



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS
ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA SOBRE
LA PREVENCION DE LOS TRANSTORNOS DE ANOREXIA Y
BULIMIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “LOS ANGELES DE
SAN MARTIN” LIMA - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: GARCIA FERREÑAN, CHARITO PAHOLA

LIMA - PERÚ

2016

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS
ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA SOBRE
LA PREVENCION DE LOS TRANSTORNOS DE ANOREXIA Y
BULIMIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “LOS ANGELES DE
SAN MARTIN” LIMA - 2015”**

DEDICATORIA

Dedico esta investigación trabajo a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante, a mis padres y hermano por apoyarme en todo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

RESÚMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar en nivel de Conocimientos y actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la Institución Educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima - 2015.. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 90 estudiantes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple de 26 ítems, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,807; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,863 la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Se aprueba la hipótesis de investigación porque existe asociación significativa entre conocimientos y actitudes en la prevención de la anorexia y bulimia en las estudiantes, es decir que a mayor conocimiento mejores actitudes

Palabras Claves: *Conocimientos, actitudes, estudiantes del quinto grado de secundaria, prevención de los trastornos de anorexia y bulimia.*

ABSTRACT

This study was Objective: To determine the level of knowledge and attitudes of fifth grade students of secondary prevention of disorders of anorexia and bulimia in School "Los Angeles De San Martin" Lima - 2015 .. is a descriptive investigation, worked with a sample of 90 students, for the gathering of information a multiple-choice of 26 items was used, the validity of the instrument was performed by test concordance of expert judgment obtaining a value of 0.807 ; reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of 0.863 hypothesis testing was performed using Chi-square, with a significance level of $p < 0.05$.

The research hypothesis better attitudes is approved because there is significant association between knowledge and attitudes in preventing anorexia and bulimia in students, ie that more knowledge

Keywords: *Knowledge, attitudes, fifth grade students of secondary prevention of disorders of anorexia and bulimia.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	49
2.4. Hipótesis	50
2.5. Variables	50
2.5.1. Definición conceptual de la variable	50
2.5.2. Definición operacional de la variable	50
2.5.3. Operacionalización de la variable	51
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	52
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	53

3.3. Población y muestra	53
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	54
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	54
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	55
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	59
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Las distintas experiencias adquiridas en los espacios escolares y universitarios, donde la característica principal es su población adolescente, es frecuente encontrar conductas que pueden ser el inicio de uno de los trastornos de la esfera mental y del comportamiento conocido como anorexia y bulimia, el cual constituye un problema de Salud Pública por su magnitud, consecuencias en la persona afectada y lo difícil que resulta el tratamiento, así como la preocupación que viene generando el incremento de su incidencia en la población adolescente mayoritariamente entre los 14 y 18 años⁽¹⁾ predominantemente femenino, lo que no quita que este trastorno se presente también en la población masculina; generando inquietud, interés y necesidad por conocer las conductas relacionadas con el problema de la anorexia y bulimia, más aún si tomamos en cuenta que la adolescencia constituye más del 20% de la población peruana.⁽²⁾

Aunque los trastornos alimenticios se padecen individualmente y tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y los orígenes de los trastornos alimenticios; son, por lo tanto, multicausales. Además, su expansión social los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor. La prevalencia de la anorexia entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza 3%. La población más vulnerable son las mujeres adolescentes.

En este contexto dentro de los programas preventivos promocionales, la enfermera cumple un rol fundamental; por lo que debe conocer a profundidad la necesidad de estos adolescentes para que así le permita realizar acciones encaminadas a la detección de conductas riesgosas para esta enfermedad, así como difundir conocimientos para que tomen conciencia de que si bien es cierto la imagen corporal es un aspecto importante para la autoestima; la salud es lo primero.

Siendo el propósito proporcionar información actualizada y objetiva sobre las conductas de riesgo a la anorexia y bulimia a fin de incentivar a un trabajo de actividades preventivo-promocionales dirigidos a los adolescentes, grupos de riesgo; y así cambiara muchas personas ya que en este mundo de la estética todos estamos inmersos en ellos; logrando la adopción de estilos de vida saludables mejorando así la calidad de vida de cada una de estas personas.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la alimentación y las conductas alimentarias representan un problema de salud importante en adolescentes, sobre todo en las mujeres, aunque en los últimos años se observa en los varones; es típico que comience entre los 14 y los 18 años de edad; asimismo este grupo es más 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.⁽³⁾

La anorexia y la bulimia son trastornos mentales y del comportamiento. En el mundo tienen anorexia y bulimia 7 millones de mujeres y un millón de hombres, además constituyen la 2da causa de muerte entre los adolescentes con el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psíquicas.⁽⁴⁾

En Estados Unidos, la prevalencia de estas patologías tiende a ser entre un 3 y 10% en mujeres entre los 15 y 29 años de edad, siendo mayor la

cantidad de pacientes con bulimia, ya que éstas duplican el número de pacientes con anorexia.

