Cuestionario

Nivel de significancia : α 0,05

Estadístico de prueba : X^2 cuadrado

ECUACION:

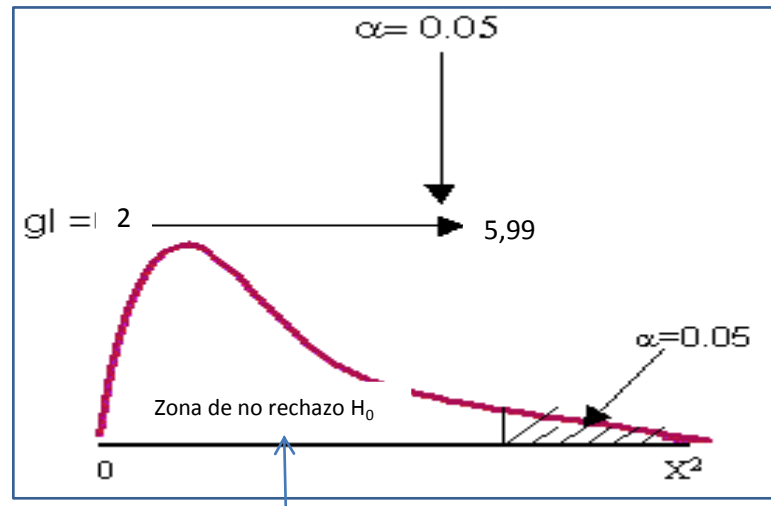
$$x_c^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E} = 1,278$$

Valor de Chi cuadrado calculado : 0,161

Valor Chi cuadrado tabular : 5,99

Decisión : No rechazo la H_0

P: ,923



χ^2 calculado=0,161

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro 12, se presenta la prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la disfunción familiar y los trastornos de conductas alimentarias.

La prueba resultó no significativa ($p > 0,05$), lo que implica no rechazar la hipótesis nula h_0 . Por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

4.2.3 HIPÒTESIS GENERAL

H0: No existe relación entre la autoestima y disfunción familiar con las conductas de riesgo para trastornos alimentarios en adolescentes.

H1: Existe relación entre la autoestima y disfunción familiar con las conductas de riesgo para trastornos alimentarios en adolescentes.

Hipòtesis estadísticas:

$$H_0 = \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_k = 0 \quad \alpha$$

$$H_1 = \beta_i \neq 0 \text{ para algùn } i$$

$$p = \frac{1}{1 + \exp(-\alpha - \beta_1 X_1 - \beta_2 X_2 - \dots - \beta_k X_k)}$$

TABLA 13

REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a) RECODAUTOESTIMA			4,369	2	,113	
RECODAUTOESTIMA(1)	,937	,534	3,085	1	,079	2,553
RECODAUTOESTIMA(2)	,526	,364	2,097	1	,148	1,693
RECORDDINAMICA			,690	2	,708	
RECORDDINAMICA(1)	-,434	,627	,479	1	,489	,648
RECORDDINAMICA(2)	-,184	,297	,382	1	,536	,832
Constante	-,630	,214	8,698	1	,003	,532

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: RECODAUTOESTIMA, RECORDDINAMICA.

INTERPRETACIÓN

Al analizar los resultados para la variable trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes , que fue considerada como categórica , se tomaron las últimas categorías (alta autoestima y familia funcional) como de referencia, observándose que la asociación para todas las variables resultó no significativa, ya que la probabilidad es mayor a 0,05 en todos los casos.

4.3. Discusión

La población adolescente es la más susceptible a desarrollar trastornos de conducta alimentaria, que va desde la normalidad a situaciones patológicas. Los especialistas han intentado encontrar puntos de corte que hallen individuos con riesgo, ya sea un desorden leve hasta una conducta de riesgo de trastornos alimentarios (TCA) no específico de acuerdo al grave de severidad.

La finalidad del presente trabajo de investigación fue contar con un número de prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria representativo de nuestra realidad en nuestra localidad, con tal fin, tomamos la opción de estudiar a nuestros adolescentes como una sola unidad de análisis (30).

