

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN LA ANOREXIA  
NERVIOSA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARROQUIAL SAN  
MARTÍN DE PORRES, TACNA - 2011**

**TESIS**

**Presentada por:**

*Bach. Ana Rosa Quispe Mamani*

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2011**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN LA  
ANOREXIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL  
SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
PARROQUIAL SAN MARTÍN DE PORRES,  
TACNA – 2011”**

**TESIS**

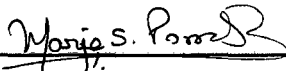
Presentada por:

BACH. ANA ROSA QUISPE MAMANI

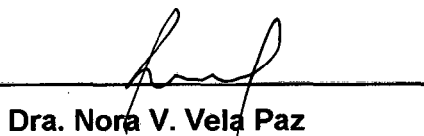
Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Aprobada por Unanimidad, ante el siguiente jurado:

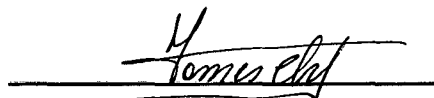


**Mgr. María S. Porras Roque  
PRESIDENTA**



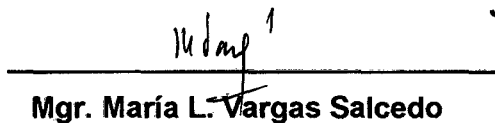
**Dra. Nora V. Vela Paz**

**JURADO**



**Mgr. Yolanda P. Torres Chávez**

**JURADO**



**Mgr. María L. Vargas Salcedo**

**ASESORA**

## DEDICATORIA

Primero antes que nada agradecer a *Dios*, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino las cosas a mi alcance para poder lograr mis objetivos.

A mi *familia* por haberme acompañado y apoyado incondicionalmente todo este tiempo habiendo realizado un sinnúmero de sacrificios, gracias a ellos se pudo concretar este trabajo. Lo único que puedo dar hasta el momento como regalo es este trabajo, que es fruto de todo el empeño dado.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de este trabajo, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

A la *Institución Educativa* que me abrieron las puertas y me brindaron su apoyo para poder realizar la presente investigación, espero que este trabajo les sea útil a la toma de nuevas e innovadoras decisiones para el desarrollo de los futuros adultos.

## **AGRADECIMIENTO**

*A la vida, por ser siempre una oportunidad; para crecer y realizar metas.*

*A mis docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería, quienes me han brindado conocimientos y como luz iluminaron mi vocación.*

*A mis asesoras docentes de la presente investigación, por su cariño, amistad, paciencia y valiosa orientación en el desarrollo de la investigación.*

*A mis jurados, por su ayuda desinteresada, apoyo, paciencia y en especial por su dedicación. Gracias*

*Mi profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación del presente estudio contribuyendo con sus conocimientos en el enriquecimiento de este trabajo.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION .....	1
<b>CAPITULO I: DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Fundamentos y Formulación del Problema .....	5
1.2. Objetivos .....	10
1.3. Justificación .....	11
1.4. Formulación de la Hipótesis .....	12
1.5. Operacionalización de Variables .....	13
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	16
2.2. Base Teórica .....	24
2.3. Definición conceptual de Términos .....	61
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	
3.1. Material y métodos.....	62
3.2. Población y Muestra .....	64
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	65

3.4. Procedimiento de recolección de datos.....71

3.5. Procesamiento de Datos.....72

#### **CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1. Resultados.....76

4.2. Discusión.....111

#### **CONCLUSIONES**

#### **RECOMENDACIONES**

#### **REFERENCIAS**

#### **ANEXOS**

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, prospectivo; se realizó con el objetivo de: "Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011". La población total de 4to y 5to año de secundaria es de 305 estudiantes entre varones y mujeres de la Institución educativa, la muestra estuvo conformada por 157 estudiantes del nivel secundario del 4to y 5to año de secundaria. La información se recolectó mediante la aplicación de un cuestionario para cada variable. El nivel medio de conocimiento fue predominante con (43,31%), respecto al nivel alto (37,58%) y al nivel bajo (19,11%). El nivel medio de conductas de riesgo fue predominante con (63,69%), respecto al nivel alto (18,49%) y al nivel bajo (17,83%). El (43,31) de los estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento el (32,48%) presenta conducta riesgosa media de anorexia nerviosa global. Al concluir el estudio se determina que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, según la prueba estadística de Chi cuadrado.

## **ABSTRACT**

This research study is a descriptive correlational cross-sectional, prospective, was conducted with the objective: "to determine the relationship between the level of knowledge and risk behaviors of anorexia in high school students from St. Martin Parish IE Porres, Tacna - 2011 ". The total population of 4th and 5th year of high school is 305 students between men and women of the educational institution, the sample consisted of 157 high school students of 4th and 5th grade. The information was collected through the use of a questionnaire for each variable. The average level of knowledge was predominant (43,31%) regarding the high level (37,58%) and low (19,11%). The average level of risky behavior was predominant (63.69%) compared to high (18,49%) and low (17,83%). The (43,31) of students who have the means of knowledge level (32,48%) had risky behavior overall average of anorexia nervosa. At the conclusion of the study finds that there is significant relationship between the level of knowledge and risk behaviors of anorexia nervosa, according to the chi-square test statistic.

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, prospectivo; se realizó con el objetivo de: "Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011". La población total de 4to y 5to año de secundaria es de 305 estudiantes entre varones y mujeres de la Institución educativa, la muestra estuvo conformada por 157 estudiantes del nivel secundario del 4to y 5to año de secundaria. La información se recolectó mediante la aplicación de un cuestionario para cada variable. El nivel medio de conocimiento fue predominante con (43,31%), respecto al nivel alto (37,58%) y al nivel bajo (19,11%). El nivel medio de conductas de riesgo fue predominante con (63,69%), respecto al nivel alto (18,49%) y al nivel bajo (17,83%). El (43,31) de los estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento el (32,48%) presenta conducta riesgosa media de anorexia nerviosa global. Al concluir el estudio se determina que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, según la prueba estadística de Chi cuadrado.

## ABSTRACT

This research study is a descriptive correlational cross-sectional, prospective, was conducted with the objective: "to determine the relationship between the level of knowledge and risk behaviors of anorexia in high school students from St. Martin Parish IE Porres, Tacna - 2011 ". The total population of 4th and 5th year of high school is 305 students between men and women of the educational institution, the sample consisted of 157 high school students of 4th and 5th grade. The information was collected through the use of a questionnaire for each variable. The average level of knowledge was predominant (43,31%) regarding the high level (37,58%) and low (19,11%). The average level of risky behavior was predominant (63.69%) compared to high (18,49%) and low (17,83%). The (43,31) of students who have the means of knowledge level (32,48%) had risky behavior overall average of anorexia nervosa. At the conclusion of the study finds that there is significant relationship between the level of knowledge and risk behaviors of anorexia nervosa, according to the chi-square test statistic.

## INTRODUCCIÓN

En un mundo en el que todavía muchas personas padecen hambre, es realmente paradójico y difícil de comprender la existencia de la anorexia nerviosa, trastorno de la alimentación en el que personas con abundancia de alimentos rehúsan comer llegando en muchos casos a la muerte.

La incidencia de esta enfermedad ha aumentado de forma muy rápida en las dos últimas décadas, hasta el punto de ser considerada una epidemia. Tanto es así que, actualmente la anorexia nerviosa representa la tercera enfermedad crónica más común en las adolescentes; afecta al 1- 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes.

La etapa de la adolescencia en donde la inmadurez y el desarrollo como personas, les hace dejarse llevar por las modas y acontecimientos de una sociedad que esta sobrevalorando el aspecto físico, por encima de las virtudes y cualidades humanas; la presión por lograr este ideal estético se ejerce desde todos los ámbitos sociales: los medios de comunicación, la familia y los pares. Así, la historia personal, el nivel sociocultural, la situación socioeconómica, la dinámica familiar particular, el tipo de vínculos establecido con otros, el desarrollo emocional, las experiencias de vida y la personalidad, influyen en la emergencia y mantenimiento de

la Anorexia Nerviosa, observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces.

En el Perú la anorexia es un problema de los adolescentes ya que en nuestro medio la delgadez es considerado como un ideal de belleza los cuales son impuestos por diferentes medios masivos de comunicación que proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.

Actualmente en nuestro país hay pocos estudios relacionados a los trastornos alimenticios y en base al contexto actual se ha considerado de utilidad efectuar el presente estudio con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011”.

Este estudio se organizó en IV capítulos, el capítulo I presenta el planteamiento del estudio, los objetivos de la investigación, la justificación, la formulación de la hipótesis y la operacionalización de las variables. El capítulo II está conformado por el marco teórico, que incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, y la definición

conceptual de términos. El capítulo III describe la metodología de la investigación, donde se presenta el tipo de investigación, población y muestra tomada, técnica e instrumento, procedimientos de recolección de datos y el procesamiento de datos. El capítulo IV está conformado por la presentación de los resultados a través de cuadros, con su respectivo análisis cuantitativo y por la discusión de los resultados. Luego se realizan las conclusiones y recomendaciones, por último se agrega las referencias y los anexos.

**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO**  
**DEL**  
**PROBLEMA**

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos de la alimentación y las conductas alimentarias representan un problema de salud importante en adolescentes comprendidos entre los 10 a 19 años según UNICEF, la incidencia de estos desórdenes ha ido en aumento durante los últimos 50 años, al punto que hoy son más comunes, asimismo este grupo es mas vulnerable a las consecuencias como son la atrofia cerebral, la atrofia permanente de su crecimiento, la desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado, además de alteraciones cardiovasculares, renales, etc. Si bien se trata de un incremento real, este en parte se explica, porque hoy en día existe una mayor conciencia y detección de estos desórdenes.<sup>1</sup>

Es por ello que la Anorexia no es una enfermedad que se instala de un día para otro o que tiene que ver con la predisposición

---

<sup>1</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Sede Web]. América Latina y el Caribe: [unicef.org/lac/](http://www.unicef.org/lac/): 2011 [acceso el 25 de Febrero 2011]. El Estado Mundial de la Infancia [1 pantalla]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/media\\_19683.htm](http://www.unicef.org/lac/media_19683.htm)

congénita, sino por el contrario esta relacionado con el estilo de vida de nuestra época con una moda particular de vivir y sentir nuestro cuerpo, nuestra salud, nuestros valores e ideales, impugnando todos nuestros actos, conductas y hábitos. <sup>2</sup>

La alimentación es clave durante la adolescencia. Se trata del período de mayores necesidades nutricionales, tanto desde el punto de vista energético como cualitativo. Para hacer frente a los cambios, los requerimientos nutricionales son muy elevados.

Las necesidades nutricionales de los adolescentes vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso, característicos de esta etapa de la vida. Hay que tener en cuenta que en esta etapa el niño gana aproximadamente el 20% de la talla que va a tener como adulto y el 50% del peso. <sup>3</sup>

La influencia sociocultural es evidente y poderosa habiendo una difusión comercial intensa y totalmente contradictoria de comida abundante y mal balanceada pero provocativa (comida chatarra) y a la

---

<sup>2</sup> Arteaga J, La anorexia [Monografía en internet]. 2000 [citada 2000 Enero 25]. [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>

<sup>3</sup> Educar Chile [Sede Web]. Chile: 2005 [acceso el 1 de diciembre del 2005]. La adolescencia y los trastornos alimenticios [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=100768>

vez un estímulo hacia la delgadez como indicador de elegancia, belleza y buena salud. Este doble mensaje muy difundido por los medios de comunicación es factor de influencia importante para el incremento de la anorexia nerviosa. Esta presión también es ejercida por la familia y grupo de pares, ya que a través de burlas y comentarios sobre la apariencia corporal, influyen en la autopercepción de los adolescentes.<sup>4</sup>

En el mundo tienen anorexia y bulimia 7 millones de mujeres y un millón de hombres, es la segunda causa de muerte más frecuente en adolescentes, dos de cada diez mueren, la ADNER (Asociación en Defensa de la Anorexia) publicó un estudio en el cual una de cada 100 adolescentes entre 14 y 18 años padece de anorexia nerviosa.<sup>5</sup>

El 95% de los trastornos de la alimentación se presenta en mujeres, siendo más frecuente en estudiantes de secundaria y

---

<sup>4</sup> Freyre R, Eleodoro. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Fund Ins H U [serie en internet]. 2003 [citada 2003 Junio 2]; 42 (3) [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/17-22.html>

<sup>5</sup> Romero R, Santiago. Trastornos alimenticios. [monografía en internet ]. Bogotá; 2011 [citado 2011 Mayo 24]. [alrededor de 30 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios.shtml>

universitarias. Su prevalencia en el mundo es del 0.5% a 1% para anorexia nerviosa.<sup>6</sup>

A nivel internacional la anorexia es un serio problema de la población adolescente en países como España ocupando la tercera enfermedad más común en la adolescencia después del asma y la obesidad.<sup>5</sup>

En los Estados Unidos la Anorexia ocupa el tercer lugar como enfermedad crónica y su prevalencia es aproximadamente entre el 3 – 5% de la población. Alrededor de 24 millones de estadounidenses sufre de algún trastorno de la alimentación<sup>6</sup>

En América Latina, el país con mayor incidencia es México, con más de 1.000.000 de casos. En segundo lugar sigue Colombia, con 800 mil casos, sigue Venezuela con 500 mil personas afectadas y en cuarto lugar, la Argentina. En los últimos diez años, los desórdenes de la alimentación han crecido en forma vertiginosa en los países latinoamericanos, con casi cuatro millones de casos diagnosticados.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Cortes Mejía H, Días Días A, Trastornos de la Alimentación. CES Medicina [serie en internet]. 2003 [citada 2003 Julio]; 17 (1) [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: [http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ\\_Med\\_Vol17\\_1/Trastornos\\_de\\_la\\_alimentacion.pdf](http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol17_1/Trastornos_de_la_alimentacion.pdf)

<sup>7</sup> Univision salud [Sede web]. [citado 2011 Enero 31]; Cada vez más anorexia en América Latina [alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/peso-saludable/cada-vez-m%C3%A1s-anorexia-en-am%C3%A9rica-latina>

En el Perú la Anorexia también es un problema de los adolescentes ya que en nuestro medio la delgadez es considerado como un ideal de belleza. En un estudio elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi revela que el 11% de más de nueve mil adolescentes encuestados en 17 ciudades del país sufre problemas alimentarios entre ellos la Anorexia y la Bulimia.<sup>8</sup>

En este contexto he observado conductas que alteran el normal desarrollo físico y mental de los adolescentes quienes al interactuar con algunos estudiantes refieren: “Estoy a dieta”, “Mi ropa no me queda”, “Me incomoda ser gorda”, “Dejo de almorzar para bajar de peso”, “Me veo cada ratito en el espejo para ver si es que he engordado”; y viendo el aumento de esta enfermedad a nivel mundial y el gran crecimiento de las millones de afectadas, por esta enfermedad, se ha tomado la necesidad de investigar sobre el nivel de conocimientos y conductas de riesgo de anorexia nerviosa en la I.E Parroquial San Martín de Porres ya que el adolescente constituye un factor importante en la prevalencia e incidencia de este trastorno y la mayoría de las que lo padecen tienen un desenlace fatal.

---

<sup>8</sup> Ministerio de Salud. [Sede web]. Lima: [www.inism.gob.pe](http://www.inism.gob.pe). 2010 [citado 2010 Julio ] Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi - [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/np100714.html>

Por lo mencionado anteriormente se planteó la interrogante: ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimientos y las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna 2011?

## **1.2.- OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Medir el nivel de conocimientos de anorexia nerviosa en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011
- Identificar las conductas riesgosas de de anorexia nerviosa en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martín de Porres, Tacna – 2011
- Evaluar la relación entre el nivel de conocimientos y las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del

nivel secundario de la I.E Parroquial San Martin de Porres,  
Tacna – 2011

### **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

La anorexia nerviosa constituye un problema de Salud Pública que tiene un fuerte impacto social en nuestro entorno por las consecuencias en la persona afectada y lo difícil que resulta el tratamiento.

Su prevalencia es cada vez mayor en nuestra sociedad y por eso se hace cada día más necesario abordar su solución no solo desde la vertiente terapéutica, sino sobre todo desde la faceta de la prevención.

Tiene relevancia científica por cuanto, los estudios sobre trastornos alimentarios contribuyen al conocimiento de la salud mental del adolescente. En las últimas décadas, la anorexia nerviosa se ha convertido en un problema que preocupa especialmente en el mundo occidental. Esto se ha visto reflejado en el notable aumento de las investigaciones sobre el tema en otros países. Los resultados que se obtengan ayudarán al conocimiento sobre trastornos alimenticios en nuestro medio.

Prevenir la Anorexia nerviosa puede significar la obligación de establecer medidas muy tempranas; identificar las conductas de riesgo en la población adolescente y promover la adopción de conductas alimentarias saludables en las escuelas son un buen medio para prevenirlos. Si se redujese el número de personas que hacen dieta de forma innecesaria, disminuiría la incidencia de la AN. Por lo tanto la educación temprana en los aspectos positivos (alimentos, ejercicio, dietas) y negativos (anorexia nerviosa) para así disminuir el riesgo al que están expuestos contribuyendo a mejorar su calidad y estilo de vida.

El presente estudio se realiza con la finalidad de que la enfermera aplique más la prevención y promoción de la salud de los estudiantes.

#### **1.4.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de la anorexia en estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martín de Porres de Tacna 2011.

## 5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- ✓ **Variable dependiente:** Conductas Riesgosas en la anorexia nerviosa
- ✓ **Variable independiente:** Nivel de conocimiento

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>  Nivel de Conocimientos	Grado conceptual y teórico que posee el estudiante en lo que respecta el estudiante a la Anorexia Nerviosa, dando la escala alcanzada.  El conocimiento es el conjunto de ideas, hechos, conceptos que adquieren por medio de la experiencia vivida o referida, información formal e informal, y que se desarrolla mediante el ejercicio de las capacidades intelectuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definición</li> <li>➤ Prevalencia</li> <li>➤ Características</li> <li>➤ Manifestaciones</li> <li>➤ Conductas de riesgo</li> <li>➤ Consecuencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocimiento Alto: 18-26 puntos</li> <li>✓ Conocimiento Medio: 10- 17 puntos</li> <li>✓ Conocimiento Bajo: 0 - 9 puntos</li> </ul>	Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>  Conductas riesgosas en la Anorexia	Son aquellas que al ser ejecutadas con cierta regularidad e intencionalidad consiente o no, aumenta la probabilidad de producir daño, enfermedad o lesión en si mismo o en los demás, influenciados por factores socioculturales, personales, psicosociales y biológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conducta de alto riesgo global</li> <li>✓ Conducta de mediano riesgo global</li> <li>✓ Conducta de bajo riesgo global</li> </ul> <p>Aspecto Alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Bajo</li> </ul> <p>Aspecto Psicoemocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Bajo</li> </ul> <p>Aspecto Sociocultural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Bajo</li> </ul> <p>Aspecto Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Bajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <math>\geq 93 - 140</math> puntos</li> <li>✓ 47 – 92 puntos</li> <li>✓ 0 – 46 puntos</li> </ul> <p>&gt;27-40 p. 14-26 p. 0-13 p.</p> <p>&gt;33-52 p. 18 -34 p. 0-17 p.</p> <p>14-20 p. 2-13 p. 0-6 p.</p> <p>15-21 p. 8-14 p. 0-7 p.</p>	Ordinal

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

ESCUADERO VIDAL, Jacinto (2006)<sup>9</sup>, "Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes Gallegos de 12- 16 años", trabajo de investigación realizada en España, el cual tuvo por objetivo Analizar la prevalencia de alexitimia, los problemas de salud mental y el riesgo desaparecer un trastorno alimentario en los adolescentes gallegos estudiantes de la E.S.O. Las conclusiones fueron: se ve los alumnos de centros públicos presentan las medias mas altas(es decir están propensas a mayores trastornos) en todas las pruebas de los centros privados, a excepción de la escala de preocupaciones somáticas de salud mental donde obtienen idénticos resultados, quizás porque están sufriendo los mismos cambios fisiológicos a esta edad y por tanto tienen los mismos problemas.