En Alemania los niveles de personas con trastornos alimenticios son alarmantes ya que existen unas 600.000 (según el reportaje de la asociación médica de baja Sajonia). El 8% de los casos de anorexia tiene un desenlace fatal, los datos de mortalidad en este caso no son reflejados a la luz pública ya que las muertes por esta causa son denominadas paros cardiacos⁽⁵⁾

En España se han manifestado los trastornos de la conducta alimentaria como problema clínico importante una década después que en los países anglosajones y del norte de Europa. Su irrupción a partir de la década de los años ochenta ha sido violenta y rápida, extendiéndose a los diferentes sectores sociales y presentando mayor índice de prevalencia en la población femenina (, con una prevalencia aproximada del 4,5% en la que se incluyen tanto los desordenes alimentarios especificados y no especificado.

En Venezuela la anorexia es una enfermedad que afecta a un 20% de forma fatal y en un 30% de los casos se convierte una enfermedad crónica la cual necesita hospitalización (según el ministerio de sanidad para el año 2003.

En el Perú la anorexia y la bulimia también son 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⁽⁶⁾.

De acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática la población estimada para el 2005 fue de 27 974 millones, en

el cuál la población adolescente de (12-19 años) fue de 22.8% traducido en cifras es un aproximado de 6,3 millones de adolescentes en el Perú ⁽⁷⁾

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 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 8.3% tiene tendencias a problemas alimentarios . ⁽⁸⁾ Otro estudio, realizado en la Sierra Peruana en el año 2003 en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz refiere que el 0.1% presenta bulimia y el 5.9% tiene tendencias a problemas alimentarios. y el Estudio epidemiológico de Salud Mental realizado en la Selva Peruana 2004, nos dice que el 0.1% presenta Anorexia y el 5.1% tiene tendencias a problemas alimentarios. ⁽⁹⁾

Según información del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, se presentan pacientes anoréxicos de todos los sectores socioeconómicos y entre los distritos menciona a Carabayllo, Comas, Puente Piedra, Villa el Salvador. ⁽¹⁰⁾

En el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi –se presentan pacientes anoréxicos o bulímicos adolescentes de distintas clases sociales. Al respecto el doctor Rolando Pomalima, refiere “los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se vienen convirtiendo en los últimos años en un problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos, debido al incremento alarmante de su incidencia y prevalencia preferentemente en los adolescentes. Esta situación es incentivada en nuestra sociedad por la moda de adelgazar tendiéndose a convertir en una auténtica obsesión colectiva al sentirse desgraciadas a causa de su aspecto físico y en especial a su exceso de peso, observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad añadiendo además, en coincidencia de otros estudiosos, que

hasta la fecha no se ha identificado una causa concreta y única de este trastorno.⁽¹¹⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel conocimientos y actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la Institución Educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima - 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar en nivel de Conocimientos y actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la Institución Educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima - 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de educación sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la Institución Educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima - 2015.
- Identificar las actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la Institución Educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima - 2015

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio es de gran interés debido a que en los últimos años se ha incrementado la incidencia de morbilidad y mortalidad en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), por lo que ante este grupo de riesgo, el profesional de

enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades preventivos-promocionales orientado a promover, detectar e identificar precozmente en las adolescentes antecedentes de riesgo alimentario a fin de favorecer la adopción de conductas de alimentación saludable, dado que ellos se encuentran en una etapa muy vulnerable en cuanto a los comportamientos frente a la alimentación, además de la influencia y la presión sociocultural de tener un cuerpo perfecto, lo que conlleva a adoptar hábitos de alimentación que representa un riesgo para su salud.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera Limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra, solo son las estudiantes del quinto grado de secundaria de la institución educativa “Los Ángeles De San Martín”. Lima 2015.