Nuestra mayor dificultad al utilizar el test elegido, fue determinar el punto de corte para limitar la presencia o no de riesgo dentro de la población. Se revisaron diversas tesis realizadas, y todas con puntos de corte no muy claros. Se comparó los puntos de corte validados por Baremos, aplicados a poblaciones españolas con características similares a la nuestra. Se eligió un punto de corte en el EAT-40 de 30 que fue lo más sensible y específico posible.

Los resultados de la investigación arrojan una cifra que refiere que no existe relación significativa de trastornos de conducta alimentaria que se asoció al nivel de autoestima y dinámica familiar. Sin embargo, la distribución de este riesgo observada en nuestro estudio difiere de las cifras clásicamente referidas en otros estudio de investigación, ya que evidenciamos que la probabilidad de significancia es mayor ($p > 0,05$)

Los adolescentes más afectados son el grupo de las mujeres que presentan un mayor porcentaje en la presencia de riesgo de conductas alimentarias (53,16 %) que en los hombres (46,84 %). Evidenciándose de manera inversa sin riesgo, en mujeres (48,55 %) que en hombres (51,45 %). Además se evidencia haber mayor problemática en la baja autoestima, donde los hombres jóvenes adolescentes muestran un mayor número (52,94 %) que las mujeres. Se observó también que los hombres adolescentes muestran un mayor número (57,14 %) que las mujeres (42,86).

También hay un gran parecido con los adolescentes hombres cuya dinámica familiar tiene mayor disfunción grave. Por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

A partir de este hallazgo, considero que no es posible afirmar que la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios (TCA), sean provenientes de la autoestima y la familia, sino que más bien atraviesan todos los niveles, factores internos y externos. Lo que demuestra que la presencia de un TCA es un fenómeno ampliamente distribuido, que también afecta a todos sin importar si es o no un país en vías de desarrollo como el nuestro.

Esto nos hace reconocer la necesidad de poner más interés y preocupación para poder determinar y detectar en forma precoz los TCA en sus primeras fases.

CONCLUSIONES

- 1 El nivel de prevalencia de nivel de autoestima que presentan los adolescentes estudiados son ; Autoestima Elevada (48,85 %), más de un cuarto tienen Autoestima media (44,7 %), la diferencia tiene Autoestima Baja (6,45 %).
- 2 El nivel de prevalencia de dinámica familiar, que presentan los adolescentes en estudio son; familia funcional (73,27 %), disfunción moderada (18,89 %), y disfunción grave (7,83 %).
- 3 El nivel de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria que presentaron los adolescentes en estudio fue;un poco más de la mitad están sin riesgo (63,59 %), la diferencia tiene riesgo de tener algún trastorno de conducta alimentaria (36,41 %).
- 4 El riesgo de prevalencia entre el bajo nivel de autoestima y los trastornos de conductas alimentarias.Resultó no significativa ($p > 0,05$). Por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.
- 5 El riesgo de prevalencia entre la disfunción familiar y los trastornos de conductas alimentarias. Resultó no significativa ($p > 0,05$). Por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables.

RECOMENDACIONES

Se recomienda poner mayor atención frente a los riesgos potenciales, mediante los programas de prevención primaria en la escuela y en los medios de comunicación. Qué el ministerio de salud describa mejor el valor de las intervenciones preventivas en la infancia y la adolescencia, considerados como los grupos con mayor riesgo de desarrollar conductas de riesgo de trastornos alimentarios (tca).

Para mejorar la evidencia respecto a la elección del tratamiento prescrito, la selección de otros tratamientos específicos y la duración e intensidad previstas del tratamiento a fin de conseguir los resultados óptimos, basados en indicadores clínicos claramente definidos y en una descripción más precisa de los estadios de estos trastornos.

También poner mucho énfasis en el entorno familiar ya que es el eje que conduce muchos comportamientos sobre todo factores asociados al comienzo y mantenimiento de TCA y el impacto de dichos trastornos en otros miembros de la familia.