El test de trastornos alimentarios refleja que un 6% (218 alumnos) sería una población de riesgo de padecerlos y de estos, un 0,9% (32 alumnos) estaría dentro del porcentaje de la población clínica.

Si tenemos en cuenta la amplitud de la muestra vemos que es muy

---

<sup>9</sup> Escudero V, Jacinto. Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes Gallegos de 12- 16 años, [Tesis para optar título de licenciatura en Educación]. España: Universidad de Burgos; 2006.

escasa la población que presenta estos problemas, sin embargo, es una cifra que conviene tener en cuenta, ya que se observa que estos trastornos van en aumento y al mismo tiempo se están adelantando cada vez más, dado que los que más puntuación alcanzan en ellos son los alumnos de 1º de la E.S.O. (11-13años).

RUIZ LÁZARO, Pedro Manuel (2007)<sup>10</sup>; "Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos", trabajo de investigación realizada en Zaragoza- España el cual tuvo como objetivo medir la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos zaragozanos con métodos estandarizados. Se estudia 701 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, en 9 centros de secundaria públicos y privados concertados (30 aulas) en Zaragoza. En la segunda fase 164 adolescentes aceptan proceder a la evaluación clínica (163 con riesgo, altas puntuaciones en EAT-26; 101 seleccionados de la muestra sin riesgo). La prevalencia puntual de TCA es el 0,7% de Trastornos Conducta Alimentaria no especificados F 50.9 (CI 95%: 0,3%-1,7%).

---

<sup>10</sup> Ruiz L, Pedro M. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. Actas Esp Psiquiatr.[serie en internet]. 2007.

Las conclusiones fueron: Las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 en la población zaragozana de estudiantes adolescentes tempranos es similar a la publicada en otros países desarrollados. La prevalencia de TCA subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.

CIFUENTES ALVAREZ, Mincy Carolina (2004)<sup>11</sup>, “Prevalencia de los Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al Género”; trabajo realizado en Guatemala. La prueba se aplicó a 1096 estudiantes de 12 a 17 años distribuidos en 4 grupos el cual tuvo como objetivo: Establecer la prevalencia de los trastornos alimenticios en una población mixta de adolescentes de diferentes centros educativos; las conclusiones que se tuvieron son: La prevalencia de trastornos alimenticios en adolescentes de centros educativos privados fue de 22.5% para el grupo de mujeres y de 7.3% para el grupo de hombres.

La prevalencia de trastornos alimenticios en adolescentes de centros educativos públicos fue de 16.2% para el grupo de mujeres y de 8.2% para el grupo de hombres de trastornos alimenticios entre el grupo de adolescentes. La prevalencia de trastornos

---

<sup>11</sup> Cifuentes A, Mincy C: Prevalencia de los Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género [Tesis para optar título de Médico Cirujano] Guatemala: Universidad Francisco Marroquin; 2004.

alimenticios es significativamente mayor en el grupo de adolescentes del sexo femenino (al evaluar adolescentes de centros educativos privados y públicos en conjunto).

PARINANGO SERRANO, Marilú Lisset (2005)<sup>12</sup>; “Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa El Salvador”, trabajo realizado en Lima – Perú el cual tuvo como objetivo determinar los Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa El Salvador. La población estuvo conformada por escolares de sexo femenino de dicha institución comprendida entre las edades de 11 a 14 años de edad. Entre algunas conclusiones a la que llego fueron:

“En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, el 54% presentan niveles de alto y mediano riesgo siendo mayores en las edades de 11 a 12 (30%)”.

“Existe una mayoría considerable del 54% de escolares púberes y adolescentes que presentan niveles de conductas de alto y mediano riesgo hacia la anorexia nerviosa que se evidencia en la

---

<sup>12</sup> Parinango S, Lisset. Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta Rosa de Lima de Villa El Salvador.[ tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2005.

adopción de conductas psicoemocionales, personales, biológicas, socioculturales y familiares”.

RIVERA CHAMORRO, Diana Carolina; (2007)<sup>13</sup> “Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas”; trabajo realizado en Lima – Perú el cual tuvo como objetivo: Determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de la UGEL N°04 Comas. El estudio se realizó en 3 Instituciones Educativas Estatales ubicados en el distrito de Comas, pertenecientes a la Unidad de Gestión Educativa Local N°04 (UGEL 4). Se aprueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes, es decir que a menor conocimiento mayores serían las conductas riesgosas de anorexia nerviosa que presentan los adolescentes de las instituciones educativas estatales de la UGEL N° 04.

---

<sup>13</sup> Rivera Ch, Diana C. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas [tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería]. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007

ACEVEDO FARFÁN, Julieta Inés (2008) <sup>14</sup>; “La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes” de la Pontificia Universidad Católica del Perú el cual tuvo como objetivo; Establecer la relación entre la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes que acuden a colegios públicos y privados de Lima Metropolitana; La población a la que pertenece el grupo de estudio son mujeres adolescentes de colegios públicos y privados segregados de Lima Metropolitana. Entre las conclusiones:

Si bien en la presente investigación no se ha medido la insatisfacción corporal, hemos encontrado que el 43.7% de nuestro grupo de estudio se encuentra inconforme con su cuerpo, lo cual podría estar reflejando esta tendencia de las adolescentes a estar insatisfechas con su cuerpo. Además, hallamos que el 71.17% del grupo estudiado se percibe subida de peso. Nos llama la atención que en este grupo también se encuentren adolescentes que reportan niveles de peso bajos y muy bajos. Si bien no contamos con información sobre el peso real de las adolescentes, es posible que un grupo de ellas presente una distorsión en la percepción de su peso.

---

<sup>14</sup> Acevedo F, Julieta I. La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes [tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008.

PAREDES TELLEZ, Hayleen Jazmín (2009) <sup>15</sup> "Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del tercero, cuarto, quinto de secundaria de un Colegio Estatal de la Ciudad de Moquegua; 2009" de la Universidad Privada de Tacna, Escuela Profesional de Medicina Humana, el cual tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes del tercero, cuarto y quinto de secundaria de un colegio de la ciudad de Moquegua – 2009; Se trabajo con 308 estudiantes del 3º, 4º y 5º de secundaria del colegio Estatal de Moquegua – 2009, a quienes se le aplicó el cuestionario EAT y el M.I.N.I. para determinar el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria.

Entre las conclusiones: el 42.5% de los estudiantes de 3ro, 4to y 5to año de colegio estatal de Moquegua se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo de algún trastorno alimentario. El 11.04% de estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo convulsiva/ purgativa actual. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa.

---

<sup>15</sup> Paredes T, Hayleen J. Prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del tercero, cuarto, quinto de secundaria de un colegio estatal de la ciudad de Moquegua; 2009. [Tesis para optar título de Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2009.

BORREGO ROSAS, Carlos E. (2010), "Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria" trabajo realizado en Trujillo – Perú en la población de mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo, constituida por un total de 355 estudiantes entre los 16 y los 20 años. Los utilizados fueron el Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio elaborado para la presente investigación y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2) de Garner (1998). La investigación dio como resultado una correlación estadística altamente significativa y otra significativa, entre los factores de riesgo (psicológicos, familiares y socio culturales) con cada uno de los indicadores clínicos asociados a los trastornos del comportamiento alimenticio (Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, entre otras).

## **2.2.- BASE TEÓRICA**

La adolescencia es un periodo de crisis en el que se experimenta una mayor inestabilidad en las estrategias de regulación emocional, así como una mayor intensidad y frecuencia de emociones negativas.

La anorexia nerviosa que se inicia con el deseo de adelgazamiento asociado a presiones sociales, situaciones familiares y alteraciones psicológicas, acaba siendo una verdadera enfermedad endocrina y de nutrición.

La persona que padece esta enfermedad se convierte en una esclava de su obsesión por adelgazar a toda costa sin valorar las consecuencias. Es por ello, que la educación para la salud se configura como uno de los instrumentos preventivos para actuar sobre dichos factores de riesgo promoviendo la adopción de conductas alimentarias saludables y así disminuir el riesgo al que están expuestos contribuyendo a mejorar su calidad y estilo de vida.

**2.2.1 Adolescencia:** La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un

periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sus sueños acerca del futuro.

Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes, o al contrario, la califican como una etapa de amenazas y peligros, para descubrir, al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones, de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. Si hay algo que podamos afirmar con toda certeza, podemos decir que, esta edad es igual de variable, y tal vez además que cualquier otra edad.<sup>15</sup>

Estas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no solo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente. A medida que las influencias exteriores a la familia empiezan a adquirir importancia, las decisiones que adoptan los jóvenes y las relaciones que forman influyen cada vez mas en su salud y en su desarrollo físico y psicosocial. Lo que hagan en esta época les afectará durante toda la vida y tendrá consecuencias para sus vástagos. La adolescencia es una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos.

En términos de grupo etario y para efectos de planificación de acciones la adolescencia esta comprendida entre los 10 a 19 años, reconociéndose dos subetapas claramente diferenciadas en su interior: 10-14 años, adolescencia temprana y 15 a 19 años, adolescencia propiamente dicha, frente a las que el estado debe tener también una oferta diferenciada.<sup>16</sup>

En realidad los adolescentes no se perciben como figuras en proceso de maduración, sino ya elaboradas con un peso y estatura determinados y no tienen conocimientos de sus necesidades nutricionales. En pleno brote puberal el metabolismo es muy sensible a las restricciones calóricas. Esto se agrava si además hay disminución del aporte proteico, y la consecuencia no es sólo la pérdida de peso, sino también el retardo de crecimiento y/o una talla final más baja.

El adolescente transcurre por una etapa vital que se caracteriza por múltiples cambios corporales que no pueden ser integrados con facilidad a su imagen corporal. Esa es la imagen interna que se tiene del propio cuerpo y en ella se sustenta la

---

<sup>16</sup> Organización Mundial de la Salud. Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra, 1999.

autoestima, que es fundamental para el intercambio y desarrollo social del individuo. La inestabilidad adolescente se agrava por la poca tolerancia de los jóvenes a las desviaciones de su esquema corporal frente a los patrones culturalmente aceptados.

Lo que sí es real y uniforme es la disconformidad de los adolescentes con su cuerpo que es patente en la actualidad. Las chicas siempre han presentado mayor disconformidad con su cuerpo que los chicos, y de la misma manera es mucho más corriente encontrar desorden alimentario en mujeres que en hombres.<sup>17</sup>

**El adolescente y su imagen corporal:** El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto concepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes.

---

<sup>17</sup> Carrillo D, María V. La Influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa[Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II, Universidad Complutense de Madrid; 2001.

El experto en adolescencia y trastornos alimentarios, Alfredo Goño Grandmontagne, catedrático español de Psicología Evolutiva y de la Educación refiere “Muchas personas no están a gusto con su cuerpo y tiene directamente que ver con nuestra sociedad, donde impera el ideal corporal de la delgadez asociada al éxito, a la belleza, al autocontrol y a otras cualidades positivas. Los medios de comunicación difunden persistentemente este modelo difícil de alcanzar.”

Remarcó que “cuando la gente compara la imagen corporal propia con el ideal interiorizado, surgen sentimientos de insatisfacción corporal y personal, de ansiedad y una necesidad compulsiva de cambio físico. Entonces, aparecen los trastornos alimenticios.

La gente recurre a la inanición, a purgas mediante vómitos, diuréticos o laxantes, ejercicio físico compulsivo o desgaste de zonas corporales concretas que, como sucede en el caso de la anorexia y de la bulimia, ponen en grave peligro la salud física y psicológica”.<sup>15</sup>

**Desarrollo psicosocial del adolescente:** Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia es el periodo de transición, y los cambios físicos, psíquicos y sociales que se operan, entrañan la

necesidad de que el individuo se adapte a ellos. Cuanto más rápido se produzcan estos cambios, tanto más difícil será la adaptación. El éxito con que el adolescente transcurra por esta etapa dependerá, en gran parte, de la forma en que se le preparo para ello durante su niñez. La transición biopsicosocial de esta época de la vida, no es necesariamente uniforme ni sincrónica, pudiendo haber asincronías entre los aspectos biológico, intelectual, emocional y social.

**Salud Mental y Trastornos de la alimentación:** Dentro de los trastornos de la salud mental se encuentran los trastornos alimentarios caracterizados por comportamientos anormales de alimentación que ponen en peligro la vida, entre ellas tenemos a la Anorexia Nerviosa que es un trastorno mental y del comportamiento; muy común en la población adolescente.<sup>13</sup>

Los trastornos alimenticios se definen como alteraciones persistentes de la conducta alimenticia, caracterizados por el consumo y absorción anormal de alimentos con la finalidad de controlar el peso corporal, lo cual tiene una repercusión significativa sobre la salud física y el funcionamiento psicosocial. Estos trastornos no son secundarios a enfermedad médica reconocida.

Los dos trastornos de la alimentación mejor conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.<sup>11</sup>

En el Estudio epidemiológico de Salud Mental realizado en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, publicado en la revista ANALES de Salud Mental en el año 2003, tenemos que del total de adolescentes encuestados, el 16.1% no está satisfecho con su aspecto físico y el 43.3% sólo está satisfecho en forma regular; también refiere que el 5.4% de motivos de deseos suicidas y el 5.6% de motivos de intentos suicidas son los relacionados con problemas con la autoimagen; además menciona que el 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 8.3% tiene tendencias a problemas alimentarios<sup>18</sup>

En el Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 realizada en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en el año, publicado en la revista ANALES de Salud Mental en el año 2004, tenemos que del total de adolescentes encuestados, el 11.5% no está satisfecho con su aspecto físico y el 28.5% sólo está satisfecho en forma regular; también refiere que el 1.7% de motivos de deseos suicidas y el 1.3% de motivos de intentos suicidas son los relacionados con

---

<sup>18</sup> Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2002" Volumen XX Año 2003

problemas con la autoimagen; además menciona que el 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 5.9% tiene tendencias a problemas alimentarios.<sup>19</sup>

En el Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004, publicado en la revista ANALES de Salud Mental en el año 2005, tenemos que del total de adolescentes encuestados, el 9.8% no está satisfecho con su aspecto físico y el 18.9% sólo está satisfecho en forma regular; también refiere que el 0.3% de motivos de deseos suicidas son los relacionados con problemas con la autoimagen; además menciona que el 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 5.1% tiene tendencias a problemas alimentarios.<sup>20</sup>

**2.2.2 Anorexia Nerviosa:** La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003" Volumen XX Año 2004

<sup>20</sup> Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004" Volumen XX Año 2005

<sup>21</sup> Valero B, Cristina. Cilla L, Ana. García V, Marta. Santesteban R, Victoria. Sánchez G, Teresa. Asensi Serrano, Rosa. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Farmacia. COFZ 2001[serie en internet]; Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, [alrededor de 25 pantallas].

La anorexia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por un rechazo a mantener el peso dentro de los límites corporales, unido a un inmenso temor a ganar peso y a una exagerada preocupación por la silueta. La valoración que hace de sí misma está determinada por lo que opina de su cuerpo, lo cual la lleva a reducir la cantidad de alimento que ingiere diariamente. A pesar de disminuir de peso, el temor a aumentar de peso continúa e incluso se incrementa. Por lo que, llega a dedicarle una excesiva energía y perseverancia.<sup>22</sup>

Falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave.<sup>23</sup>

La anorexia nerviosa consiste en la necesidad compulsiva de tomar todas las precauciones posibles para perder peso, haciendo ejercicios, evitando comer o comiendo sólo aquello que menos calorías aporten al organismo (No se presenta una reducción del apetito, sino que existe una negación consciente y deliberada a comer.<sup>24 25</sup>

---

<sup>22</sup> Cervera, M. (2005). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia.- Madrid: Pirámide.

<sup>23</sup> Diccionario de la Real Academia Española, 20<sup>a</sup> ed. España 2001. Anorexia Nerviosa.

<sup>24</sup> Feinstein, Sh. y Sorosky, A. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.

<sup>25</sup> Turón, V. y col. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

El término anorexia nerviosa deriva del término griego para “pérdida de apetito” una palabra latina que implica un origen nervioso. La anorexia nerviosa es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales. El primero es una inanición autoinducida de una intensidad significativa; el segundo es una búsqueda implacable de la delgadez un miedo mórbido a la obesidad, y el tercero es la presencia de signos y síntomas médicos debido a la inanición.

La anorexia nerviosa suele asociarse a distorsiones de la imagen corporal, la percepción propia de ser de un tamaño preocupantemente grande a pesar de existir una delgadez extrema. En el DSM- IV-TR, la anorexia nerviosa se caracteriza como un trastorno en el que las personas niegan a mantener un peso mínimo normal, sienten una gran temor a ganar peso y malinterpretan significativamente su cuerpo y su figura. El DSM-IV-TR también señala que el término anorexia (“pérdida del apetito”) es engañoso porque la pérdida del apetito rara vez se produce en la fase inicial del trastorno.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Perú: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

**Epidemiología:** Los Trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves que afectan a un número cada vez mayor de pacientes, preferentemente mujeres adolescentes y jóvenes. En nuestra sociedad el afán de adelgazar se ha convertido en una auténtica obsesión y pocas veces se ha registrado un índice tan alto de mujeres que se sienten desgraciadas a causa de su físico y en especial de su exceso de peso sea éste real o imaginario.<sup>13</sup>

Hoy en día, los trastornos alimenticios se han convertido en patologías masivas a nivel mundial. La incidencia de estos desórdenes ha ido en aumento durante los últimos 50 años, al punto que hoy son más comunes de lo que se podría pensar. Lo cual en parte también se explica por un mayor conocimiento y diagnóstico de estos trastornos.<sup>27</sup>

En el mundo tienen anorexia y bulimia 7 millones de mujeres y un millón de hombres, además constituyen la segunda causa de muerte entre los adolescentes con el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psíquicas.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53 (1), 187-213.

<sup>28</sup> Admin.[serie en internet] Que es la Bulimia y la Anorexia. [ citado el 2006 Mayo 01].