La segunda limitación es que los resultados sólo servirán para la población de las estudiantes del quinto grado de secundaria de la institución educativa “Los Ángeles De San Martín”, donde se llevara a cabo la investigación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Nacionales

CABALLERO Huarcaya Lisbeth Karina “Relación entre la auto percepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teresa González de Fanning”, LIMA 2007. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de lickert modificado el cual está constituido por 28 ítems entre positivos y negativos. La población estuvo constituida por escolares adolescentes de sexo femenino que cursan el 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzáles de Fanning cuyo número total asciende a 600 adolescentes del turno mañana y tarde.

“La mayoría de adolescentes del 5to año de secundaria tiene una autopercepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva porque consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo existe un porcentaje significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo”⁽¹²⁾

RIVERA Chamorro Diana Carolina “Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia y bulimia en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 “Comas, LIMA 2007. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformado por 6444 estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundaria de las instituciones educativas estatales, ubicados en el distrito de Comas, cuyas edades están comprendidas entre los 14 y 16 años de edad.

“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”⁽¹³⁾

FLORINDEZ, Joan Hartley. “Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares Lima-1999”, El método que utilizó fue el descriptivo comparativo. La población estuvo conformada por tres colegios (2 privados y 1 público) de Lima Metropolitana. La muestra fue de 361 mujeres adolescente con edad promedio de 16 años. El instrumento que utilizó fue la escala de Likert.

“Los trastornos alimentarios constituyen una problemática importante en nuestro medio, no exclusiva de niveles socioeconómicos altos”

“La mayor parte de las que están insatisfechas con su imagen corporal, padece trastornos alimentarios intermedios que son inadvertidos por sus padres y que, además, invierten excesivas energías síquicas en el tema del control de la alimentación y evitan comer alimentos con muchas calorías.”(14)

DR. FREYRE, Román Eleodoro “Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en la salud del adolescente” Arequipa (1994) población 28 pacientes con trastornos alimentarios en Arequipa 16 de los cuales tenían el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, 6 de Bulimia Nerviosa y 6 de Bulinorexia, los pacientes⁷ provenían principalmente del Instituto de Salud del Adolescente de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; también incluyeron casos provenientes de Centros Psiquiátricos y consultorios privados de esta ciudad.

“En Arequipa vemos el problema con frecuencia creciente, habiendo sido testigos de microepidemias en las aulas de colegios de la localidad”.

“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 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 y bulimia nerviosa”.
(15)

2.1.2 Antecedentes Internacionales

La Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Norma N° de 1“La Anorexia y bulimia” Nezahualcoyotl en el México 2001. El método que utilizó fue el descriptivo. La población estuvo conformada por jóvenes entre las edades de 14 y 22 años. El instrumento que utilizó fue el cuestionario y la técnica la encuesta.

“La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad, la mente de las anoréxicas es perfeccionista”

“En las causas de la anorexia no debemos culpar únicamente a los medios de comunicación o a la sociedad, pues este trastorno se origina principalmente en la familia”⁽¹⁶⁾

MARTÍNEZ Miguel Ángel y Cervera Salvador, “Factores de riesgo que favorecen la anorexia y bulimia. España 1998, El método que utilizó fue el descriptivo prospectivo. La muestra estuvo conformada por 286 jóvenes entre 12 y 21 años de edad. La técnica fue la observación y entrevista y el instrumento utilizado fue una extensa batería de test.

“Se identificaron 3 factores de riesgo principales que como mínimo duplican el riesgo de padecer esta patología, estos factores serían El hábito de comer en solitario, que triplica el riesgo, el estado civil de los padres; que duplica en aquellas chicas con padres viudos, separados o divorciados y el mayor uso de determinados medios de comunicación como revistas juveniles centradas en contenidos de modas, belleza, etc. que multiplica el riesgo por 2”⁽¹⁷⁾

2.2 BASE TEÓRICA

A continuación se presenta la siguiente información científica del presente estudio:

2.2.1 Adolescencia

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, no solo en los Estados Unidos, sino también en otras muchas culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Tanto la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los “años tormentosos” comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal. Los que han estudiado científicamente la conducta han propendido también señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo. Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa.

Aunque existen diferencias de opinión en lo tocante a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en lo tocante a que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad.

2.2.1.1 Conceptualización de la Adolescencia y el Adolescente

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preannuncia 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 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.