A través de estas actividades se busca “promover cambios hacia hábitos más saludables, sin dañar la autoestima ni la imagen corporal del menor, considerando la alta vulnerabilidad de los adolescentes a desarrollar trastornos de su conducta alimentaria. Es por esta razón que el equipo de salud mental, conformado por psicólogos, obstetras u otro personal de salud, se enfoca en dos áreas de acción, una orientada al desarrollo de talleres de psicoterapia grupal y la otra vinculada a la evaluación a través de instrumentos psicológicos.

Como última recomendación, los padres deben desarrollar una comunicación familiar, facilitar el crecimiento físico y emocional de sus hijos, y desarrollar un estilo educativo asertivo (actitud agradable pero definida y segura de sí misma), que favorezca el desarrollo y autonomía de cada miembro de la familia. Y para poder abordar este gran problema sería crear alianzas estratégicas, como por ejemplo el ministerio de salud con el ministerio de educación, en donde a través de los colegios poder ingresar directamente en los adolescentes y en la familia, brindando una atención integral de como poder prevenir y/o diagnosticar a tiempo y posteriormente tratar estas enfermedades existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición; Barcelona: Masson, 199
2. Halmi K.A. Unique features associated with age of onset of Anorexia nervosa. Psychiatry Res 1979; 1:209-15.
3. Bonilla A, Pastor R, Martínez I Adolescencia y género. Imagen corporal y trastornos de la alimentación. Cuadernos Mujer Salud .Mujeres y salud mental: Los espejos de la desigualdad. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 2001.
7. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Ayacucho. Informe General. Vol.XX. Año 2003. Nro. 1 y 2. Lima.
8. Cruz Bojórquez R. M., Ávila Escalante M. L., Cruz Cortés M.S., Vásquez Arévalo R., Mancilla Díaz J.M. Restricción Alimentaria y Conductas De Riesgo De Trastornos Alimentarios en estudiantes de Nutrición. [Tesis Doctoral].Pg.190

10. LEÓN F. J. Estudio Descriptivo- comparativo del perfil de personalidad y los niveles de autoestima en jóvenes agresores sexuales masculinos inimputables, comparados con jóvenes de la población general de Valparaíso, V Región. [Tesis doctoral]. VALPARAISO- CHILE: universidad del mar; 2005.
11. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. VoLXXI. Año 2005. Nro. 1 y 2. Lima.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I. Publicación científica y técnica #587. 2002.
13. Mahan K, Escott-Stump E Nutrición y Dietoterapia de Krause. México: Interamericana. 2000.
4. OPS/OMS. Conocimientos Actuales sobre Nutrición. Octava edición. 2003.
6. Freyre E Transtornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Diagnóstico 2003; 42(3):109-113.

14. Ministerio de Salud. Morbilidad registrada en consulta externa. Perú. 2002
15. Amilcar Rios Reyes. Abuso y dependencia al alcohol. Madrid, 2007.
18. Mahan K, Escott-Stump E Nutrición y Dietoterapia de Krause. Mexico : interamericana. 2000.
19. Toyohama. S. U. Prevalencia de riesgo de trastornos [i.e. trastornos] de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2007.
28. Ramón J.F.J. imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; julio 2010. Pg79
22. Mead M, Guthe C Manual for the study of food habits 1945.
23. F.H. de Canales, E. L. de Alvarado, E. B. Pineda. Organización

panamericana de la Salud. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Oficina sanitaria panamericana, oficina de la organización mundial de la salud.

5. Educaweb.com [sede web].Barcelona: Asociación contra la Anorexia y la Bulimia; 2005 [actualización 10 de octubre de 2005; acceso 13 de mayo de 2011]. Prevención de los trastornos alimentarios. Disponible en: <http://www.educaweb.com/noticia/2005/10/10/trastornos-conducta-alimentaria-tca-definicion-tipologias-1733.html>.