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

En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1.<sup>29</sup>

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud (MINSAL) "Las atenciones por anorexia y bulimia a los adolescentes que oscilan entre los 13 y 17 años de edad se han incrementado en un 20 por

---

<sup>29</sup> Urrejola N, Pascuala. Anorexia nerviosa. C S Des Adol: Pontificia Universidad Católica de Chile [serie en internet]; 3 (9): [alrededor de 20 pantallas].

ciento en lo que va de este año, a diferencia del mismo periodo del año anterior" (ANDINA, 20 de junio de 2009).

Entre el 7,3 y 11,4 por ciento de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país, sufren problemas alimentarios (Anorexia y Bulimia), según demuestran Estudios Epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".<sup>30</sup>

Se han descrito diversos tipos de trastornos de la conducta alimentaria hasta en el 4% de los estudiantes adolescentes y adultos jóvenes. La anorexia nerviosa se ha descrito con mayor frecuencia durante las últimas décadas, con un aumento del número de publicaciones en chicas y chicos prepúberes. Las edades de inicio más habituales de este trastorno se sitúan en la mitad de la adolescencia, pero hasta el 5% de los pacientes anoréxicos, el trastorno se inicia al principio de la segunda década. Según el DSM-IV-TR, la edad de inicio más habitual tiene lugar entre los 14 y los 18 años. Se estima que la anorexia nerviosa se da en alrededor del 0,51% de las chicas adolescentes. Es de 10 a 20 veces más frecuente en las chicas que en los chicos. Se han

---

<sup>30</sup> Ministerio de Salud. [Sede web]. Lima: peru.com; 2010 [acceso 19 de Julio de 2010]. Aproximadamente el 11 por ciento de adolescentes sufre trastornos alimentarios en el país [aproximadamente 3 pantallas].

estimado una prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia nerviosa que no cumplen los criterios diagnóstico cercana al 5%. Aunque inicialmente se describió una frecuencia mas elevada del trastorno entre las clases superiores, los estudios epidemiológicos recientes nos muestran una distribución similar. Parece mas habitual en los países desarrollados y puede observarse con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes con profesionales que exigen delgadez, como la moda o la danza. La anorexia nerviosa se asocia a depresión en el 65% de los casos, a fobia social en el 34% de los casos y al trastorno obsesivo compulsivo en el 26% de los casos.<sup>26</sup>

La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18%. Tras 12 años de evolución de la enfermedad en una persona la curación se considera prácticamente imposible.<sup>13</sup>

**Tipos:** La anorexia nerviosa se ha dividido en dos subtipos (el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/ purgativo).

- ✓ **Restrictivo:** Predominan la dieta y las medidas conducentes a perder peso. No tienen comilonas o uso de purgantes, provocación de vómitos.

Presenta en alrededor del 50% de los casos, la ingesta de alimentos está muy restringida (normalmente se trata de consumir) menos de 300- 500 cal/día y sin ningún gramo de grasa, y el paciente puede mostrarse implacable y compulsivamente imperactivo con lesiones deportivas por sobreesfuerzo.

- ✓ **Compulsivo/ purgativo:** Durante el episodio actual ha tenido comilonas o usado purgantes, provocación de vómitos.

Los pacientes van alternando los intentos a seguir una dieta rigurosa con episodios intermitentes de atracones y purgas; si se dan los atracones pueden ser subjetivos (mayor ingesta de la que pretendía la paciente o debido a la presión social, pero no enorme) o bien objetivos. Las purgas representan una compensación secundarias de las calorías no deseadas, normalmente se llevan acabo por medio del vómito autoinducido, mediante el abuso de laxantes con menor frecuencia, mediante diuréticos , y en ocasiones mediante eméticos. El ejercicio excesivo y los rasgos perfeccionistas son comunes en ambos subtipos. <sup>26</sup>

**2.2.3. Conductas de Riesgo a la Anorexia Nerviosa:** La enfermedad tiene varias conductas de riesgo que al realizarlas nos predisponen a padecerla o la desencadenan directamente. Entre ellas tenemos:

- ✓ Conductas de riesgo Alimentario
  - ✓ Conductas de riesgo Psicoemocional
  - ✓ Conductas de riesgo Sociocultural
  - ✓ Conductas de riesgo Familiar
- 
- ✓ **Conductas de riesgo Alimentario:** El ayuno constituye un eje básico de la anorexia nerviosa, normalmente inician con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechazan las grasas y las proteínas e incluso los líquidos llevándolas a una deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se les puede sumar conductas como la utilización vómitos provocados o exceso de ejercicio. <sup>2</sup>

Se llama *abandono alimentario leve* a la ingesta restringida de alimentos de bajas calorías, pero suficientes en el momento de la consulta que no se acompañan de un severo adelgazamiento. En el caso siguiente, disminuye la ingestión

incluso de alimentos de bajas calorías y el tiempo gira alrededor del número de alimentos que se ingieren lo que a pesar de todo llamamos *moderado* por la posibilidad de remisión. Cuando el abandono alimentario se hace *grave*, estos pacientes sólo ingieren líquidos no calóricos, es casi nula la ingesta alimentaria, mienten y tiran, acumulan y esconden los alimentos.<sup>17</sup>

La persona se niega a comer con los demás, pone muchos obstáculos, de forma insistente como: "No puedo comer con los demás en la mesa, siento que me miran", "Acabo de comer algo, después almuerzo, no se preocupen empiecen ustedes sin mí". Lo cierto es que la jovencita al negarse a ingerir los alimentos no sólo da muestras de su autonomía respecto a sus progenitores, sino también respecto a su propio cuerpo.

Entre ellas tenemos:

- Modificar las costumbres alimentarias.
- Seguir dietas restrictivas.
- Reducir la cantidad de comida.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (por ejemplo, dulces).

- Consumir productos bajos en calorías o ricos en fibra.
- Usar diuréticos y abusar de laxantes.
- Realizar ejercicio físico para perder peso.
- Presencia de “atracones” en las últimas semanas.
- Sentimientos de culpa por haber comido.

✓ **Conductas de riesgo Psicoemocionales:** La imagen corporal como autoimagen, el temor a tener el cuerpo como el padre o la madre, una pubertad precoz, un accidente desfigurador, las críticas o mofas, fracasos amorosos, afectan a todas las áreas del desarrollo afectivo, personal, comportamental y de relaciones humanas que pueden desencadenar el adelgazamiento, también es importante la presencia en las/los adolescentes de otros trastornos psicopatológicos igual o más influyentes que lo dicho.<sup>17</sup>

El periodo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así de los esfuerzos para separarse de los padres y establecer su propia independencia, esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al

sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación.

Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto, idealizado, radical, que implica el someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo su propia vida. Los déficits en la autoestima relacionados con un alto nivel de autoexigencia hacen que el deseo de ser aprobadas por los demás por la apariencia externa pueda llevarlas a una conducta de dieta. El perfeccionismo y el autocontrol también son factores que pueden inducir a la anorexia nerviosa.<sup>2</sup>

El hambre intensifica la depresión. Este deterioro en el estado de ánimo puede reducir aún más los sentimientos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto perpetuando el ciclo.<sup>17</sup>

En realidad nadie puede conocer realmente el sufrimiento extremo de estos jóvenes, que deciden hacer algo para ser

mejores y que se equivocan de camino, porque se siente fundamentalmente descontextualizado en un mundo al que no saben enfrentarse y en el que no encuentran amor. El sufrimiento es el mayor de los síntomas que padecen, un sufrimiento silencioso que no gritan porque ni ellos mismos saben que les está sucediendo ni por qué.

Entre las conductas de riesgo psicoemocionales tenemos:

- Preocuparse de forma excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura.
  - Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazarse. Cambios de carácter (irritabilidad, ira).
  - Inseguridad respecto su capacidad.
  - Aislamiento social y olvidar las amistades.
  - El no aceptarse.
  - Baja autoestima
  - Inestabilidad emocional
- ✓ **Conductas de riesgo Sociocultural:** Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV,

prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes.<sup>2</sup>

Los actuales medios de comunicación son omnipresentes y poderosos perpetuando la importancia del atractivo físico y el ideal de delgadez, aumentando así los niveles de insatisfacción corporal tanto en mujeres como en hombres (Derenne & Beresin, 2006). De hecho en un estudio se comprobó que los programas de televisión "Realitys shows" relacionados con las operaciones de cirugía estética y de cambio de imagen se relacionaron con actitudes y comportamientos alterados en mujeres, sobre todo en los casos, en los que existía una interiorización del ideal de delgadez. (Mazzeo et al. 2007).

La información general por una parte proporciona a los adolescentes unos modelos de vida, comunica unos patrones de conducta entre los jóvenes, reproduce dietas y otras formas de mantenerse en forma como si eso fuera lo más importante para triunfar en la vida, íntimamente relacionado con esta área está el interés en la adolescencia de despertar los instintos sexuales hacia el otro sexo, de gustar y de empezar a practicar las artes de la coquetería y

la relación con chicos y chicas, si a la vez existe una preocupación por el físico, los deseos y expectativas de éxito se tamizan a través de este filtro y se orientan hacia la máxima siguiente, "si no tengo un cuerpo delgado no gustaré a los demás". No sólo los deseos de compartir experiencias íntimas sino también el deseo de tener amigos y ser aceptado por ellos, forman parte de este contexto social que igualmente es influyente en las causas, el tener compañeros de juegos y de diversiones nos obligan a buscar su aceptación, en una época de la vida en la que fundamentalmente somos lo que los demás quieren hacer de nosotros, y por tanto nos obligan a ser vulnerables a los comentarios y juicios que hacen los demás.

Hoy, los trastornos de la alimentación se han saltado las barreras sociales e incluso, las fronteras de la adolescencia.

"La anorexia, por ejemplo, se ha universalizado. Ahora afecta a todas las clases sociales y empiezan a presentarse casos de personas que sobrepasan la treintena y que sufren este trastorno", afirma el doctor G. Morandé (1990).<sup>17</sup>

Entre las conductas de riesgo sociocultural tenemos:

- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazar.

- Preferir los programas de televisión donde aparecen los modelos.
  - Preferir conversar sobre temas relacionados con las dietas y el peso
  - Tener como imagen ideal a un modelo ideal de belleza.
- ✓ **Conductas de riesgo Familiar:** Aunque algunos estudios no han hallado ningún papel predictivo específico de los factores familiares (Leon et al. 1997; Young et al., 2001). En los últimos años, la evidencia ha reforzado la idea de que los padres pueden contribuir directamente a los trastornos de la alimentación de sus hijos a través de diferentes aspectos. Podrían ser el entorno que generan, valores que infunden, en particular fomentando un entorno que enfatiza en exceso todo lo referente a las comidas y la alimentación y alienta conductas como la dieta y el ejercicio en la búsqueda de una figura corporal ideal. El papel de la familia es un aspecto importante en el estudio de los factores de riesgo de los problemas alimentarios de los hijos. Muchos estudios se han centrado en la percepción del adolescente del funcionamiento familiar, en pacientes con anorexia. (Dancyger et al., 2005; Fornari et. Al., 1999).

Se sabe también que el impacto de los valores paternos puede ser observado a una edad relativamente temprana. Agras et.al (2007) hallaron que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tenían hijas con más preocupación por la delgadez, que sentían una mayor presión hacia la delgadez y que intentaban modificar su peso. En otro estudio con niños de escuela elemental, los intentos para perder peso y una baja autoestima estuvieron significativamente relacionados con los comentarios de los padres acerca de su apariencia física y su peso, y con las quejas acerca del peso de los propios padres (Smolak, Levine, & Schermer, 1998). Los hallazgos de Smolak et.al (1998) apoyan la hipótesis, y la investigación clínica con una cohorte de mayor edad (Fairburn et al. 1997) de que tanto los comentarios como el modelado parental pueden influir en la conducta alimentaria de los hijos, y en especial de las hijas. <sup>15</sup>

La familia no causa el trastorno, pero sí puede generar un ambiente, protagonizado por unas costumbres y hábitos de todo tipo, muchas veces hábitos alimentarios incorrectos, una determinada educación y unas presiones de lo más variadas ejercientes a veces desde la mejor voluntad, que

hacen en los hijos desencadenar una rebeldía manifestada a través de su propio cuerpo en forma de alteraciones de la conducta y el trato familiar, muchas veces protagonizado por las relaciones de la madre y la hija.

A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes y por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas. Desde el nacimiento, la familia es la encargada de la educación primaria, es la depositaria del afecto y del desarrollo tanto físico como psicológico de la persona, es la esponja de la que absorben los comportamientos, los modelos y patrones de conducta unas niñas/os especiales por su inteligencia, por su capacidad de despuntar en todo aquello en lo que se proponen, y que debido a la enfermedad entablan una lucha de poder entre sus aspiraciones y su insatisfacción interior que se desvía hacia

el arma más a su alcance, la herramienta de su propio cuerpo, que se proponen modificar para ser otros. Es evidente a muchos expertos, que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos, tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos y aunque las madres puedan tener una influencia fuerte en sus hijos, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de anorexia en las niñas, igualmente es muy importante el papel de la familia en la curación del trastorno.

La influencia del ambiente familiar influye decisivamente en la enfermedad sobre todo si esta familia está permanentemente preocupada por la estética, sin embargo el hecho de que en una familia se cuide la alimentación, no influye directamente en la enfermedad aunque sí puede generar conductas de anoréxicos potenciales si la presión es mucha.

La familia debe saber que estos trastornos son conductas que llevan a la autodestrucción, pero que no pueden controlarse y que sus efectos pueden ser para toda la vida y pueden llegar a producir la muerte si no se pone en marcha el tratamiento adecuado. Son enfermedades que pueden curarse con una detección temprana y un adecuado tratamiento. El tratamiento es largo y complejo, se precisan profesionales muy especializados y un gran apoyo por parte de la familia. La clave del éxito terapéutico está en conseguir que el paciente vaya retomando el control de su vida a través de la confianza en sí mismo y siempre apoyado por los suyos.

En general es importante descubrir como al comienzo de una enfermedad de este tipo existen algunos aspectos familiares que dificultan el reconocimiento del cuadro en su comienzo y enmascara el resultado final. Al principio, el desconocimiento familiar de estas enfermedades, hace que la reacción sea más lenta produciéndose de entrada una aceptación tanto familiar como escolar de la decisión de perder peso por la joven. El rendimiento sigue siendo bueno, la hija se vuelve más estudiosa aún, y completa su formación con otras actividades, despunta entre sus

compañeros de clase y los profesores la elogian, este aparente bienestar hace que la familia se sienta tranquila y no descubra la realidad de la enfermedad; por otra parte cuando la familia empieza a conocer la realidad es cuando la enferma deja de comer nutrientes esenciales, cambia de carácter, empieza a ser rechazada por sus amigos, todo esto, unido a un estado físico muy deteriorado, presentan la enfermedad desenmascarada ante todos.<sup>17</sup>

Es por tanto obvio decir, que los padres deben estar pendientes del desarrollo físico de sus hijos con el fin de detectar precozmente estos trastornos nutricionales para intentar su detección precoz. La comunicación entre padres e hijos, la corrección de situaciones de ansiedad y de tensión, la vigilancia en el consumo de dietas exóticas monótonas, el apoyo familiar en las personalidades inseguras, son medidas que aplicadas tempranamente permiten evitar las formas graves que a veces son mucho más difíciles de resolver incluso con tratamientos que requieren hospitalización.<sup>17</sup>

La familia se considera importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se

ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos. <sup>6</sup>

Estos son algunas de las características de las familias:

- Preocupación excesiva de la madre o padre por el peso y las dietas.
- Conflictos familiares.
- Modelo de dinámica familiar (clima tenso, agresivo, sobreprotección).
- El que los padres tomen decisiones por los hijos.
- Las madres se encuentran preocupadas por su físico.

**Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa(ICD-10) <sup>31</sup>:**

La decima edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10) describe la anorexia nerviosa como una pérdida de peso grave y deliberada causada por el propio paciente. Según la CIE- 10, sus causas siguen siendo desconocidas, pero aparentemente existe una combinación de factores socioculturales y biológicos que contribuye al trastorno, junto con una personalidad

---

✓ <sup>31</sup> CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, 1992.

vulnerable y otros procesos psicológicos. La desnutrición provoca cambios endocrinos y metabólicos y altera las funciones corporales. No está claro si el trastorno de la conducta alimentaria o si también intervienen otros factores.<sup>28</sup>

El diagnóstico de la anorexia debe hacerse de manera que estén presentes todas las siguientes alteraciones según la CIE -10.

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
  
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de evitación de consumo de alimentos que cree que "engordan", y por uno o más de los siguientes síntomas: a) vómitos autoprovocados, b) purgas intestinales, c) ejercicio excesivo y d) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
  
- Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisariogonadal manifestándose en la mujer como amenorrea. No se considera menstruación si se utilizan hormonas sustitutorias, y en el varón como una pérdida del interés y la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
  
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

**2.2.4 CONOCIMIENTO:** Bertrand Rusell, "Es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, además implica todas las relaciones cognoscitivas atención, sensación, memoria, imaginación, creencia, duda, etc; que establecen cierta correspondencia entre un sujeto y un objeto,

siendo el sujeto de carácter mental y el objeto de naturaleza indeterminada".<sup>32</sup>

Mario Bunge "el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, fundados, vago e inexacto; el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo; y el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia".<sup>33</sup>

Entre las formas de conocimiento tenemos:

✓ **Conocimiento cotidiano, espontáneo o empírico.**

Son aquellos conocimientos que en la práctica humana resultaron necesarios para la ejecución de varias acciones, que se reafirman y transmiten de generación en generación con un nuevo acervo cognoscitivo derivado de la actividad cotidiana del hombre, no es sistemático ni metódico, es superficial.

---

<sup>32</sup> Russell, Bertrand. Lógica y Conocimiento. Ediciones Taurus. Madrid - España [3] P.179. 1966

<sup>33</sup> Bunge Mario, La investigación Científica. España: Ed Ariel S.A 1985

### ✓ **Conocimiento Científico**

Es un producto de la investigación científica en cuya adquisición intervienen los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto, apoyados en la teoría científica, guiados por el método científico; capta la esencia de los objetos y fenómenos elaborando así principios, hipótesis y leyes científicas, lo cual se explica de forma objetiva la realidad.

### **Conocimiento Humano: <sup>4</sup>**

#### **Enfoques:**

- a) **Estructural:** Todo sistema tiene una estructura, dentro del conocimiento se distinguen:
- Una estructura biológica.- El cerebro.
  - Una estructura evolutiva.- Procesos de cambio de la estructura cognoscitiva.
  - Una estructura Perceptiva.- Recepción de la información.
  - Una estructura Cognitiva.- Representación mental.
  - Una estructura lingüística.- El lenguaje.
- b) **Conexionista:** Toda estructura cognoscitiva tiene conexiones de transferencia informativa.