No hay teorías fáciles con que podamos definir a todos los adolescentes, ni las explicaciones que se dan de su comportamiento nos bastaran para comprenderlos. Para la persona que quiera comprender la conducta del adolescente, no hay nada que pueda suplir el análisis atento de una investigación cuidadosamente realizada, gran parte de esta investigación se ha hecho a la luz de teorías muy prometedoras, pero la sola teoría, sin la comprobación objetiva, no sirve de nada.

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, si solo se define como la terminación de la niñez por

un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto adolescencia y para el adolescente mismo.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

2.2.1.2 Duración de la Adolescencia

Este periodo comprende entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta. Suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 21. En esta etapa se experimenta cambios que se dan a escala social, sexual, física y psicológica que desarrollaremos más adelante.

2.2.1.3 Búsqueda de Identidad

Búsqueda de la identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida está en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Como Erik Eriksson (1950) señala, este esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo y el mundo no es “un tipo de malestar de madurez” sino por el contrario un proceso

saludable y vital que contribuye al fortalecimiento total de del ego del adulto.

a) Identidad frente a la confusión de la identidad:

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de “quien soy” se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde, donde termina el proceso de identificación.

La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. Eriksson concluyó que uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta. Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar una identidad ocupacional se hallaran en riesgo de padecer situaciones perturbadoras como un embarazo o el crimen. Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis

de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fe o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.

b) Niveles de identidad: crisis y compromisos

De acuerdo con el psicólogo James E., estos estudiantes se hallan en cuatro niveles diferentes del desarrollo del ego. Amplió y aclaró la teoría de Erickson al determinar varios niveles de identidad y correlacionarlos con otros aspectos de la personalidad; identificó cuatro niveles que difieren de acuerdo con la presencia o ausencia de crisis y compromiso, relacionando estos niveles de identidad con características de la personalidad con ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento; clasificó a las personas en una de cuatro categorías:

- c) Moratoria: (crisis sin compromiso) nivel de identidad, en el cual una persona considera alternativas (está en crisis) y parece dirigirse hacia un compromiso.
- d) Logro De La Identidad: (crisis que lleva a compromiso) nivel de identidad se caracteriza por el compromiso con opciones tomadas después de un período de crisis, un tiempo delicado a pensar en alternativas.
- e) Confusión De La Identidad: (sin compromiso, crisis incierta) nivel de identidad, que se caracteriza por la ausencia de compromiso y al cual, puede seguir un período de consideraciones de alternativas.
- f) Diferencia de género en la formación de la identidad:

El enunciado de Sigmound Freud: “La biología es el destino” implica que los diferentes patrones de comportamiento en hombres y mujeres de casi todas las culturas, son el resultado inevitable de las diferencias anatómicas. En la actualidad, los psicólogos en general creen que la

“Socialización es el destino” y que mayor parte de las diferencias entre hombres y mujeres surgen primero de actitudes y prácticas sociales, aunque una investigación sugiere que se presentan niveles de maduración diferentes entre los sexos. Cualquiera que sea la razón a las razones, los sexos difieren en su lucha para definir la identidad. Solamente en los últimos años los investigadores han explorado la búsqueda femenina de la identidad. Los análisis estadísticos de 65 estudios sobre el crecimiento de la personalidad, incluye más 9.000 sujetos donde se han encontrado diferencias de género; las niñas adolescente parecen madurar más rápido en cierta. La diferencia es pequeña en general y más notable durante la secundaria; desciende de manera notoria entre los adultos que se hallan en la universidad y desaparece por completo entre los hombres y las mujeres de edad; esta maduración de las diferencias de género. En general las diferencias de géneros en el desarrollo de la personalidad demostraron que las mujeres son más avanzadas, pues cuando los muchachos aún son egocéntricos, las niñas han pasado hacia la conformidad social, cuando los muchachos comienzan a ser conformistas, las niñas se vuelven más auto concientes.

g) Investigaciones sobre la autoestima femenina:

Las niñas tienden a ser más perspectivas con respecto a los temas de relaciones y con mentalidad abierta acerca de los sentimientos; no obstante cuando se llega a la adolescencia,

aceptan las naciones estereotipados de cómo deberán ser y reprimen los verdaderos sentimientos en áreas de ser “lindas” cuando reconocen que están perdiendo parte de sí mismas, lo cual significa que ¹⁴ puede tener relaciones auténticas, su confianza se resquebraja. Solamente quienes siguen siendo honestas consigo mismas y con los demás y con la sociedad a la que pertenecen. La autoestima de estas niñas sigue siendo alta, se considera competente y es más probable que no sigan carreras tradicionales.