16. RAMIA GUERRA, Mariela. La autoestima en los estudiantes de la mención Educación Preescolar y Primera Etapa de Educación Básica de la Escuela de Educación de la Universidad Central de Venezuela. Rev. Ped. [online]. set. 2002, vol.23, no.68 [citado 18 Julio 2011], p.411-441. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922002000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-9792.

9. Infocoponline [sede web]*.BARCELONA: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2007 [actualización 03 de mayo de 2011; acceso 20 de mayo de 2011]. Factores de riesgo o vulnerabilidad

- asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436&cat=13.
17. Dinamica familiar [sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.ucvpiura.edu.pe/integracion/administrarservicios/imagenes/dinamica%20familiar.pdf>. Consultado: 28 de mayo de 2011.
20. Figueroa G., J. Acta Estudiantil Investigaciones Psicológicas . [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Federico Villarreal; 2010. Disponible en:
<http://issuu.com/psicologiaunfv/docs/estudiantes>
<http://issuu.com/psicologiaunfv/docs/estudiantes>
21. Toyohama. S. U. Prevalencia de riesgo de trastornos [i.e. trastornos] de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2007.
Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/uesu_ta/pdf/uesu_ta.pdf. Consultado: 25 de junio de 2011.
24. relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar de los alumnos de la institución educativa nº 86502 "san Santiago "de Pamparomas en el año 2006. (tesis doctoral). Perú: Universidad cesar

- Vallejo ;2009. pg.37- 45 .Disponible
en:<http://www.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-academico>
25. MEJÍA, Gómez Diego; Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 1991.disponible en:
http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/Apgar.html
26. Julio BobesGarcí ,María Teresa Bascarán Fernández 2002. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2.^a EDICIÓN María Paz G.-Portill. pgina 94. Disponible en:
http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/informes/Banco_de_Instrumentos_Basicos_para_la_Practica_de_la_Psiquiatria_Clinica.pdf
27. TheRosenbergSelf-EsteemScaleTranslation and Validation in UniversityStudentsTests Psicológicos PsicodiagnósticoEspaña TOM Sábado 15 de Agosto del año 2009 / 14:01. Disponible en :
<http://sicolog.com/?a=1669>
29. Norma Irene Gracia R.2004. Trastornos de la conducta alimentaria en

adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1. [Tesis doctoral]. Universidad Autonoma de Barcelona. Pg.137-140. Disponible en :

<http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/5436/nigr1de1.pdf?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO N°5:

Título: NIVEL DE AUTOESTIMA Y DINÁMICA FAMILIAR ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE TACNA, 2012

Investigador Responsable: DIANA YSABEL YUPANQUI CHURA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO METODOLOGICO	BIBLIOGRAFIA
¿El Nivel de autoestima y dinámica familiar se asocian a la prevalencia de conductas de Riesgo de trastornos alimentarios en Adolescentes de Tacna, 2012?	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar si se asocia el nivel de autoestima y la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de autoestima que presentan los adolescentes de Tacna, 2012. Identificar la dinámica familiar que presentan los adolescentes de Tacna, 2012. Identificar la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012. Determinar la relación del nivel de autoestima con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012 Determinar la relación de la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna, 2012. 	<p>HIPOTESIS GENERAL Un bajo nivel de autoestima y una familia disfuncional se asocian significativamente con las conductas de riesgo en adolescentes de Tacna, 2012.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> El bajo nivel de autoestima se asocia significativa con las conductas de riesgo en adolescentes de Tacna, 2012. La disfunción familiar se asocia significativa con las conductas de riesgo en adolescentes de Tacna, 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de la investigación. El presente trabajo de investigación según canales se trata de un diseño de tipo Analítico no experimental, transversal, relacional (23). Población de estudio. El presente trabajo de investigación se encuestara a todas las mujeres adolescentes de 3ro, 4to y 5to del nivel secundario de la I.E. Carlos Armando Laura en el año 2012. Población La población estuvo conformada por 221 mujeres y hombres estudiantes de 3ro, 4to y 5to de la I. E. Carlos Armando Laura con numero 43003. Muestra Tipo de muestreo: Noprobabilístico, muestra intencionada. <p>Unidad de análisis: población adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> LEÓN F. J. Estudio Descriptivo- comparativo del perfil de personalidad y los niveles de autoestima en jóvenes agresores sexuales masculinos inimputables, comparados con jóvenes de la población general de Valparaíso, V Región. [Tesis doctoral]. VALPARAISO- CHILE: universidad del mar; 2005. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición; Barcelona: Masson, 1994. Bonilla A, Pastor R, Martínez I Adolescencia y género. Imagen corporal y trastornos de la alimentación. Cuadernos Mujer Salud .Mujeres y salud mental: Los espejos de la desigualdad. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 2001.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 1: Cuestionario De Trastornos De Conducta Alimentaria (TCA),EATING ATTITTUDES TEST (EAT-40)