- c) **Integral.**- Las estructuras cognitivas funcionan de forma integrada, las partes no se pueden separar del todo.
- d) **Procedimental:** Toda estructura cognitiva usa uno o varios procedimientos para codificar, almacenar y procesar información.
- e) **Procesual:** Todas las funciones cognitivas se pueden entender como un proceso de acción.
- f) **Relacional:** Todas las estructuras están relacionadas en mayor o menor medida.
- g) **Asociacionista:** Las partes cerebrales encargadas de la cognición esta asociadas entre si, formando cadenas de transferencia informativa.
- h) **Dinámico:** Toda estructura cognitiva de algún modo es dinámico a lo largo del tiempo.
- i) **Constructivista:** El individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información luego

reconstruye cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis, siguiendo cursos de acción particulares.

j) **Funcional:** Toda estructura cognitiva tiene un modo de funcionamiento característico de la especie humana.

k) **Adaptativo:** Las estructuras cognitivas parten de la adaptación genética al medio.

### **MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD – NOLA J.PENDER<sup>34</sup>:**

El modelo de promoción de la salud es propuesto por Nola J.Pender con el objetivo de integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

---

<sup>34</sup> Sánchez M, Nancy. Marco Conceptual del Modelo de Nola J. Pender [serie en internet] 2009.

Este modelo de Pender tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio. Los conocimientos de la doctora Pender en desarrollo humano, psicología experimental y educación justifican la inspiración de su modelo en la psicología social y la teoría del aprendizaje.

**Rol de la Enfermera en la Promoción de la salud:** La atención primaria de la salud es la estrategia para alcanzar la meta salud para todos, se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, estos servicios deben comprender: Promoción de una nutrición adecuada, Saneamiento básico, inmunizaciones, abastecimiento de agua, tratamientos adecuados, prevención de las enfermedades endémicas locales, educación sobre problemas de salud y prevención.

La enfermera de Salud Pública tiene dentro del equipo de salud una función doble: suministra cuidado de salud y al mismo tiempo desarrolla un programa de educación para la salud. Su función es esencialmente de naturaleza educativa, su objetivo es mejorar el

nivel de salud de la población inculcando prácticas y hábitos saludables, su método de trabajo es la visita al hogar, a los colegios y a la comunidad para enseñar al grupo cómo cuidar su salud mediante las entrevistas, las demostraciones, lluvia de ideas, talleres, trabajos de grupo a fin de promover el aprendizaje de la persona a través de un proceso simple interactivo y enfocado hacia el logro de los objetivos. En síntesis, la enfermera de salud pública o comunitaria trabaja muy cerca de la comunidad, conoce los problemas médicos, sociales, culturales y familiares del sector de población signado a su cuidado, y siempre está tratando de ayudar a solucionar las dificultades existentes.

La promoción de salud se relaciona con la generación de condiciones de vida saludables y el logro del bienestar; involucra aspectos individuales, familiares y de comunitarios para modificar y actuar sobre los determinantes de la salud. Implica la búsqueda de cambios en las condiciones de vida y trabajo de las personas, que constituyen la estructura subyacente de los problemas de salud y que demandan un abordaje intersectorial.

### **2.3.- Definición conceptual de términos**

#### **ANOREXIA NERVIOSA**

Es un trastorno mental y del comportamiento, caracterizado por el rechazo voluntario de los alimentos, miedo intenso a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada.

#### **CONOCIMIENTOS**

Es toda aquella información que refiere tener el adolescente acerca de las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa.

#### **CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA**

Son todas aquellas manifestaciones o formas de comportamiento asumidas por el adolescente, las cuales aumenta la probabilidad de desencadenar la anorexia nerviosa.

**CAPÍTULO III**

**METODOLOGÍA DE**

**LA INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODOS**

En concordancia a Canales (1989)<sup>35</sup> El diseño es de carácter descriptivo correlacional porque los estudios descriptivos son aquellos que está dirigidos a determinar como es y como esta la situación de las variables que deberán estudiarse en la población, es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo y es prospectivo porque se registra la información según va ocurriendo los fenómenos.

#### **3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

El estudio se realizó en la Institución Educativa Parroquial San Martin de Porres que está constituido por 305 estudiantes entre mujeres y varones del 4to y 5to año del nivel secundario. (Anexo N°1)

---

<sup>35</sup> Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. Edit. Limusa, 20a. Reimpresión, México. 2004.

La muestra de la investigación con la que se trabajó es de 157 estudiantes, obtenida a través de la fórmula estadística para población finita.(Anexo 1)

El tipo de muestreo que se utilizó para seleccionar a los estudiantes que constituirán la muestra fue por Afijación Proporcional en donde se obtendrá la cantidad de estudiantes por cada grado y sección a elegir para la aplicación de la encuesta.  
(Anexo 1)

#### **Criterios de Inclusión**

- Estudiantes mujeres y varones del 4to y 5to año del nivel secundario
- Estudiantes mujeres y varones que asistan el día de la aplicación del instrumento
- Estudiantes mujeres y varones que deseen participar en la investigación

#### **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes mujeres y varones del 1er, 2do y 3er año de secundaria.
- Estudiantes mujeres y varones que no asistan el día de la aplicación del instrumento.
- Estudiantes mujeres y varones que deseen participar en la investigación

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó es un cuestionario de escala modificada tipo Likert el cual consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos relacionados a conocimientos y a las conductas riesgosas de la anorexia nerviosa, diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores.

Estos serán procesados previa elaboración de libro de códigos, asignando a cada respuesta correcta 2 puntos y respuesta incorrecta 0 puntos en el instrumento que mide los conocimientos.

En el instrumento que mide las Conductas de Riesgo: 0 puntos (nunca); 1 punto (pocas veces), 2 puntos (a veces), 3 puntos (Frecuentemente), 4 puntos (Siempre), se presentará en cuadros y gráficos estadísticos e interpretación.

#### **Instrumento No 01**

##### **Conocimientos**

Instrumento elaborado en base al cuestionario de la tesis elaborado por RIVERA CHAMORRO, Diana Carolina; (2007)<sup>4</sup>; y EATING ATTITUDES TEST (EAT - 40) de Garner y Garfinkel (1979), Test

Autoadministrado que determina la gravedad de los síntomas y de las conductas alimentarias en la anorexia nerviosa de 40 ítems que es la más frecuentemente utilizada.

Estos instrumentos fueron adaptados por la investigadora para fines de la presente investigación y poder medir el nivel de conocimientos sobre anorexia a través de sus dimensiones (Anexo 3)

Está constituido por 13 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- **Conocimiento Alto:**  $\geq$  18-26 puntos
- **Conocimiento Medio :** 10– 17 puntos
- **Conocimiento Bajo :** 0 – 9 puntos

Dimensiones:

Información sobre Anorexia Nerviosa:

- Definición
- Prevalencia
- Características
- Manifestaciones
- Conductas de riesgo
- Consecuencias

## **Conductas de Riesgo**

Elaborado por la investigadora del presente estudio y esta constituido por 35 ítems: (ANEXO 3)

Instrumento elaborado en base al cuestionario de un proyecto de tesis elaborado en Lima y adaptado por la investigadora para fines de la presente investigación y poder medir las conductas de riesgo sobre anorexia a través de sus dimensiones como son: alimentaria, psicoemocional, sociocultural, familiar. (Anexo 3)

Está constituido por 35 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- Riesgo sociocultural : 1 – 5
  - Riesgo alimentario : 6 - 15
  - Riesgo Psicoemocional : 16 - 28
  - Riesgo Familiar : 29 – 35
- 
- **Conducta de Alto Riesgo** :  $\geq 93$  – 140 puntos
  - **Conducta de Mediano Riesgo** : 47 – 92 puntos
  - **Conducta de Bajo Riesgo** : 0 – 46 puntos

Valor dimensiones:

	<b>Sociocultural</b>	<b>Alimentaria</b>	<b>Psicoemocional</b>	<b>Familiar</b>
<b>Alto</b>	14 – 20	27 – 40	33 - 52	15 - 21
<b>Medio</b>	7 – 13	14 – 26	18 - 34	8 – 14
<b>Bajo</b>	0 – 6	0 – 13	0 - 17	0 – 7

La **Medición de la Variable** de estudio: conductas riesgosas en la Anorexia Nerviosa en estudiantes del nivel secundario.” Se trabajó utilizando la sumatoria de los puntajes máximos y mínimos obteniéndose:

- Para obtener el valor máximo, se multiplicó el puntaje máximo (4) con el total de ítem (35). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (0) con el total de ítem (35). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 93 y 140 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 47 y 92 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 0 y 46 fueron consideradas como BAJO RIESGO.

En cuanto a la medición de la variable según dimensiones:

- En el **Aspecto Alimentario** para obtener el valor máximo, se multiplicó el puntaje máximo (4) con el total de ítem (10). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (0) con el total de ítem (10). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 3 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 27 y 40 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 14 y 26 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO y los valores comprendidos entre 0 y 13 fueron consideradas como BAJO RIESGO.
- En el **Aspecto Psicoemocional** para obtener el valor máximo, se multiplicó el puntaje máximo (4) con el total de ítem (13). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (0) con el total de ítem (13). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 3 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 33 y 52 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 18 y 34 fueron consideradas como MEDIANO

RIESGO y los valores comprendidos entre 0 y 17 fueron consideradas como BAJO RIESGO.

- En el **Aspecto Sociocultural** para obtener el valor máximo, se multiplicó el puntaje máximo (4) con el total de ítem (5). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (0) con el total de ítem (5). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 3 categorías. La conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 14 y 20 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 7 y 13 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO y los valores comprendidos entre 0 y 6 fueron consideradas como BAJO RIESGO.
- En el **Aspecto Familiar** para obtener el valor máximo, se multiplicó el puntaje máximo (4) con el total de ítem (7). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (0) con el total de ítem (7). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 3 categorías. Los Niveles de Conductas de Riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 15 y 21 fueron

consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 8 y 14 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO y los valores comprendidos entre 0 y 7 fueron consideradas como BAJO RIESGO.

#### **4.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Previa autorización de la Dirección de la I.E. Parroquial San Martín de Porres, se coordinó con la Directora y docentes de la institución, la ejecución del proyecto con la población total de estudiantes de la I. E. Parroquial San Martín de Porres:

- La prueba piloto se realizó en la I.E. Parroquial San Martín de Porres, en la población de estudiantes del 4to y 5to año del nivel secundario, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems de los instrumentos a utilizar y de esta manera poder darle la confiabilidad adecuada.
- Para la ejecución del proyecto se coordinó con los docentes de la institución, su disponibilidad de tiempo para la fecha de aplicación del cuestionario, se hará hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario, para llevar a cabo la respectiva encuesta.
- Los instrumentos fueron aplicados en un tiempo de 15 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

### **3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se elaboró tablas de contingencia con valores absolutos y relativos así como gráficos de distribución según las variables descritas. La tamización de variables se hizo explorando cada registro informático de dicha encuesta.

Para ello se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio.

Programa Word; así como procesador de texto.

Programa Excel; para captura de base de datos y diseño de tablas y gráficas.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y se elaboró una matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las

asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo.

Excel: para el análisis estadístico se utilizó programas de Epi Info y SPSS versión 18. Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares y con gráfica de barras.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0.05$ .

### **Consideraciones éticas**

Durante la aplicación de los instrumentos se respetó y cumplió los principios de ética.

### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los estudiantes que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

### **Privacidad**

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los estudiantes, siendo útil solo para fines de la investigación.

### **Honestidad**

Se informó a los estudiantes los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

### **Consentimiento**

Solo se trabajó con los estudiantes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo.

# **CAPÍTULO IV**

## **DE LOS RESULTADOS**

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 Resultados:**

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en cuadros y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación se describe a continuación cada uno de los cuadros que responden a las mismas.

## CUADRO N° 01

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN LOS  
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I. E.  
PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES  
TACNA - 2011**

<b>CONOCIMIENTOS DE ANOREXIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
BAJO	30	19,11
MEDIO	68	43,31
ALTO	59	37,58
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

### **DESCRIPCIÓN:**

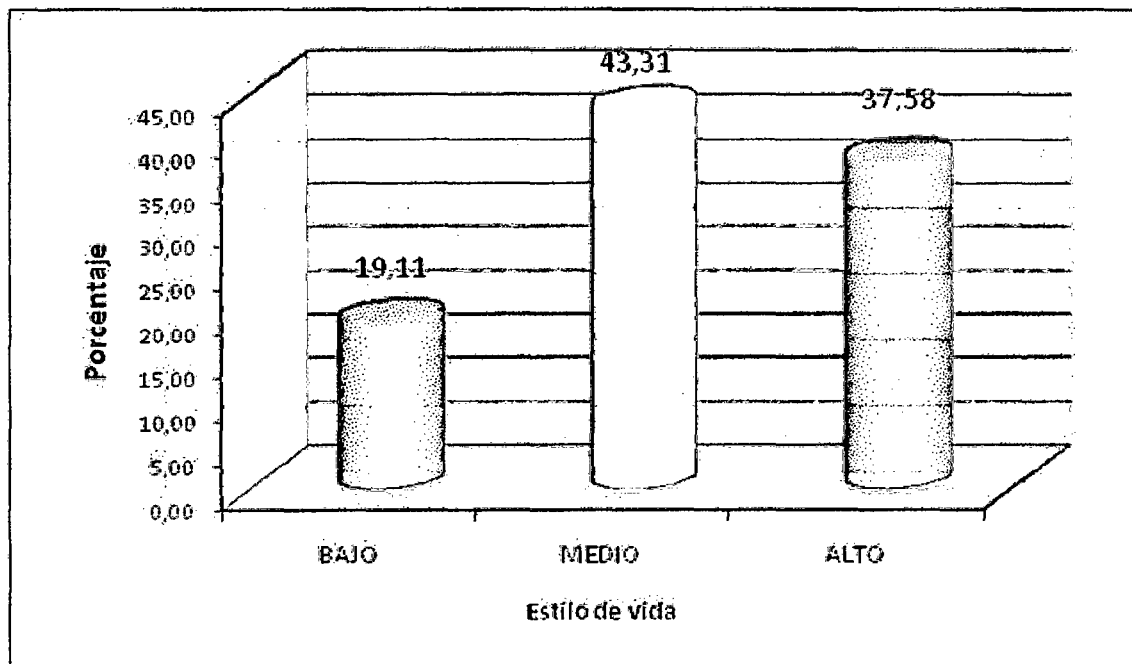
El cuadro se observa que predomina el nivel de conocimiento medio en información con un 43,31% y el nivel bajo con 19,11%.

### GRAFICO N° 01

## NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I. E.

### PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011



Fuente: Cuadro N° 01

## CUADRO N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA POR AÑO DE ESTUDIO DE LA  
I. E. PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES  
TACNA – 2011**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	AÑO DE ESTUDIOS				Total	
	4to año		5to año			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	14	8,92	16	10,19	30	19,11
MEDIO	33	21,02	35	22,29	68	43,31
ALTO	32	20,38	27	17,20	59	37,58
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>50,32</b>	<b>78</b>	<b>49,68</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

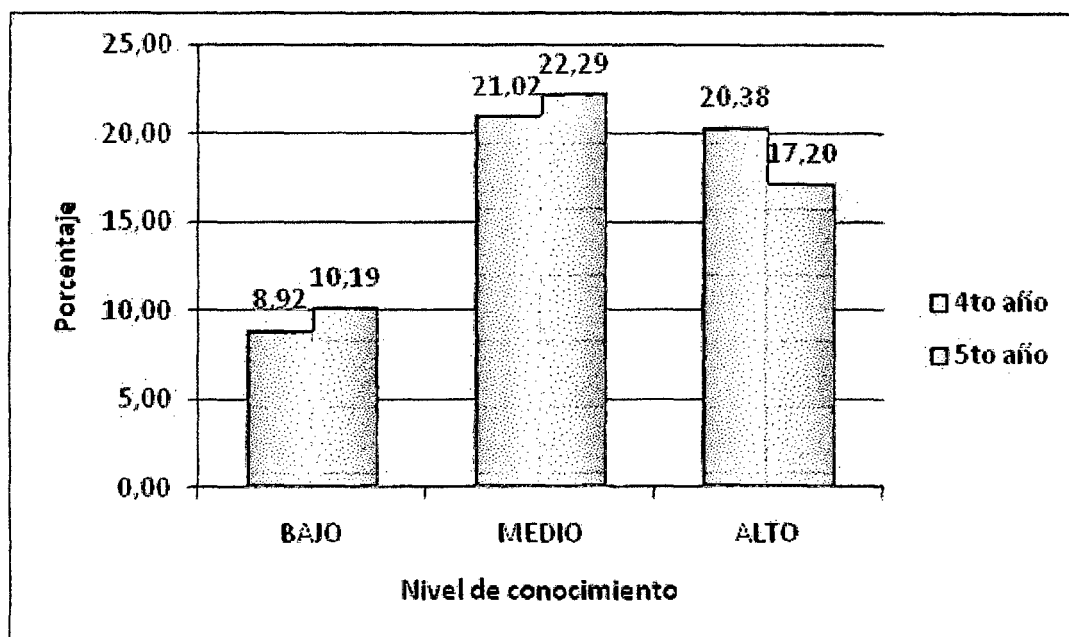
### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 2 se observa que el nivel de conocimiento bajo (10,19%) y medio (22,29%) en escolares del quinto año, el nivel alto en 4to año con (20,38%).

## GRAFICO N° 02

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANOREXIA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA POR AÑO DE ESTUDIO DE LA I. E. PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES

TACNA – 2011



Fuente: Cuadro N° 02

### CUADRO N° 03

**CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL A LA ANOREXIA DE LOS  
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA  
I. E. PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES  
TACNA - 2011**

<b>CONDUCTA RIESGOSA A LA ANOREXIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BAJO	28	17,83
MEDIO	100	63,69
ALTO	29	18,47
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

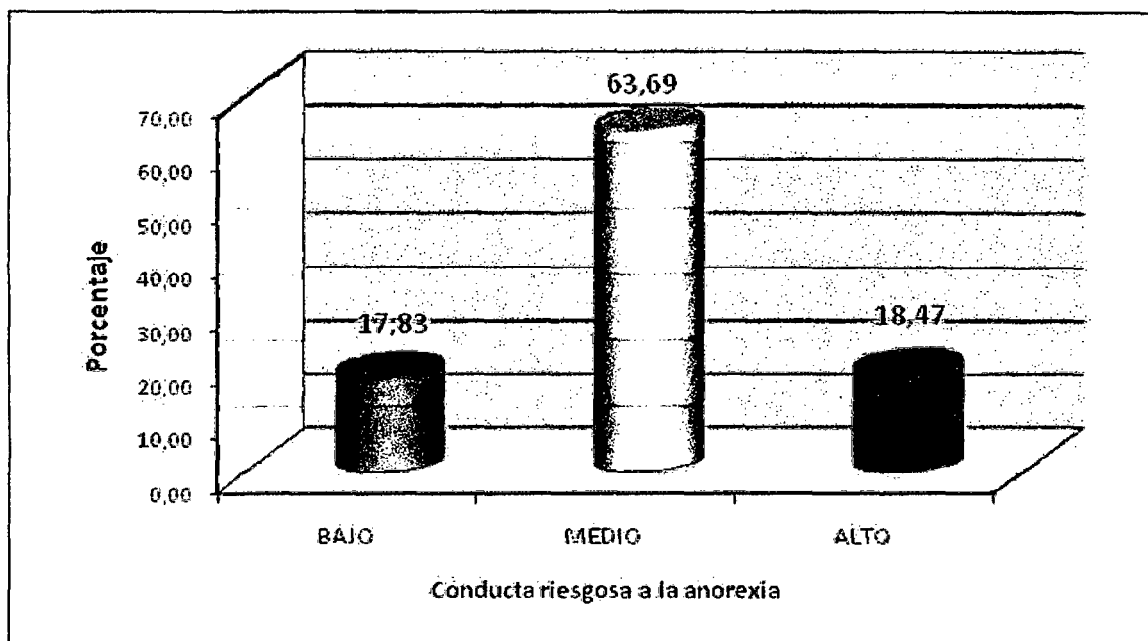
#### **DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro N° 3 destacamos que el 63,69% tienen un nivel de conducta riesgosa media a la anorexia nerviosa, luego el nivel alto representa el 18,47% y el nivel bajo el 17,83%.