h) Factores étnicos en formación de la identidad:

El desarrollo de la identidad resulta especialmente complicado para los jóvenes procedentes de grupos minoritarios. Una investigación que utilizó las medidas del nivel de identidad, demuestra que una proporción mayor de adolescentes de grupo minoritarios con respecto a los jóvenes de raza blanca se halla en el nivel de “exclusión”. Una síntesis de la literatura existente sobre el tema concluye que el color de la piel, las diferencias del lenguaje, los rasgos físicos y estereotipos sociales son de gran importancia en la formación del auto concepto, y que los adultos pueden ayudar a los jóvenes a tener un concepto positivo de sí mismo algunos pasos para estimular la formación saludable de la identidad entre los niños de grupos minoritarios incluyen admirarlos a permanecer en la escuela, cuidar de su salud física y mental, proporcionar los sistemas de ayuda social como las redes de apoyo y centros religiosos, fortaleciendo así su herencia cultural.

No existe propiamente una peculiar psicología dinámica de la adolescencia; sin embargo; no se deben ignorar ciertas cualidades evolutivas que caracteriza la motivación del adolescente de un modo relativamente propio y constante. La

adolescencia se hace cada vez más consciente de las relaciones que existe entre ellas y la sociedad, de tal modo que sus motivaciones se transforman progresivamente, de egocéntricas que eran casi totalmente en la fase precedente, en socio-céntricas tal como aparecen en la fase evolutiva.

La necesidad del contacto psicosocial presenta características peculiares en la adolescencia, que se puede resumir como sigue:

i) Los amigos y enemigos.

El perfeccionamiento de las funciones intelectuales permite al individuo ser cada vez más independiente en sus ideas, teorías y juicios. Esto, no obstante, no rige para el círculo social al que voluntariamente pueden vincularse. El adolescente se siente enormemente atado a su grupo y, más aún, si cabe, a sus amigos.

j) Desarrollo afectivo

Tras el período turbulento del pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosearse.

Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos.

Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el postrer combate contra las exigencias libidinales infantiles, de las que no obtiene ya satisfacción, y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida, de joven adulto.

A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc.

El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres, lo esté o no. La fantasía de represión de sus iniciativas es estructurante para su afectividad, que obtiene una base firme para iniciar experiencias adultas. La represión real, por el contrario, coloca al adolescente en una situación de desequilibrio, que puede precipitar prematuramente los tanteos del joven en el mundo de los adultos, o bien operando en sentido contrario-desacreditarlos por completo.

En resumidas cuentas: en este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto.

El problema reside en que la afectividad va mas allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo y tal vez por mucho tiempo en el domicilio paterno.

k) Desarrollo social

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras.

A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen

que tener las misma inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas pero esto lo hablaremos en el desarrollo sexual más ampliado.

El grupo adolescente se inicia sólo con dos el adolescente y el amigo precisamente el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal.

Algunos psicólogos se refieren a ésta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entre en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal.

La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, el adulto o los padres no llenan esos requisitos.

La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos y fiesta de los conflictos con los padres o depresiones.

Estas conversaciones están llenas de resentimientos imprecisos y son la fuente de verdaderas críticas normativas.

Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos.

A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras esto se debe como anteriormente menciona vemos que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por lo mismo estado psíquicos. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de transgresión que llamaremos conducta antisocial.

Ahora hablaremos de transferencia imitativa de la personalidad: esta conducta se da cuando la pareja de amigos busca y tiene su modelo en una personalidad superior y esto sucede cuando la pareja de amigos no está satisfecha con la igualdad o polaridad de sus tipos; sus modelos a imitar son por lo general gente del medio artístico.

Ya hemos hablado de la formación de la personalidad, que el resentimiento de los muchachos proviene de la lucha con la sociedad y los padres. También hemos dicho que hay algo más hondo que el resentimiento que es el afán de encontrar categorías al yo, esto es, la sustancia de sí mismo.

Pero el resentimiento es un lazo de unión grupal. Esto lo saben bien los líderes juveniles. El resentimiento puede ser explotado para arrojar a los jóvenes a cualquier tipo de lucha.