	EATING ATTITTUDES TEST (EAT-40)	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
1	Me gusta comer con otras personas.						
2	Preparo comidas para otros , pero yo no me las como						
3	Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de comer						
4	Me da mucho miedo pesar demasiado						
5	Procuro no comer aunque tenga hambre...						
6	Me preocupo mucho por la comida						
7	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de para de comer						

8	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono(pan, arroz, pastas, patatas,etc).						
11	Me siento llena después de las comidas.						
12	Siento que otros preferirían que yo comiese más						
13	Vomito después de haber comido						
14	Me siento muy culpable después de comer.						
15	Me preocupa el deseo de estar más delgada/o						
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías....						
17	Me peso varias veces al día						

18	Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19	Disfruto comiendo carne.						
20	Me levanto pronto por las mañanas						
21	Cada día como los mismos alimentos.						
22	Pienso quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23	Tengo la menstruación regular (chicos pasar a la siguiente pregunta)						
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o						
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26	Tardo en comer más que las otras personas...						
27	Disfruto comiendo en restaurantes...						
28	Tomo laxantes (purgantes).						
29	Procuro no comer alimentos						

	con azúcar						
30	Como alimentos dietéticos.						
31	Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32	Demuestro control de mi mismo/a ante las comidas.						
33	Noto que los demás me presionan para que coma.						
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35	Tengo estreñimiento.						
36	Me siento incómoda/a después de comer dulces						
37	Me comprometo a cumplir las dietas.						
38	Me gusta sentir el estómago vacío.						
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

41	Tengo familiares que han padecido de trastornos de conducta alimentaria , por ejemplo : bulimia, anorexia : Si () No ()
----	--

PONDERACIÓN:

SIN RIESGO: 00-29

RIESGO: ≥ 30

Anexo 2: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
2. A veces pienso que no soy buena en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valida, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojala me respetara más a mí misma.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

PONDERACIÓN:

Las preguntas 1, 3, 4, 7,10 se calificaran del 4 al 1

Las preguntas 2, 5, 6, 8,9 se calificaran del 1 al 4

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada

De 26 a 29 puntos: autoestima Media

Menos de 25 puntos: Autoestima Baja

ANEXO 3: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	Algunas veces	Casi siempre
<p>Adaptabilidad</p> <p>¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de tu familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?</p>			
<p>Participación</p> <p>¿Le satisface la manera e interés con que tu familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?</p>			
<p>Crecimiento</p> <p>¿Encuentras que tu familia expresa el afecto y responde a tus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?</p>			
<p>Afecto</p> <p>¿Estás satisfecho con la forma en que tu familia expresa el afecto y responde a tus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?</p>			
<p>Resolución</p> <p>¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?</p>			

PONDERACIÓN:

Con la suma de la puntuación obtenida se puede obtener las siguientes puntuaciones:

Disfunción grave; 00-03

Disfunción moderada: 04-06

Familia disfuncional: 07-10

ANEXO 4:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informada/o de los beneficios de esta investigación para mi, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas , he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora Srta.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos. Por lo tanto, doy libremente mi conformidad a participar.

.....Firma del participante