**GRAFICO N° 03**

**CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL A LA ANOREXIA DE LOS  
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA  
I. E. PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**



**Fuente: Cuadro N° 03**

**CUADRO N° 04**

**CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL A LA ANOREXIA DE LOS**

**ESTUDIANTES DE SECUNDARIA POR AÑO**

**DE ESTUDIO DE LA I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**

CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL DE LA ANOREXIA	AÑO DE ESTUDIOS				Total	
	4to año		5to año			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	13	8,28	15	9,55	28	17,83
MEDIO	50	31,85	50	31,85	100	63,69
ALTO	16	10,19	13	8,28	29	18,47
Total	79	50,32	78	49,68	157	100,00

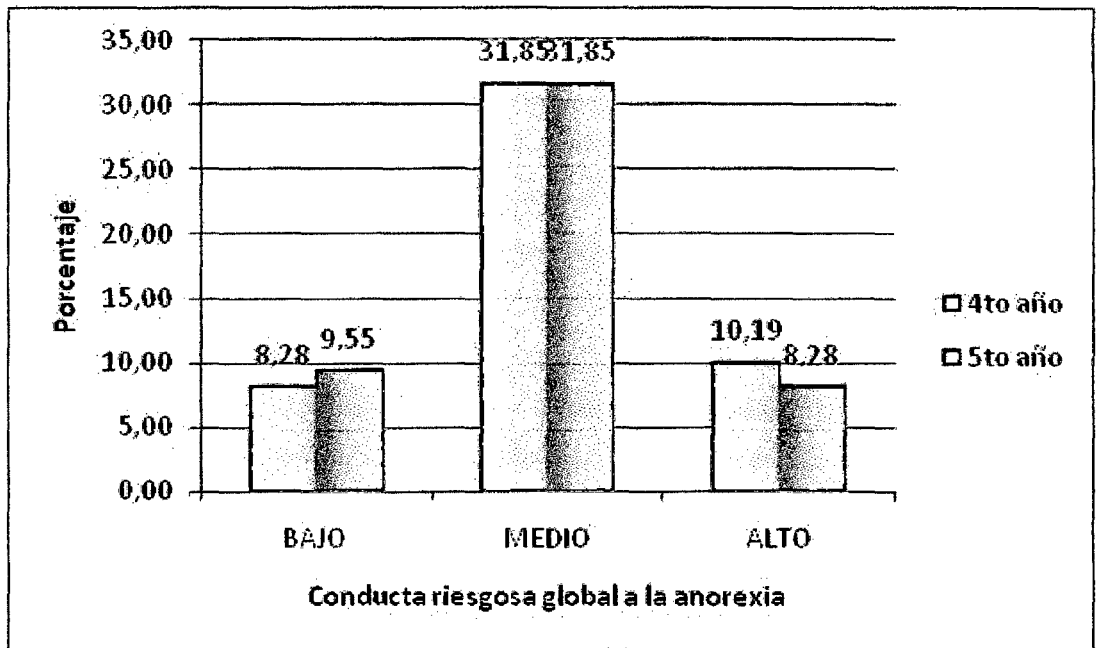
Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martín de Porres Tacna – 2011

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro N°4 se observa que las proporciones del nivel medio son iguales en ambos grados (31,85%), en el nivel bajo 5to año con (9,55%) y en el nivel alto los de 4to año con (10,19%).

**GRAFICO N° 4**

**CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL A LA ANOREXIA DE LOS  
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA POR AÑO  
DE ESTUDIO DE LA I. E. PARROQUIAL  
SAN MARTIN DE PORRES  
TACNA - 2011**



Fuente: Cuadro N° 04

## CUADRO N° 05

### RIESGO SOCIOCULTURAL A LA ANOREXIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011

<b>RIESGO SOCIOCULTURAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
BAJO	53	33,76
MEDIO	81	51,59
ALTO	23	14,65
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N°5 se aprecia que el mayor porcentaje (51,57%) representaron los escolares con nivel de riesgo medio, mientras que el nivel alto lo constituyen el 18,47% y el nivel bajo el 17,83%.

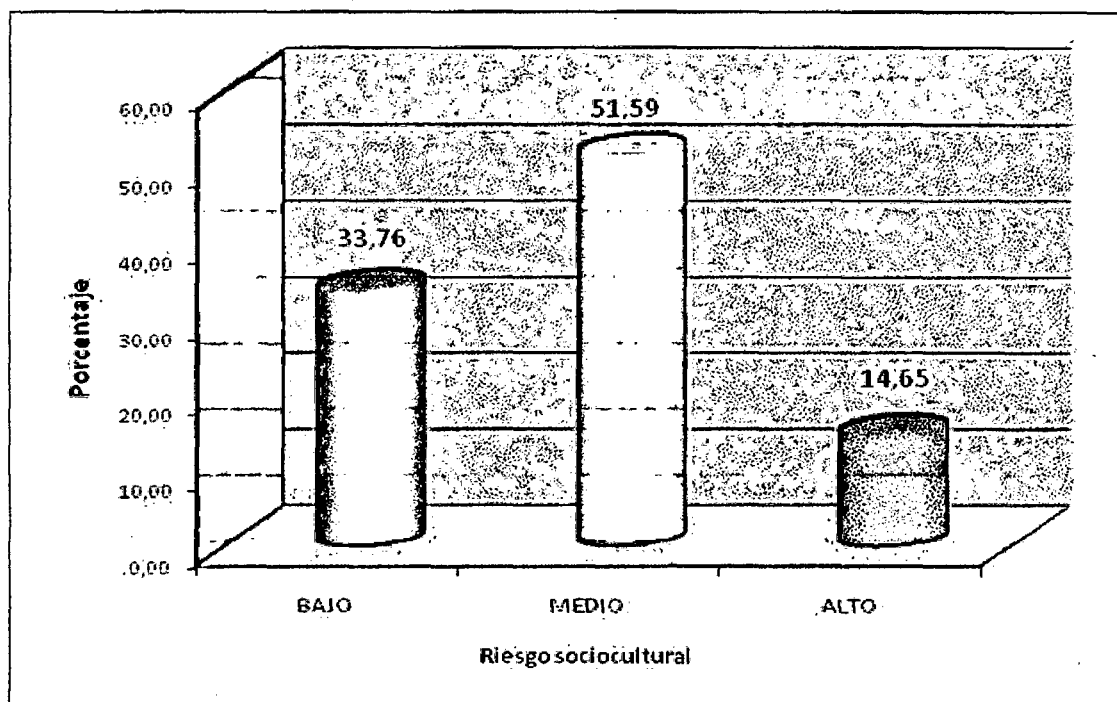
### GRAFICO N° 5

### RIESGO SOCIOCULTURAL A LA ANOREXIA DE LOS

### ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL

### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011



Fuente: Cuadro N° 05

## CUADRO N° 06

### RIESGO ALIMENTARIO A LA ANOREXIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011

RIESGO ALIMENTARIO	FRECUENCIA	%
BAJO	62	39,49
MEDIO	67	42,68
ALTO	28	17,83
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martín de Porres Tacna – 2011

#### DESCRIPCIÓN:

Respecto al tema alimentario, la mayor proporción se encontraron en riesgo de nivel medio, representado por el 42,68%, por otro lado, el nivel bajo significó el 39,49% y el nivel alto el 17,83%.

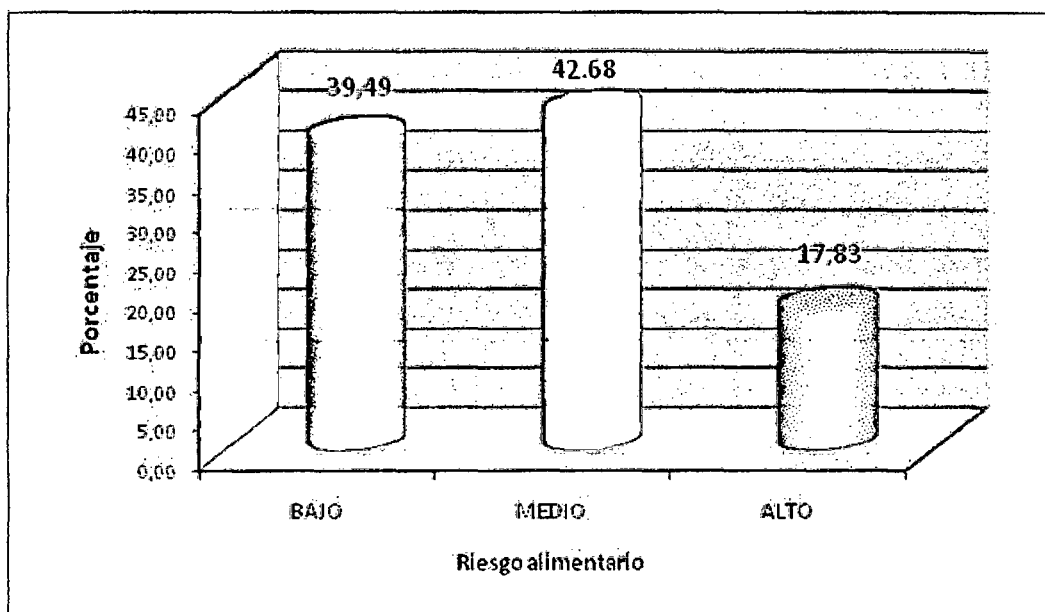
## GRAFICO N° 6

### RIESGO ALIMENTARIO A LA ANOREXIA DE LOS

### ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL

### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011



Fuente: Cuadro N° 06

## CUADRO N° 07

### RIESGO PSICOEMOCIONAL A LA ANOREXIA DE LOS

### ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL

### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011

<b>RIESGO PSICOEMOCIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
BAJO	42	26,75
MEDIO	85	54,14
ALTO	30	19,11
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

#### **DESCRIPCIÓN:**

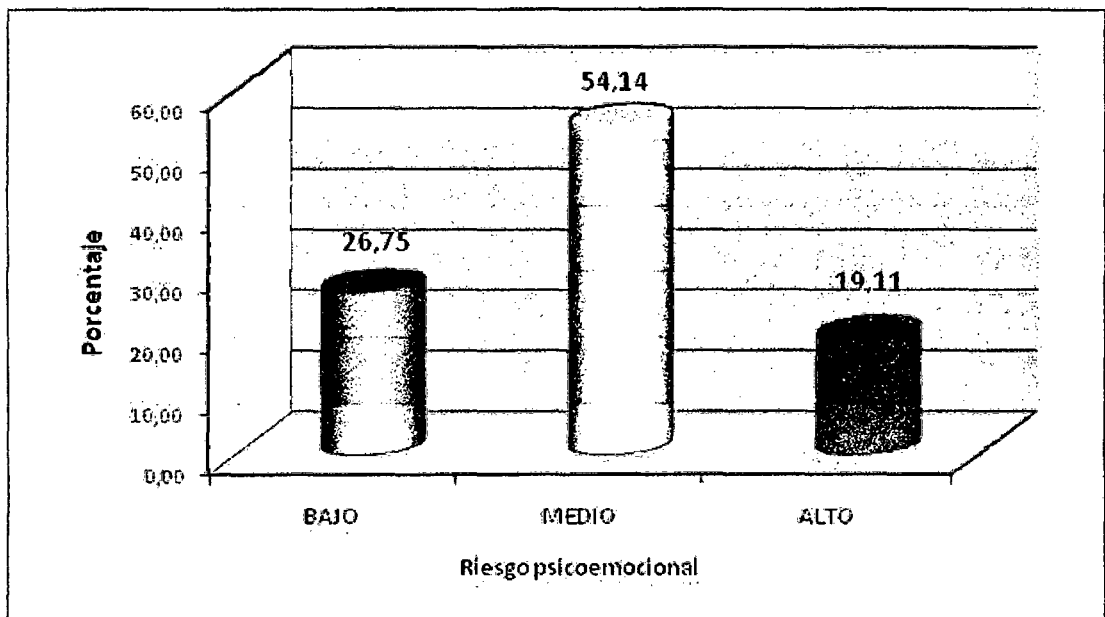
El cuadro N° 7 indica que hay riesgo psicoemocional de nivel medio hacia la anorexia (85,35%), luego el nivel bajo representó el 26,75% y el nivel alto el 19,11%%.

**GRAFICO N° 7**

**RIESGO PSICOEMOCIONAL A LA ANOREXIA DE LOS  
ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**



**Fuente: Cuadro N° 07**

**CUADRO N° 08**

**RIESGO FAMILIAR A LA ANOREXIA DE LOS**

**ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**

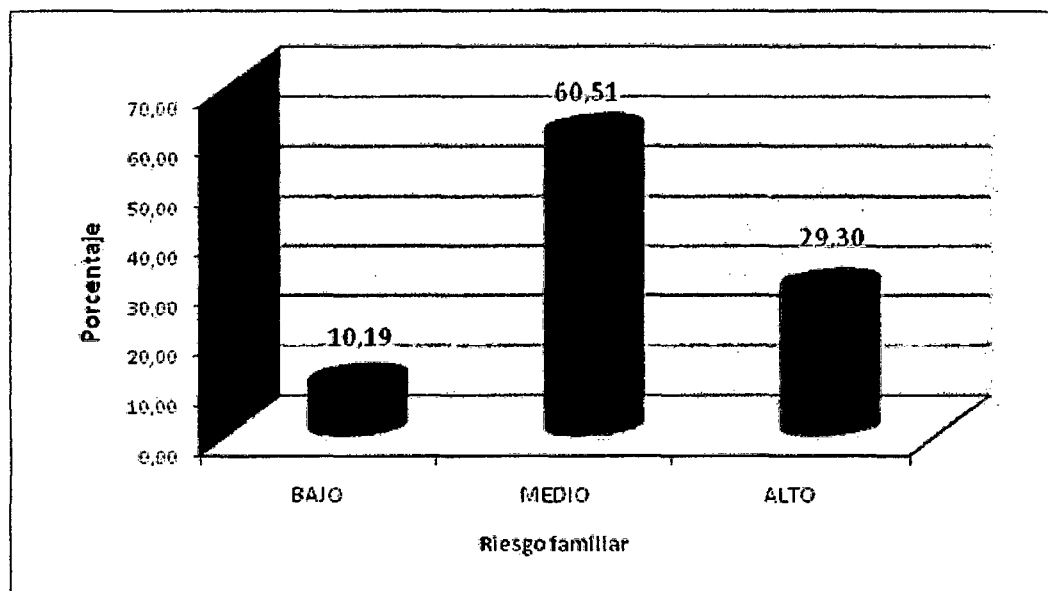
<b>RIESGO FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
BAJO	16	10,19
MEDIO	95	60,51
ALTO	46	29,30
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

**DESCRIPCIÓN:**

En el aspecto familiar, se observa que predomina el riesgo familiar de nivel medio con 60,51%, le sigue un nivel alto con 29,30% y aquellos con bajo nivel de riesgo constituyen el 10,19%.

**GRAFICO N° 8**  
**RIESGO FAMILIAR A LA ANOREXIA DE LOS**  
**ESTUDIANTES DE LA I. E. PARROQUIAL**  
**SAN MARTIN DE PORRES**  
**TACNA - 2011**



**Fuente: Cuadro N° 08**

**CUADRO N° 09**  
**CONDUCTA RIESGOSA A LA ANOREXIA POR DIMENSIONES**  
**Y AÑO DE ESTUDIO DE LA I. E. PARROQUIAL**  
**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**

Dimensiones	AÑO DE ESTUDIOS				Total	
	4to año		5to año		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>Riesgo sociocultural</b>						
BAJO	30	19,11	23	14,65	53	33,76
MEDIO	38	24,20	43	27,39	81	51,59
ALTO	11	7,01	12	7,64	23	14,65
Total	79	50,32	78	49,68	157	100,00
<b>Riesgo alimentario</b>						
BAJO	23	14,65	39	24,84	62	39,49
MEDIO	44	28,03	23	14,65	67	42,68
ALTO	12	7,64	16	10,19	28	17,83
Total	79	50,32	78	49,68	157	100,00
<b>Riesgo psicoemocional</b>						
BAJO	18	11,46	24	15,29	42	26,75
MEDIO	43	27,39	42	26,75	85	54,14
ALTO	18	11,46	12	7,64	30	19,11
Total	79	50,32	78	49,68	157	100,00
<b>Riesgo familiar</b>						
BAJO	8	5,10	8	5,10	16	10,19
MEDIO	50	31,85	45	28,66	95	60,51
ALTO	21	13,38	25	15,92	46	29,30
Total	79	50,32	78	49,68	157	100,00

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

## **DESCRIPCIÓN:**

El Cuadro 10 en cuanto al aspecto sociocultural, el mayor porcentaje se presenta en el nivel medio, que para el 5to año fue 27,39% y para 4to año de 24,20%.

En el tema alimentario, vemos que el nivel de riesgo bajo predomina en el 5to año con 24,84%, en el nivel medio, los de 4to año con 28,03%.

En el tema Psicoemocional, el mayor porcentaje fue en 4to y 5to año, presentaron un nivel medio de riesgo con 27,39% y 26,75% respectivamente.

Referente al tema familiar, la mayor proporción, tanto de 4to y 5to año, manifestaron un riesgo de nivel medio con 31,85% y 28,66% respectivamente, luego el nivel alto, que para los de 5to año fue 15,92% y los de 4to año 13,38%.