Las actividades del adolescente tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma de los puberal se carga de sentimiento dolorosos, triste, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor,

mediante sus tramitaciones en placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre en consecuencia el adolescente gusta de estos placeres como bailar, asistir a paseos ir al cine para mantenerse alegre pero cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

Para finalizar este punto podemos concluir que el interés social tiene únicamente carácter grupal.

l) Desarrollo de la personalidad

Sobre el desarrollo de la personalidad se han desarrollado variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia.

La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Según algunos autores, se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal estaban determinados biológicamente y venían predichos por la información general.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la hembra, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc.

La imagen corporal se toma más en cuenta en la hembra que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida.

Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, son factores de mayor importancia el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor que pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de metas trazadas.

2.2.1.4 Problemas de la adolescencia

a) Las tensiones internas.

El incremento de la tensión psíquica hasta insospechadas es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

Son comportamientos propios de una primera y más conflictiva etapa de la adolescencia, en la que la tormenta pulsional que se está desatado arrastra pulsiones parciales pre-genitales. (Orales y anales, agresivas y sádicas) que el joven no consigue controlar con eficacia, y para las que busca una satisfacción impostergable.

b) Disolución de la identidad infantil.

Suponiendo que el niño o la niña hayan crecido bajo un modelo educativo ni demasiado rígido, ni demasiado permisivo (lo que coincide, afortunadamente, con la mayoría de los casos), el periodo de crisis preadolescente, entre los trece y los quince, debe ser superado con éxito.

Durante este período la lactancia, en efecto, se consolida la seguridad y la confianza en sí mismo adquiridas tras la

primera infancia, y ahora, al enfrentarse con nuevos conflictos, saben resistir mejor los vaivenes emocionales a que son sometidos por la renovación pulsional: el tormentoso oleaje de los deseos reprimidos y las satisfacciones anheladas.

La disolución de la identidad infantil coincide entonces con el segundo y definitivo final de la crisis edipiana, renovada en parte tras la pubertad. Esto comporta la renovación de la castración sobre las pulsaciones pre-genitales (orales, anales, fállicas) y sobre todos los deseos genitales que tengan algo de incestuoso.

Solo la seguridad y la confianza adquirida durante la infancia permitirán al preadolescente concluir airoosamente su desarrollo afectivo.

c) Ser y tener

La evolución psicoafectiva infantil es distinta para el niño y para la niña -hemos insistido en ello- desde el momento en que descubren las diferencias sexuales anatómicas. Si bien durante la infancia estos procesos paralelos pueden no aparentar divergencias, salvo las que imponen las identificaciones con figuras adultas correspondientes, es precisamente ahora, en la primera adolescencia, cuando los distintos temores que aquejan a uno y otro sexo dan cuenta retrospectivamente ahora, de las formas de organización psicosexual que siguen los seres humanos.

d) Los temores masculinos.

Para los jóvenes varones, todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o todavía en curso, en forma de fantasía sobre supuestas

malformaciones, defectos o desproporciones que los proveerían de lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son el objeto preferencia de su tensión. Cualquier mínima diferencia, real o imaginaria, con los cánones supuestamente normales suscita gran angustia.

e) Temores femeninos.

La angustia de las adolescentes no está centralizada. Aunque siga siendo lo físico su motivo principal, todo el cuerpo, en tanto que el objeto investido por el poder de suscitar deseo en el otro, examinado con atención.

El aislamiento y la reflexión. Ante la inminencia de su plena incorporación a este nuevo mundo, en el de los adultos, en el cual ha empezado ya a introducirse, y que descubre plagado de nuevas exigencias, el preadolescente se siente desconcertado en muchos momentos y sucumbe a la necesidad de encerrar en sí mismo.

Los adolescentes se sienten desconcertados ante su inminente incorporación al mundo de los adultos. Muchos acontecimientos tienen lugar por primera vez en sus vidas y no todos pueden ser asimilados de inmediato.

El aislamiento en muchos momentos, una necesidad vital para el adolescente, que necesita analizar críticamente su pensamiento y sus emociones.

d) Los conflictos familiares.

A partir de estos momentos, y hasta que el adolescente haya dejado la niñez definitivamente atrás y adquirido un concepto distinto de la realidad, más adulto, las críticas dirigidas contra los progenitores pueden ser poco menos que incesantes e

inspiradas por motivos muy diversos. Al principio son aspectos más superficiales de la cotidianidad los que merecen su desaprobación, pero poco más tarde, a medida que van ampliando la comprensión del entorno social y cultural que le es propio, no dejan de manifestarla ante cuestiones más esenciales o profundas.