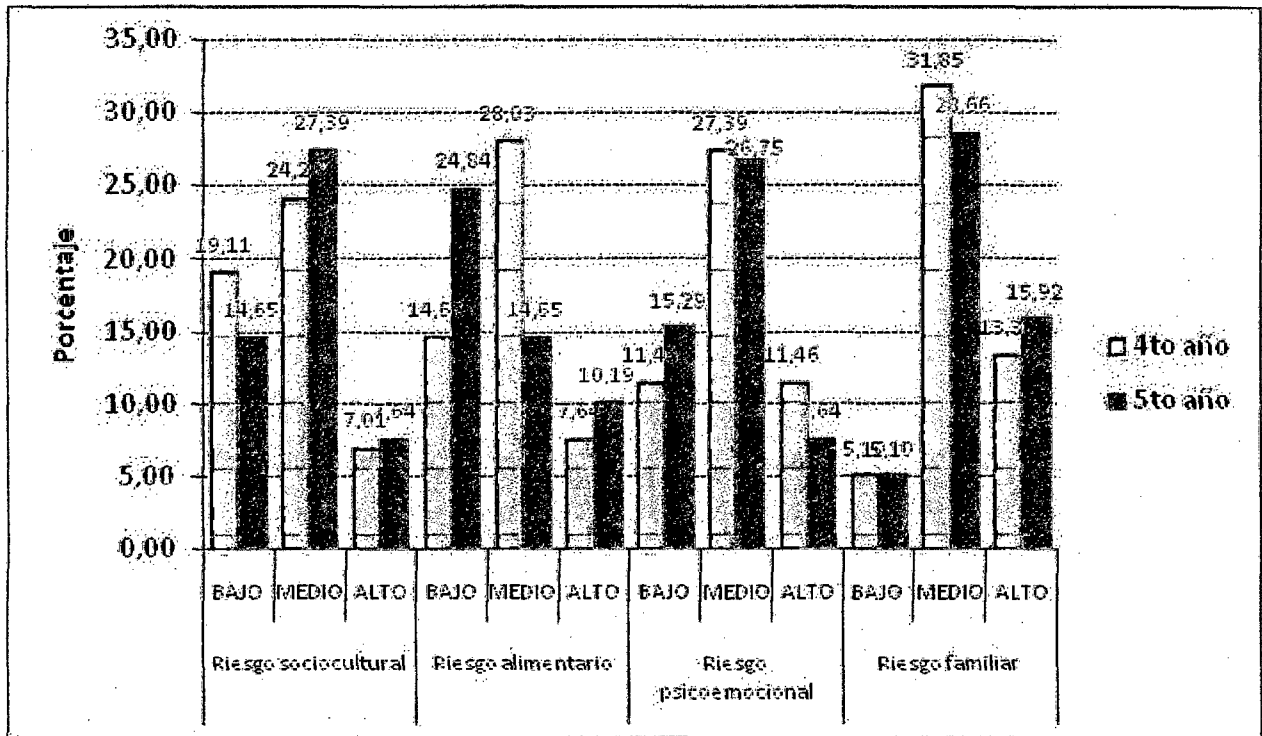
**GRAFICO N° 09**

**CONDUCTA RIESGOSA A LA ANOREXIA POR DIMENSIONES**

**Y AÑO DE ESTUDIO DE LA I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**



Fuente: Cuadro N° 09

## CUADRO N° 10

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS RIESGOSAS PARA LA ANOREXIA

#### NERVIOSA DE LA I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA – 2011

Nivel de conocimiento	Conducta riesgosa global de la anorexia						Total	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	3	1,91	14	8,92	13	8,28	30	19,11
MEDIO	5	3,18	51	32,48	12	7,64	68	43,31
ALTO	20	12,74	35	22,29	4	2,55	59	37,58
Total	28	17,83	100	63,69	29	18,47	157	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 31.096$  G.L. = 4  $P = 0,000$

#### DESCRIPCIÓN:

El cuadro N° 10, ilustra que de 59 escolares con nivel de conocimiento alto, se observa que la proporción de la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel medio (22,29%) disminuye al nivel bajo (12,74%) y el nivel alto

solo constituye el 2,55%. Lo inverso se aprecia entre los escolares que tuvieron nivel de conocimiento bajo, dado que la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel bajo (1,91%) aumenta al nivel medio (8,92%) y nivel alto (8,28%).

Por otro lado, se aprecia que entre los escolares con nivel medio de conocimiento, también la mayor proporción (32,48%) presenta un nivel medio de conducta riesgosa a la anorexia, disminuyendo el porcentaje para los que tienen conducta riesgosa baja con 3,18% y alto con 7,64%.

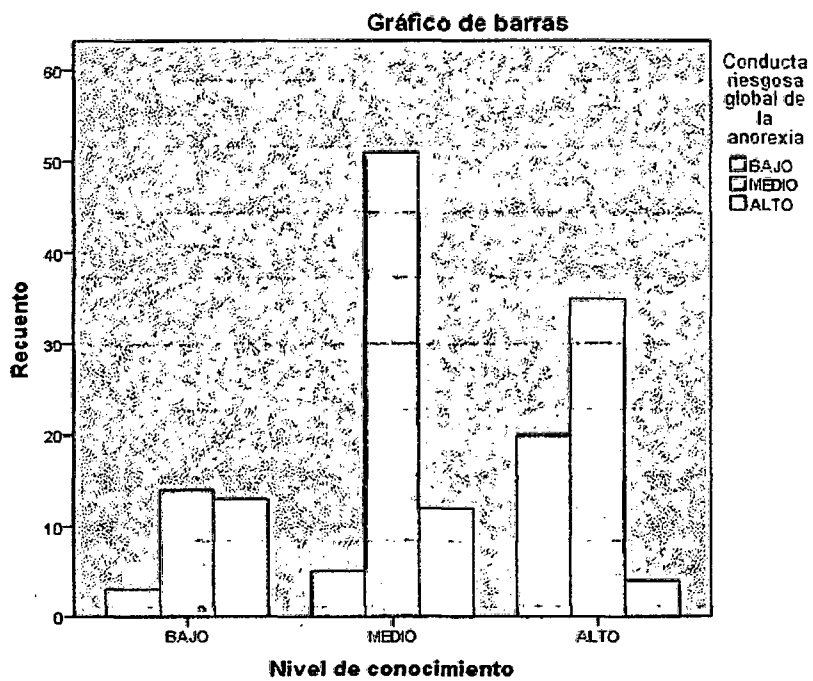
## GRAFICO N° 10

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS RIESGOSAS PARA LA ANOREXIA

NERVIOSA DE LA I. E. PARROQUIAL

SAN MARTIN DE PORRES

TACNA – 2011



Fuente: Cuadro N° 10

**CUADRO N° 11**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO**

**SOCIOCULTURAL PARA LA ANOREXIA NERVIOSA**

**I. E. P. SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**

Nivel de conocimiento	Riesgo sociocultural						Total	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	5	3,18	11	7,01	14	8,92	30	19,11
MEDIO	19	12,10	43	27,39	6	3,82	68	43,31
ALTO	29	18,47	27	17,20	3	1,91	59	37,58
Total	53	33,76	81	51,59	23	14,65	157	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 37.142$  G.L. = 4  $P = 0,00000$

**DESCRIPCIÓN:**

En este cuadro se resalta que la mayor proporción con 27,39% lo conformaron los estudiantes con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto sociocultural; en segundo orden con 12,10% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel bajo en conductas riesgosas.

Por otro lado, entre los estudiantes con nivel alto de conocimiento, se observa que el 18,47% tuvieron conductas riesgosas de nivel bajo y otro 17,20% de nivel medio.

También se ilustra que de los pocos estudiantes con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa alta a la anorexia, 7,01% los de nivel medio y bajo representan el 3,18% respecto al total de la población.

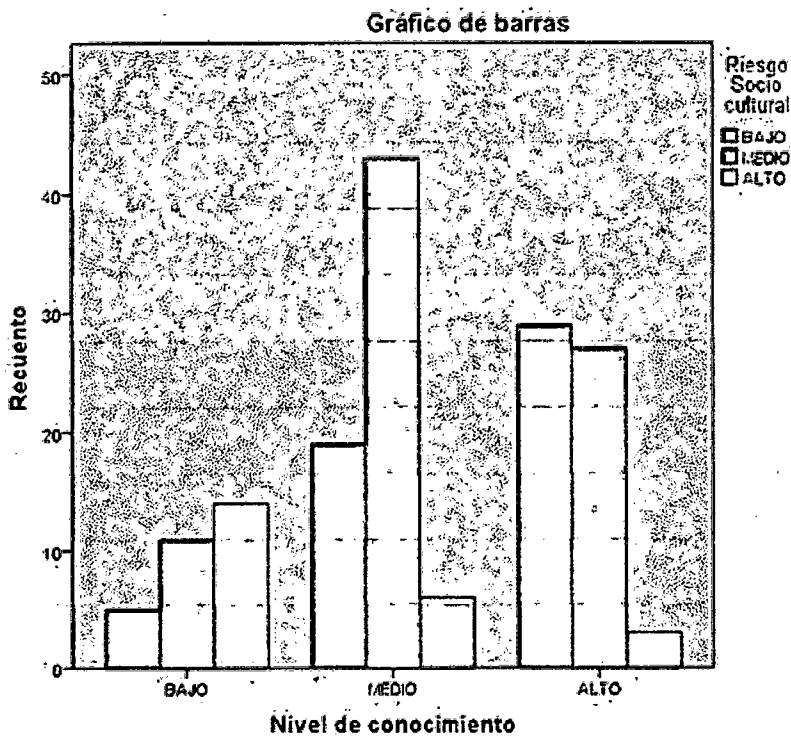
# GRAFICO N° 11

## RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO

### SOCIOCULTURAL PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

#### I. E. P. SAN MARTIN DE PORRES

#### TACNA - 2011



Fuente: Cuadro N° 11

**CUADRO N° 12**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO**

**ALIMENTARIO PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA – 2011**

Nivel de conocimiento	Riesgo alimentario						Total	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	14	8,92	10	6,37	6	3,82	30	19,11
MEDIO	36	22,93	24	15,29	8	5,10	68	43,31
ALTO	12	7,64	33	21,02	14	8,92	59	37,58
Total	62	39,49	67	42,68	28	17,83	157	100,00

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

$$X^2=$$

Chi-cuadrado de Pearson: 15.531      G.L. = 4      **P = 0,004**

**DESCRIPCIÓN:**

En este cuadro se resalta que la mayor proporción con 22,93% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel bajo en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto

alimentario; en segundo orden con 15,29% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel medio en conductas riesgosas.

Por otro lado, entre los escolares con nivel alto de conocimiento, se observa que el 21,02% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio y otro 8,92% de nivel alto.

También se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa bajo a la anorexia, 6,37% los de nivel medio y alto representan el 3,82% respecto al total de la población.

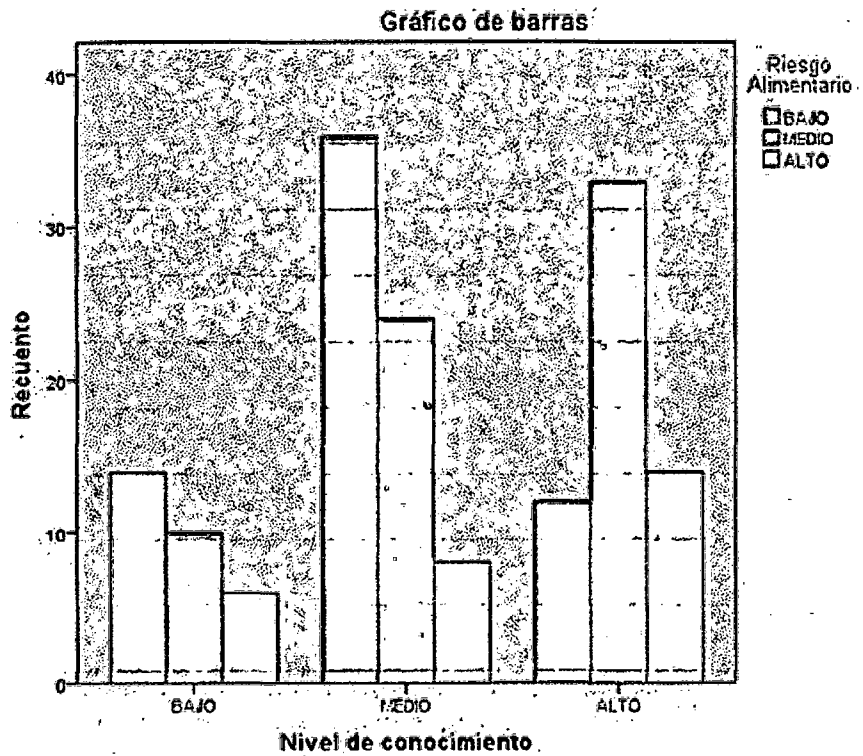
## GRAFICO Nº 12

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO

#### ALIMENTARIO PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA – 2011



Fuente: Cuadro Nº 12

### CUADRO N° 13

#### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO

#### PSICOEMOCIONAL PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011

Nivel de conocimiento	Riesgo psicoemocional						Total	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	4	2,55	12	7,64	14	8,92	30	19,11
MEDIO	15	9,55	41	26,11	12	7,64	68	43,31
ALTO	23	14,65	32	20,38	4	2,55	59	37,58
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>26,75</b>	<b>85</b>	<b>54,14</b>	<b>30</b>	<b>19,11</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011

Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 24.155$  G.L. = 4  $P = 0,0001$

#### DESCRIPCIÓN:

En este cuadro se resalta que la mayor proporción con 26,11% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto alimentario; en segundo orden con 9,55% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel bajo en conductas riesgosas.

Por otro lado, entre los escolares con nivel alto de conocimiento, se observa que el 20,38% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio y otro 14,65% de nivel bajo.

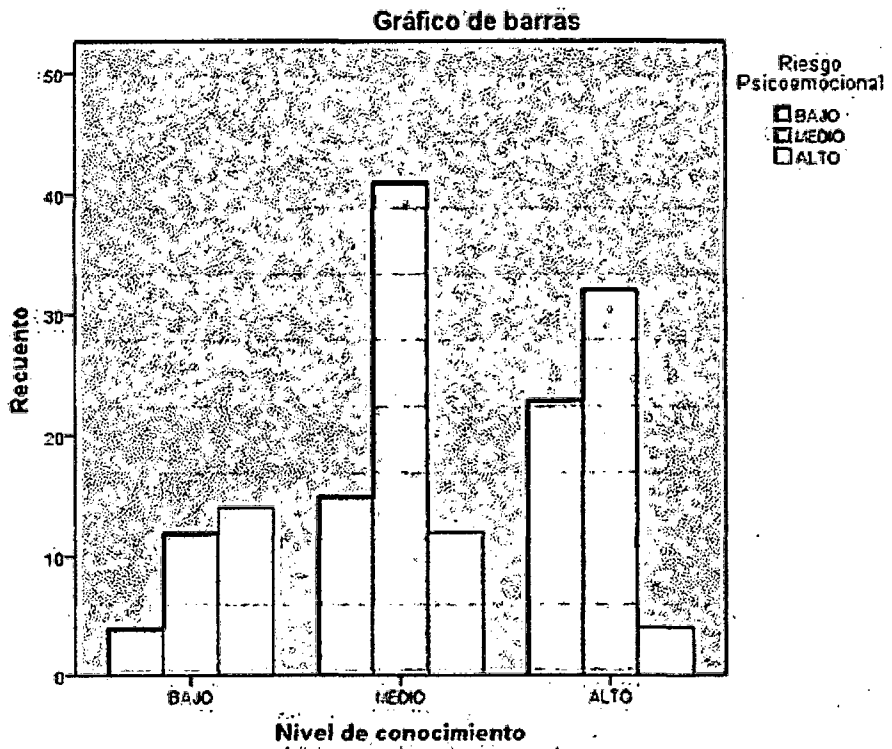
También se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa alto a la anorexia, 7,64% los de nivel medio y bajo representan el 2,55% respecto al total de la población.

### GRAFICO N° 13

## RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO PSICOEMOCIONAL PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL

### SAN MARTIN DE PORRES

TACNA - 2011



Fuente: Cuadro N° 13

## CUADRO N° 14

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO

#### FAMILIAR PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES,

TACNA – 2011

Nivel de conocimiento	Riesgo familiar						Total	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	1	0,64	8	5,10	21	13,38	30	19,11
MEDIO	2	1,27	48	30,57	18	11,46	68	43,31
ALTO	13	8,28	39	24,84	7	4,46	59	37,58
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>10,19</b>	<b>95</b>	<b>60,51</b>	<b>46</b>	<b>29,30</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martín de Porres Tacna – 2011

Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 43.405$

**$P = 0,000$**

#### DESCRIPCIÓN:

En este cuadro se resalta que la mayor proporción con 30,57% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto familiar; en segundo orden con 11,46% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel alto en conductas riesgosas.

Por otro lado, entre los escolares con nivel alto de conocimiento, se observa que el 24,84% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio y otro 8,28% de nivel bajo.

También se ilustra que de los pocos estudiantes con nivel bajo de conocimiento, 13,38% presentó conducta riesgosa alto a la anorexia, 5,10% los de nivel medio y bajo representan el 0,64% respecto al total de la población.

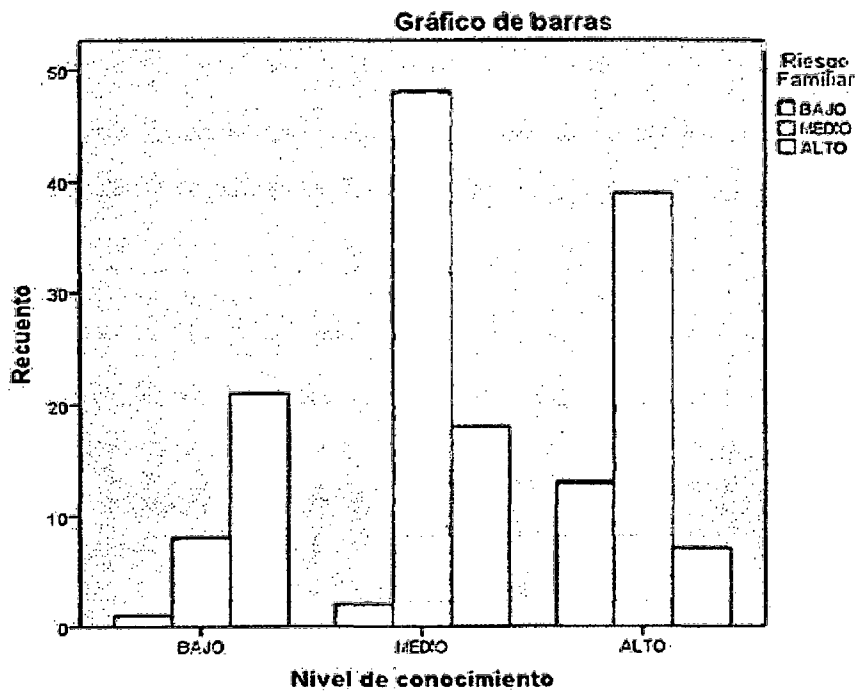
## GRAFICO N° 14

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL RIESGO

#### FAMILIAR PARA LA ANOREXIA, I. E. PARROQUIAL

#### SAN MARTIN DE PORRES,

TACNA – 2011



Fuente: Cuadro N° 14

## 4.2 Discusión

En el cuadro N°1 apreciamos que del total de la muestra de estudiantes según el nivel de conocimiento, predomina el nivel de conocimiento medio en información sobre la anorexia nerviosa, representando el 43,31%, respecto al nivel alto que fue de 37,58% y el nivel bajo con 19,11%, lo cual nos da a entender que un buen porcentaje de estudiantes tiene noción acertada de la anorexia nerviosa. En el cuadro N°2 haciendo la comparación la información que manejan sobre la anorexia nerviosa por año de estudio, se observa que el nivel de conocimiento bajo (10,19%) y medio (22,29%) en escolares del quinto año, es mayor a los de 4to año, sin embargo, lo contrario es para el nivel alto, superando los de 4to año (20,38%) sobre los de 5to año (17,20%). Los resultados obtenidos se asemejan al estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que el nivel de conocimiento sobre las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la mayoría de los adolescentes es medio, encontrándose los aspectos de mayor deficiencia en la dimensión Psicoemocional, seguida por la dimensión familiar, sociocultural y alimentaria.

Es así que podemos decir que al no tener los conocimientos adecuados no podrán reconocer las conductas que pueden llevar a

una persona a adquirir este trastorno. Lo cual tanto las autoridades de educación como de Salud deben tomar nota para desarrollar acciones concretas que estén dirigidas a capacitar y fortalecer el nivel de información que tienen los adolescentes para así mejorar su estilo de vida.

En el cuadro N°3 apreciamos que del total de la muestra de estudiantes según las conductas de riesgo de anorexia nerviosa, el 63% de los estudiantes manifestaron tener un nivel de conducta riesgosa media a la anorexia nerviosa, luego el nivel alto representa el 18,47% y el nivel bajo el 17,83%.

En el cuadro N°4 haciendo la comparación de la conducta riesgosa global de la anorexia nerviosa por año de estudio, se observa que las proporciones del nivel medio son iguales en ambos grados (31,85%), mientras que en el nivel bajo, los 5to año superan (9,55%) a los de 4to año (8,28%) y en el nivel alto, los de 4to año (10,19%) superan a los 5to año (8,28%).

Por lo cual podemos decir que la mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano relacionado con una mayor tendencia en la adopción de conductas de riesgo en la dimensión familiar seguida por la dimensión psicoemocional, alimentario y sociocultural.

Para generar cambios en los hábitos y comportamientos hay que educar y esto se encuentra dentro de las estrategias de la Promoción de la Salud, por ello es importante que los adolescentes conozcan sobre las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa para que ellos mismos identifiquen como son sus conductas y asuman conductas más adecuadas y así puedan mantener mejores niveles de salud y de vida; siendo por lo tanto vital el rol educativo de los miembros del equipo de salud y sobre todo de enfermería al respecto.

Los resultados obtenidos del estudio realizado por Parinango, Marilú L.; (2005)<sup>16</sup>, asegura "Existe una mayoría considerable del 54% de escolares púberes y adolescentes que presentan niveles de conductas de alto y mediano riesgo hacia la anorexia nerviosa que se evidencia en la adopción de conductas psicoemocionales, personales, biológicas, socioculturales y familiares".

Los resultados obtenidos del estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, concluye que la mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo relacionado con una mayor tendencia en la adopción de

conductas de riesgo en la dimensión alimentaria, seguida por la dimensión psicoemocional, sociocultural y familiar.

Según los resultados de Paredes Tellez, Hayleen (2009)<sup>19</sup> concluye que el 42.5% de los estudiantes de 3ro, 4to y 5to año de colegio estatal de Moquegua se encuentra en un nivel de bajo riesgo, el 39.3% en mediano riesgo y el 18.2% en alto riesgo de algún trastorno alimentario. El 11.04% de estudiantes presenta riesgo de anorexia nerviosa, el 25.97% bulimia nerviosa actual y el 7.79% anorexia nerviosa tipo convulsiva/ purgativa actual. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa. En el grupo con presencia de riesgo de anorexia nerviosa (n=34), el 64,7% es de sexo femenino y el 35,3% de sexo masculino. Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres de padecer el riesgo de anorexia nerviosa (p: 0,002).

La enfermedad tiene varias conductas de riesgo que al realizarlas nos predisponen a padecerla o la desencadenan directamente. Entre ellas tenemos las conductas de riesgo Alimentario, las Psicoemocionales, las socioculturales y las conductas riesgosas Familiares.

Según Nuñez C, Moreiras O, Carbajal A, Varela P, Marcos A, Santacruz I, et al<sup>1</sup> La incidencia de la enfermedad ha aumentado de forma muy rápida en las dos últimas décadas, hasta el punto de ser considerada una epidemia. Tanto es así que, actualmente la anorexia nerviosa representa la tercera enfermedad crónica más común en las adolescentes; afecta al 1- 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes y, lo que es más importante, la frecuencia va en aumento.

En el cuadro N° 05 según el aspecto sociocultural, se aprecia que el mayor porcentaje (51,57%) representaron los escolares con nivel de riesgo medio. Nuestros resultados difieren con el estudio realizado por Rivera Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye según la dimensión sociocultural que del total 100%(661) predomina el 53,0%%(350) presentando conductas de mediano riesgo entre hombres y mujeres comprendidos en las edades de 14 a 16 años.

Contrastando también con el estudio realizado por Parinango S, Marilú L. (2005)<sup>16</sup> donde refiere según la dimensión sociocultural que del total 100% (140) predomina el 43% (61) presentando conductas de bajo riesgo en estudiantes comprendidos entre las edades de 11 a 14 años.

Alfredo Goño Grandmontagne, experto en adolescencia y trastornos alimentarios, catedrático español de Psicología Evolutiva y de la Educación refiere "Muchas personas no están a gusto con su cuerpo y tiene directamente que ver con nuestra sociedad, donde impera el ideal corporal de la delgadez asociada al éxito, a la belleza, al autocontrol y a otras cualidades positivas. Los medios de comunicación difunden persistentemente este modelo difícil de alcanzar.

Esta etapa de la adolescencia en donde la inmadurez y el desarrollo como personas, les hace dejarse llevar por las modas y acontecimientos de una sociedad que esta sobrevalorando el aspecto físico, por encima de las virtudes y cualidades humanas, aumentando así cada día más. La presión por lograr este ideal estético se ejerce desde todos lo ámbitos sociales: los medios de comunicación, la familia y los pares. Todos los cuales influyen en la percepción que las mujeres tienen sobre su propia imagen corporal.

En el cuadro N° 06 según el aspecto alimentario, se ha evidenciado la mayor proporción de estudiantes se encontraron en riesgo de nivel medio a la anorexia nerviosa, representado por el 42,68%, por otro lado, el nivel bajo significó el 36,94%. Los resultados obtenidos se asemejan a los estudios de Parinango S,

Marilú L. (2005)<sup>16</sup> según el aspecto alimentario donde refiere que del total 100% (140) predomina el 51% (71) en conductas de mediano riesgo en estudiantes comprendidos entre las edades de 11 a 14 años. Al igual que Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde refiere que del total 100%(661) predomina el 41,0% (271) en conductas de mediano riesgo entre hombres y mujeres comprendidos en las edades de 14 a 16 años.

Entre otros hallazgos de estudios según Acevedo Farfán, Julieta I. (2008)<sup>18</sup> Respecto a la realización de dietas, el 15,9% (n=20) del total de adolescentes se encontraban a dieta al momento del estudio y el 48,4% (n=61) refiere haber hecho dieta anteriormente. Por otra parte, el 46,8% (n=59) señaló que un miembro de su familia, generalmente la madre, suele hacer dieta.

La alimentación es clave durante la adolescencia. Se trata del período de mayores necesidades nutricionales, tanto desde el punto de vista energético como cualitativo. Para hacer frente a los cambios, los requerimientos nutricionales son muy elevados.

Las necesidades nutricionales de los adolescentes vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso, característicos de esta etapa de la vida. Hay que tener en cuenta que en esta etapa el niño gana

aproximadamente el 20% de la talla que va a tener como adulto y el 50% del peso.

En realidad los adolescentes no se perciben como figuras en proceso de maduración, sino ya elaboradas con un peso y estatura determinados y no tienen conocimientos de sus necesidades nutricionales.

En el cuadro N° 07 según el aspecto psicoemocional, indica que existe un predominio de estudiantes que se encontraron con riesgo de nivel medio hacia la anorexia (85,35%), luego el nivel bajo representó el 26,75%. Los resultados obtenidos se asemejan a los estudios de Parinango S, Marilú L. (2005)<sup>16</sup> donde concluye que del total 100% (140) predomina el 52% (72) en conductas de mediano riesgo en el aspecto psicoemocional en estudiantes comprendidos entre las edades de 11 a 14 años. Al igual que Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que del total 100%(661) predomina el 67,5% (446) en conductas de mediano riesgo en el aspecto psicoemocional entre hombres y mujeres comprendidos en las edades de 14 a 16 años.

El periodo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así de los esfuerzos para separarse de los padres y establecer su propia independencia, esto supone un cierto grado

de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación.

El hambre intensifica la depresión. Este deterioro en el estado de ánimo puede reducir aún más los sentimientos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto perpetuando el ciclo.

En el cuadro N° 08 según el aspecto familiar, se observa que predomina el riesgo de nivel medio a la anorexia con 60,51%, le sigue los que tienen un nivel alto con 29,30%. Los resultados obtenidos se asemejan a los estudios de Parinango S, Marilú L. (2005)<sup>16</sup> donde refiere que del total 100% (140) predomina el 50% (71) en conductas de mediano riesgo en el aspecto familiar en estudiantes comprendidos entre las edades de 11 a 14 años. Sin embargo difiere con el estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que del total 100%(661) predomina el 52,5% (347) en conductas de alto riesgo en el aspecto familiar entre hombres y mujeres comprendidos en las edades de 14 a 16 años.

Aunque algunos estudios no han hallado ningún papel predictivo específico de los factores familiares (Leon et al. 1997; Young et al., 2001). En los últimos años, la evidencia ha reforzado la idea de que los padres pueden contribuir directamente a los trastornos de la alimentación de sus hijos a través de diferentes aspectos. Podrían ser el entorno que generan, valores que infunden, en particular fomentando un entorno que enfatiza en exceso todo lo referente a las comidas y la alimentación y alienta conductas como la dieta y el ejercicio en la búsqueda de una figura corporal ideal. El papel de la familia es un aspecto importante en el estudio de los factores de riesgo de los problemas alimentarios de los hijos. Muchos estudios se han centrado en la percepción del adolescente del funcionamiento familiar, en pacientes con anorexia. (Dancyger et al., 2005; Fornari et. Al., 1999).

A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes y por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de

exigencias desmedidas. Desde el nacimiento, la familia es la encargada de la educación primaria, es la depositaria del afecto y del desarrollo tanto físico como psicológico de la persona, es la esponja de la que absorben los comportamientos, los modelos y patrones de conducta unas niñas/os especiales por su inteligencia, por su capacidad de despuntar en todo aquello en lo que se proponen, y que debido a la enfermedad entablan una lucha de poder entre sus aspiraciones y su insatisfacción interior que se desvía hacia el arma más a su alcance, la herramienta de su propio cuerpo, que se proponen modificar para ser otros. Es evidente a muchos expertos, que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos.

En el cuadro N°10 apreciamos que de 59 estudiantes con nivel de conocimiento alto, se observa que la proporción de la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel medio (22,29%) disminuye al nivel bajo (12,74%). Lo inverso se aprecia entre los estudiantes que tuvieron nivel de conocimiento bajo, dado que la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel bajo (1,91%) aumenta al nivel medio (8,92%) y nivel alto (8,28%).

Por otro lado, se aprecia que entre los estudiantes con nivel medio de conocimiento, también la mayor proporción (32,48%) presenta un nivel medio de conducta riesgosa a la anorexia, disminuyendo el porcentaje para los que tienen conducta riesgosa baja con 3,18% y alto con 7,64%.

En el cuadro N°11 apreciamos que del estudio realizado respecto a los conocimientos y conductas de riesgo a la anorexia nerviosa en la Dimensión Sociocultural hay mayor proporción con 27,39% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas, los estudiantes con nivel alto de conocimiento, se observa que el 18,47% tuvieron conductas riesgosas de nivel bajo, también se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa alta a la anorexia. Los resultados obtenidos se asemejan al estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que del total de 661 (100%) adolescentes, 75 (11.3%) presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 85 (12.9%) tienen un nivel de conocimientos medio y conductas de mediano riesgo, 92 (13.9%) presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo. Al establecer la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural

mediante la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 37.142$   $P = 0,00000$  lo que evidencia que hay relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa.

En cuanto a las conductas socioculturales de riesgo a la anorexia nerviosa tenemos que nuestra sociedad propicia la consecución de deseos sin asumir las consecuencias. Hay una presión social importante que induce a los adolescentes a estar más delgados de lo normal, la imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población.

Además para que la restricción ingestiva se inicie no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente. Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV, prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes.

En el cuadro N°12 nos muestra que en el estudio realizado respecto a los conocimientos y conductas de riesgo a la anorexia nerviosa en la Dimensión Alimentario hay mayor proporción con 22,93% lo conformaron los estudiantes con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel bajo en conductas riesgosas, los estudiantes con nivel alto de conocimiento, se observa que el 21,02% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio, también se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento 8,92% presentó conducta riesgosa baja a la anorexia. Los resultados obtenidos se asemejan al estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que de 661 (100%) adolescentes, 164 (24.8%) tienen un nivel de conocimientos medio y conductas de mediano riesgo, 72 (10.9%) presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 92 (13.9%) presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo.

Al establecer la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria mediante la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 15.531$   $P = 0,004$  lo que evidencia que hay relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia

nerviosa. La alimentación es clave durante la adolescencia. Se trata del período de mayores necesidades nutricionales, tanto desde el punto de vista energético como cualitativo. Para hacer frente a los cambios, los requerimientos nutricionales son muy elevados. Las necesidades nutricionales de los adolescentes vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso, característicos de esta etapa de la vida. Hay que tener en cuenta que en esta etapa el niño gana aproximadamente el 20% de la talla que va a tener como adulto y el 50% del peso.

En el cuadro N°13 nos muestra que en el estudio realizado respecto a los conocimientos y conductas de riesgo a la anorexia nerviosa en la Dimensión Psicoemocional hay mayor proporción con 26,11% lo conformaron los estudiantes con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas, los estudiantes con nivel alto de conocimiento, se observa que el 20,38% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio, también se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa alta a la anorexia.

Los resultados obtenidos se asemejan al estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que de 661

(100%) adolescentes, 67 (10.2%) presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 197 (29.8%) tienen un nivel de conocimientos medio y conducta de mediano riesgo, 73 (11.0%) presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo. Al establecer la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional mediante la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 24.155$   $P = 0,0001$  lo que evidencia que hay relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa. El periodo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así de los esfuerzos para separarse de los padres y establecer su propia independencia, esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación.

Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto, idealizado, radical, que implica el someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo su propia vida. Los déficits en la autoestima

relacionados con un alto nivel de autoexigencia hacen que el deseo de ser aprobadas por los demás por la apariencia externa pueda llevarlas a una conducta de dieta. El perfeccionismo y el autocontrol también son factores que pueden inducir a la anorexia nerviosa.

En el cuadro N°14 nos muestra que en el estudio realizado respecto a los conocimientos y conductas de riesgo a la anorexia nerviosa en la Dimensión Familiar hay mayor proporción con 30,57% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas, los estudiantes con nivel alto de conocimiento, se observa que el 24,84% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio, también se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 13,38% presentó conducta riesgosa alta a la anorexia. Los resultados obtenidos se asemejan al estudio realizado por Chamorro, Diana C; (2007)<sup>17</sup>, donde concluye que de 661 (100%) adolescentes, 56 (8.5%) presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 40 (6.1%) tienen un nivel de conocimientos medio y conducta de mediano riesgo, 232 (35.1%) presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo.

Al establecer la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar mediante la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson:  $\chi^2 = 43.405$   $P = 0,000$  lo que evidencia que hay relación significativa entre el nivel de conocimientos y conducta riesgosa familiar de anorexia nerviosa. Se sabe también que el impacto de los valores paternos puede ser observado a una edad relativamente temprana. Agras et.al (2007) hallaron que los padres con altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tenían hijas con más preocupación por la delgadez, que sentían una mayor presión hacia la delgadez y que intentaban modificar su peso. En otro estudio con niños de escuela elemental, los intentos para perder peso y una baja autoestima estuvieron significativamente relacionados con los comentarios de los padres acerca de su apariencia física y su peso, y con las quejas acerca del peso de los propios padres (Smolak, Levine, & Schermer, 1998).

La familia no causa el trastorno, pero sí puede generar un ambiente, protagonizado por unas costumbres y hábitos de todo tipo, muchas veces hábitos alimentarios incorrectos, una determinada educación y unas presiones de lo más variadas ejercientes a veces desde la mejor voluntad, que hacen en los hijos desencadenar una rebeldía manifestada a través de su propio

cuerpo en forma de alteraciones de la conducta y el trato familiar, muchas veces protagonizado por las relaciones de la madre y la hija.

A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes y por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

## CONCLUSIONES

1. Se prueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los estudiantes de la I.E. Parroquial San Martín de Porres Tacna – 2011.
2. El nivel medio de conocimiento fue predominante con (43,31%), respecto al nivel alto (37,58%) y al nivel bajo (19,11%).
3. El nivel medio de conductas de riesgo fue predominante con (63,69%), respecto al nivel alto (18,49%) y al nivel bajo (17,83%); relacionado con una mayor tendencia en la adopción de conductas de riesgo en la dimensión familiar seguida por la dimensión psicoemocional, sociocultural y alimentario.
4. El (43,31) de los estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento el (32,48%) presenta conducta riesgosa media de anorexia nerviosa global. También se observa que el (8,92%) y (8,28%) de estudiantes presenta nivel de conocimiento bajo y nivel medio y alto respectivamente de conducta riesgosa global.

En relación a las categorías en la dimensión sociocultural: se observa en mayor proporción el (27,39%) de estudiantes presentan nivel medio de conocimiento y nivel medio de conducta sociocultural seguido por un (12,10%) de bajo riesgo sociocultural, el (8,92%)

presenta nivel bajo de conocimiento y alto riesgo sociocultural. En la dimensión alimentaria: en mayor proporción el (22,93%) de estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento y bajo riesgo de alimentario seguido por riesgo medio, el (21,02%) nivel alto de conocimiento y medio alimentario. En la dimensión psicoemocional: en mayor proporción el (26, 11%) de estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento y riesgo medio psicoemocional, el 8,92% presentan nivel bajo en conocimiento y alto riesgo psicoemocional. En la dimensión familiar: en mayor promedio el (30,57%) de estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento y presentan riesgo medio familiar, el (13,38%) bajo nivel de conocimiento y alto riesgo familiar.

5. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, según la prueba estadística de Chi cuadrado al 95% y  $p < 0,05$ .

## RECOMENDACIONES

- ✓ Debido al alto porcentaje de conducta riesgosa media a alta, es imperante la necesidad de trabajar con un abordaje multidisciplinario, incluyendo el psicosocial y psicoeducativo, teniendo en cuenta el género, características individuales y el medio en el que se desarrolla el adolescente.
  
- ✓ Fortalecer las relaciones intrafamiliares del adolescente, habiéndose encontrado en mayor proporción conductas de riesgo familiar a la anorexia nerviosa. Con un enfoque de salud mental familiar, estableciendo reglas y límites para detectar conductas de riesgo y así favorecer la autoestima, autoaceptación y autoconocimiento del adolescente, que permitirá el desarrollo del pensamiento crítico y la identificación de las distintas influencias del entorno siendo estos elementos necesarios para la prevención de este trastorno de la conducta alimentaria.
  
- ✓ Promover a que los centros de salud desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan lo relacionado a los trastornos de alimentación dirigidos a los grupos de riesgo, El profesional de enfermería a través del programa escuelas saludables debe capacitar

a los maestros para que puedan reconocer las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa y canalizar a los servicios de salud para su atención personalizada, así mismo sensibilizar al personal docente y la familia, para que estos sean agentes promotores de salud y prevención de este trastorno alimenticio.

- ✓ Continuar realizando estudios similares, donde se pueda obtener mayor información y visualizar mejor la magnitud de riesgo o problema.

## REFERENCIAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Sede Web]. América Latina y el Caribe: [unicef.org/lac](http://unicef.org/lac): 2011 [acceso el 25 de Febrero 2011]. El Estado Mundial de la Infancia [1 pantalla]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/media\\_19683.htm](http://www.unicef.org/lac/media_19683.htm)
2. Arteaga J, La anorexia [Monografía en internet]. 2000 [citada 2000 Enero 25]. [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>
3. Educar Chile [Sede Web]. Chile: 2005 [acceso el 1 de diciembre del 2005]. La adolescencia y los trastornos alimenticios [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=100768>
4. Freyre R, Eleodoro. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Fund Ins H U [serie en internet]. 2003 [citada 2003 Junio 2]; 42 (3) [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/17-22.html>
5. Romero R, Santiago. Trastornos alimenticios. [monografía en internet ]. Bogotá; 2011 [citado 2011 Mayo 24]. [alrededor de 30 pantallas]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios.shtml>

6. Cortes Mejía H, Días Días A, Trastornos de la Alimentación. CES Medicina [serie en internet]. 2003 [citada 2003 Julio]; 17 (1) [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: [http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ Med Vol17\\_1/Trastornos de la alimentacion.pdf](http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol17_1/Trastornos_de_la_alimentacion.pdf)
7. Univision salud [Sede web]. [citado 2011 Enero 31]; Cada vez más anorexia en América Latina [alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/peso-saludable/cada-vez-m%C3%A1s-anorexia-en-am%C3%A9rica-latina>
8. Ministerio de Salud. [Sede web]. Lima: www.insm.gob.pe. 2010 [citado 2010 Julio ] Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi - [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/np100714.html>
9. Escudero V, Jacinto. Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes Gallegos de 12- 16 años, [Tesis para optar título de licenciatura en Educación]. España: Universidad de Burgos; 2006. Disponible en: [http://dspace.ubu.es:8080/tesis/bitstream/10259/37/1/Escudero Vidal.pdf](http://dspace.ubu.es:8080/tesis/bitstream/10259/37/1/Escudero_Vidal.pdf)

10. Ruiz L, Pedro M. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. Actas Esp Psiquiatr.[serie en internet]. 2007; 1 (8). [alrededor de 8 pantallas]. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64-ESP-204-211-189323.pdf>
11. Cifuentes A, Mincy C: Prevalencia de los Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género [Tesis para optar título de Médico Cirujano] Guatemala: Universidad Francisco Marroquin; 2004. Disponible en: <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>
12. Parinango S, Lisset. Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta Rosa de Lima de Villa El Salvador.[ tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2005. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/.../parinango.../parinango\\_sm-TH.2.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/.../parinango.../parinango_sm-TH.2.pdf)
13. Rivera Ch, Diana C. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas [tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería]. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007. Disponible en:

[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/rivera\\_chd/pdf/rivera\\_chd.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/rivera_chd/pdf/rivera_chd.pdf)

14. Acevedo F, Julieta I. La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes [tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008. Disponible en: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACEVEDO\\_FARFAN\\_JULIETA\\_COLERA\\_RIESGO.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACEVEDO_FARFAN_JULIETA_COLERA_RIESGO.pdf?sequence=1)
15. Paredes T, Hayleen J. Prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del tercero, cuarto, quinto de secundaria de un colegio estatal de la ciudad de Moquegua; 2009. [Tesis para optar título de Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2009.
16. Organización Mundial de la Salud. Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra, 1999.
17. Carrillo D, María V. La Influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II, Universidad Complutense de Madrid; 2001. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25151.pdf>

18. Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2002" Volumen XX Año 2003
19. Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003" Volumen XX Año 2004
20. Anales de Salud Mental "Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004" Volumen XX Año 2005
21. Valero B, Cristina. Cilla L, Ana. García V, Marta. Santesteban R, Victoria. Sánchez G, Teresa. Asensi Serrano, Rosa. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Farmacia. COFZ 2001[serie en internet]; Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, [alrededor de 25 pantallas]. Disponible en: [http://www.cofhuelva.org/uploads/anorexia\\_y\\_farmacia.doc](http://www.cofhuelva.org/uploads/anorexia_y_farmacia.doc).
22. Cervera, M. (2005). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia.- Madrid: Pirámide.
23. Diccionario de la Real Academia Española, 20ª ed. España 2001. Anorexia Nerviosa.
24. Feinstein, Sh. y Sorosky, A. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
25. Turón, V. y col. Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson. 1997
26. Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Perú: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

27. Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53 (1), 187-213.
28. Admin.[serie en internet] Que es la Bulimia y la Anorexia. [ citado el 2006 Mayo 01]. Disponible en: <http://www.portalpsicologico.org/articulos-psicologia-t-conducta-alimentaria/que-es-la-bulimia-y-la-anorexia.html>
29. Urrejola N, Pascuala. Anorexia nerviosa. C S Des Adol: Pontificia Universidad Católica de Chile [serie en internet]; 3 (9): [alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>
30. Ministerio de Salud.[Sede web]. Lima: peru.com; 2010 [acceso 19 de Julio de 2010]. Aproximadamente el 11 por ciento de adolescentes sufre trastornos alimentarios en el país [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.peru.com/noticias/portada20100719/108696/-Aproximadamente-el-11-por-ciento-de-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-en-el-pais>
31. CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, 1992.

32. Russell, Bertrand. Lógica y Conocimiento. Ediciones Taurus. Madrid - España [3] P.179. 1966
33. Bunge Mario, La investigación Científica. España: Ed Ariel S.A 1985
34. Sánchez M, Nancy. Marco Conceptual del Modelo de Nola J. Pender [serie en internet] 2009. Disponible en: <http://www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481>
35. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. Edit. Limusa, 20a. Reimpresión, México. 2004.
36. Borrego Rosas, Carlos E. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria [Serie en internet]. Trujillo: Universidad César Vallejo 2010 [citado 2010 Octubre 11]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_psicologia\\_cv/v12\\_2010/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a02.pdf)

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### POBLACION Y MUESTRA

FORMULA PARA POBLACIONES FINITAS:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p \cdot q}$$

<b>N</b>	<b>305</b>	Población de estudiantes de la I. E. Parroquial San Martín de Porres
<b>Z</b>	1.96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
<b>P</b>	0.30	Proporción de usuarios que tienen la característica de interés
<b>E</b>	0.05	Margen de Error
<b>N</b>	<b>157</b>	Tamaño de muestra

<b>Nº</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grado / Sección</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Muestreo Probabilístico Estratificado</b>
1	Varones	4to A	27	14
2	Varones	4to B	25	13
3	Varones	4to C	28	14
4	Mujeres	4to D	39	20
5	Mujeres	4to E	37	19
			156	80
6	Varones	5to A	32	17
7	Varones	5to B	32	17
8	Mujeres	5to C	30	16
9	Mujeres	5to D	27	14
10	Mujeres	5to E	28	14
			149	77
<b>TOTAL</b>			<b>305</b>	

## **ANEXO N° 02**

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS RIESGOSAS A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA I.E PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES, TACNA 2011”**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems					

contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

**Firma del experto**

## ANEXO N° 03

### PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	5	4	5	4,40
2	4	4	4	3	5	4,00
3	4	4	4	4	4	4,00
4	4	4	4	4	5	4,20
5	4	4	4	4	5	4,20
6	4	4	4	3	5	4,00
7	5	4	4	4	5	4,40
8	4	4	4	4	5	4,20
9	4	4	4	4	4	4,00

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 2,15

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$\mathbf{Dmax} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$\mathbf{Dmax} = 11,40$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

**A.**

0,00    2,28

---

**B.**

2,28    4,56

---

**C.**

4,56    6,84

---

**D.**

6,84    9,12

---

**E.**

---

9,12      11,40

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **2,15** cayendo en la zona "**A**" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## **ANEXO N° 04**

### **Control de calidad de datos:**

#### **Validez**

Los instrumentos fueron validados por la autora a través del juicio y criterios de expertos que fueron: 2 Enfermeras, 1 Estadístico, 1 nutricionista, 1 psicóloga.

#### **Prueba piloto**

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 10 estudiantes de una Institución Educativa con población con características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

#### **Confiabilidad**

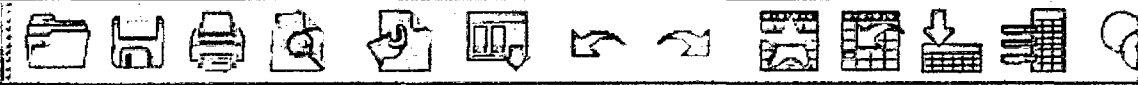
El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados</b>	<b>Nº de elementos</b>
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN LA ANOREXIA NERVIOSA	0,738	48

## CONFIABILIDAD:

\*Resultado1 [Documento1] - PASW Statistics Visor

Archivo Edición Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo



Resultado

- [-] Análisis de fiabilidad
  - [+] Título
  - [+] Notas
  - [+] Escala: TODAS LAS VARIABLES
    - [+] Título
    - [+] Resumen del procesamiento de los casos
    - [+] Estadísticos de fiabilidad
    - [+] Estadísticos de los elementos
    - [+] Estadísticos total-elementos
    - [+] Estadísticos de la escala

### Análisis de fiabilidad

#### Escala: TODAS LAS VARIABLES

##### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	48

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A_1	139,80	135,956	-,398	,758
A_2	140,10	124,767	,563	,729
A_3	141,60	120,044	,372	,725
A_4	140,50	129,167	-,051	,740
A_5	140,10	122,322	,494	,725
A_6	141,80	109,067	,557	,708
A_7	141,60	101,822	,771	,687
A_8	140,60	122,267	,394	,727
A_9	140,10	127,211	,215	,735
A_10	140,00	128,000	,070	,737
A_11	140,10	122,322	,494	,725
A_12	140,20	136,400	-,514	,757

A_13	141,20	117,511	,511	,718
A_14	141,90	104,322	,832	,689
A_15	140,80	119,956	,443	,723
A_16	140,80	114,622	,642	,711
A_17	139,80	130,178	-,136	,743
A_18	141,10	122,100	,309	,729
A_19	141,50	127,167	,013	,745
A_20	141,30	120,233	,350	,726
A_21	140,30	124,900	,206	,733
A_22	141,50	106,056	,898	,690
A_23	139,90	124,544	,377	,730
A_24	139,80	131,067	-,169	,746
A_25	141,70	113,122	,572	,711
A_26	141,60	115,378	,437	,719
A_27	139,60	136,933	-,399	,762
A_28	140,30	117,567	,422	,721

A_29	139,50	126,722	,110	,737
A_30	139,70	124,011	,275	,731
A_31	142,10	121,878	,394	,726
A_32	140,90	138,322	-,465	,764
A_33	141,60	123,378	,157	,737
A_34	141,40	112,933	,470	,716
A_35	140,90	126,989	-,011	,752
CO_1	142,00	125,111	,377	,731
CO_2	142,50	135,833	-,357	,759
CO_3	142,20	128,844	,000	,738
CO_4	141,70	135,344	-,425	,755
CO_5	142,20	128,844	,000	,738
CO_6	143,10	132,322	-,492	,746
CO_7	142,90	131,878	-,225	,748
CO_8	143,20	128,844	,000	,738
CO_9	142,30	128,233	,071	,737

CO_1 0	142,80	127,289	,111	,737
CO_1 1	141,70	124,900	,311	,731
CO_1 2	142,80	127,956	,009	,742
CO_1 3	142,30	128,011	,040	,739

**ANEXO 05**

FECHA: .....

Nº .....

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Buenos días jóvenes estudiantes, les solicito responder a las siguientes preguntas las cuales servirán en la consecución de mi trabajo de investigación para optar la licenciatura en Enfermería, el presente cuestionario es de carácter anónimo.

Agradezco vuestra colaboración

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, marca con un aspa (X) en el casillero en blanco.

**I.- Datos Generales**

Llene los paréntesis vacíos con la respuesta que se le solicita:

1. **Edad:** 15 años ( ) 16 años ( ) 17 años ( )

2. **Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )

3. **Grado escolar:** 4to ( ) 5to ( )

4. **Lugar de nacimiento:** Tacna ( ) Moquegua ( ) Arequipa ( )

Otros: .....

**5. Actualmente vives con:** Papá y mamá ( ) Sólo papá o mamá  
 ( ) Padres, abuelos, tíos.etc ( ) Padrastro y/o madrastra ( )

**II.- Señale la respuesta con la que Usted se identifica:**

Nº		Casi siempre	Frecuente mente	A veces	Pocas veces	Nunca
1	Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.					
2	Quiero ser delgada como las modelos de televisión.					
3	Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación.					
4	Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer.					
5	Prefiero ver programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.					
6	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.					
7	Pienso en las calorías que estoy quemando cuando hago ejercicio.					
8	Evito las comidas con alto contenido en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
9	Me siento como hinchada después de una comida normal.					
10	Consumo mis alimentos tres o más veces al día.					
11	Me siento incómoda después de comer dulces					
12	Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.					
13	Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.					
14	Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.					
15	Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.					
16	Pienso que mi salud esta primero					

	que todo.					
17	Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.					
18	Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.					
19	Tengo miedo a engordar					
20	Me considero seguro(a) de mi mismo(a)					
21	Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.					
22	Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará a ser nunca alguien.					
23	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.					
24	Tengo momentos en los que me siento muy triste.					
25	Pienso que mis caderas son demasiado anchas					
26	Siento que me odio cuando no cumplo con mi dieta.					
27	Pienso que puedo alcanzar mis metas.					
28	Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.					
29	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida					
30	Hay buena comunicación en mi familia					
31	Mi familia toma decisiones por mí.					
32	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.					
33	Existen problemas en mi hogar.					
34	Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.					
35	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.					

**III.- Tenga bien colocar una X sobre la letra que usted responda a las siguientes preguntas:**

1.- ¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

- a) Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por comer bastante.
- b) Es un Trastorno del Comportamiento alimentario, caracterizado por un miedo intenso a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada.
- c) Es un trastorno del comportamiento Alimentario, caracterizado por no querer comer grasas.

2.- ¿Qué son las conductas de riesgo?

- a) Comportamientos que al ser ejecutadas aumentan la probabilidad de causar daño
- b) Comportamientos que al ser ejecutadas no producen daño alguno.
- c) Comportamientos que producen la muerte en el instante de ser ejecutado.

3.- ¿Cuáles son las conductas de riesgo para la Anorexia?

- a) Causas alimentarias y académicas
- b) Causas psicológicas, personales, familiares, alimentarios y socioculturales
- c) No tiene causa

4.- ¿Qué consecuencias pueden producir la Anorexia?

- a) Deterioro en la personalidad y el comportamiento.
- b) Deteriora la salud física, la autoestima.
- c) T.A.

5.- ¿A qué grupo de personas es más frecuente la Anorexia?

- a) Es frecuente solo en hombres.
- b) Son mucho más frecuentes en mujeres, pero también los hombres pueden presentarlas.
- c) Solo esta presente en las mujeres.

6.- ¿Quiénes pueden desarrollar Anorexia Nerviosa?

- a) Personas perfeccionistas, pero son inseguras de sí misma, demasiado autocríticas y tienen baja autoestima.
- b) Personas seguras de sí mismas, de buen autoestima.
- c) N.A

7.- ¿A qué tipo de nivel socioeconómico es mas frecuente la Anorexia Nerviosa?

- a) En niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales.
- b) Solo en nivel socioeconómico bajo.
- c) N.A.

8.- ¿Qué características más comunes se evidencia en la Anorexia?

- a) Una actitud distorsionada hacia el comer, los alimentos, el peso, que resiste al hambre.
- b) Ingesta excesiva de alimentos
- c) A y b

9.- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes de la persona con Anorexia?

- a) Se deprime por la pérdida de peso
- b) Niega la enfermedad y no reconoce la necesidad de nutrirse, aparentemente disfruta la pérdida de peso.
- c) Reconoce la enfermedad

10.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Sociocultural que induce a la Anorexia?

- a) Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazar, tener como imagen ideal a un modelo ideal de belleza.
- b) Reducir la cantidad de alimentos
- c) N.A.

11.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Alimentario que induce a la Anorexia?

- a) Buenas relaciones familiares
- b) Aislamiento social, baja autoestima
- c) Realización de dietas, reducir la cantidad de comida.

12.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Psicoemocional que induce a la Anorexia?

- a) Preocuparse de forma excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura, cambios de carácter, baja autoestima.
- b) Mantener buenas relaciones sociales
- c) Malos hábitos alimenticios

13.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Familiar que induce a la Anorexia?

- a) Realización de dietas, reducir la cantidad de comida.
- b) Preocupación excesiva de los padres por el peso y las dietas, conflictos familiares.
- c) Tener como imagen ideal a un modelo ideal de belleza.

**Gracias por su apoyo**

**ANEXO N° 06**

**CUADRO N°01**

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIANTES DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I. E. PARROQUIAL  
SAN MARTIN DE PORRES  
TACNA – 2011**

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>		
15	82	52,23
16	65	41,40
17	10	6,37
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	82	52,23
Masculino	75	47,77
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Tacna	132	84,08
Arequipa	7	4,46
Otros departamentos	18	11,46
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de familia</b>		
Familia nuclear	101	64,33
Familia incompleta	32	20,38
Familia extensa	18	11,46
Familia reconstituida	6	3,82
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de conocimientos y conductas riesgosas de Anorexia Nerviosa aplicados en estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martín de Porres Tacna – 2011

**CUADRO N° 02**

**CONDUCTA RIESGOSA GLOBAL A LA ANOREXIA DE LOS**

**ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**

**SEGÚN SEXO DE LA I. E. PARROQUIAL**

**SAN MARTIN DE PORRES**

**TACNA - 2011**

<b>Conducta riesgosa global de la anorexia</b>	<b>SEXO</b>				<b>Total</b>	
	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>BAJO</b>	13	8,28	15	9,55	28	17,83
<b>MEDIO</b>	51	32,48	49	31,21	100	63,69
<b>ALTO</b>	18	11,46	11	7,01	29	18,47
<b>Total</b>	82	52,23	75	47,77	157	100,00

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Parroquial San Martin de Porres Tacna – 2011