Los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares afectan a aspectos familiares de la cotidianidad: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc. (18)

2.2.2 Trastornos Alimenticios

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida.

Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

Los principales trastornos alimenticios son la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer.

2.2.2.1. La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

En la compulsión para comer se presenta el síntoma del atracón sin la conducta compensatoria. Por ello, quien lo padece puede presentar sobrepeso.

Quienes presentan anorexia o bulimia piensan casi exclusivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, y están pendientes de su imagen de manera obsesiva, piensan mucho en cómo y en cómo son vistos por los otros. Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. La imagen corporal de sí mismo está distorsionada y no corresponde a la realidad.

Una misma persona puede presentar diversos comportamientos y en muchos casos es frecuente encontrar las conductas alternadamente por periodos de tiempo específicos; la mayor incorporación de comportamientos patógenos puede indicar el avance del padecimiento.(19)

2.2.3 Anorexia

Pérdida del apetito, sin embargo, el término en conjunto “Anorexia Nerviosa”; se trata de una insatisfacción con la imagen corporal, con pérdida de peso significativa, alteraciones en los ciclos menstruales, sin otra enfermedad física intercurrente. Se da con más frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo en

mujeres. Es importante destacar su comienzo insidioso, con una pérdida de peso mayor al 15% respecto al peso original o al esperable, con una disminución de la ingesta alimentaria y la aparición de rituales al comer. Suelen hacer intenso ejercicio, y tener piel seca, agrietada, y escaso cabello. Se desconocen las causas con que se considera que la mayoría son emocionales. (20)

La anorexia nerviosa va más allá del control del peso: el enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos debido a un desorden mental. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo, ya que se niega a mantener el peso normal que le corresponde, pesando menos del 85% de lo que debería pesar según su edad y estatura.

Así, hoy la anorexia nerviosa está catalogada como una enfermedad psiquiátrica en la que la persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo y no se ve ni se concibe a sí mismo físicamente como realmente es.

Por lo general, los anoréxicos son personas de carácter fuerte, de manera que se mantienen firme en sus convicciones de no ganar peso. Para ellos es un logro y un éxito poder controlar de manera estricta la ingesta de alimentos. Por el contrario, ganar un gramo de peso es un fracaso y engordar es una vergüenza. Sin embargo, a pesar de lo que se cree, la anorexia no está motivada por un sentimiento un deseo de verse delgado o hermoso, por el contrario, la obsesión que lo anoréxicos desarrollan por no ganar peso es

porque se sienten poco activos, feos, no merecedores de algo bueno en la vida e inadecuados para ser felices.

A pesar de que la definición literal dice que la anorexia es una pérdida del apetito, a las personas con anorexia sí les da hambre.
(21)

2.2.3.1 Características:

- ❖ Muchos de ellos se vuelven hiperactivos.
- ❖ Niegan la fatiga y comienzan a hacer ejercicio compulsivamente.
- ❖ A medida que la enfermedad avanza, estas personas se tornan depresivas, irritables.
- ❖ Muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo.
- ❖ Se convierten en seres muy contradictorios: aparentan una cosa y por dentro sienten otra, es decir tiene problemas para expresar sus sentimientos.

2.2.3.2 Tipos de la Anorexia Nerviosa:

- a) Restrictivo, ésta se presenta cuando la persona sólo deja de comer, describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, donde los pacientes con anorexia nerviosa no recurren a laxantes.
- b) compulsivo purgatorio o anorexia purgatoria: que utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a purgas con diuréticos, lavados

intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente, algunos no presentan estancamiento estomacal pero si recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. (22)

2.2.3.3 Causas:

Como todo padecimiento, este tiene sus causas, ya que nada se produce solo, y siempre existe el factor que influye para que tal enfermedad se produzca; en este caso, no se puede hablar de una única causa o causas específicas que desarrollen el trastorno pero sí de unos factores influyentes:

- a) Factores culturales: Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguir determinadas dietas. Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes -expresa el Dr. Olkies- las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones". (23) Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas que desfilan diariamente los máximos exponentes del "género". Si te encuentras entre

ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los OUT.

- b) Los medios de comunicación: con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta situación que le tiende la cultura imperante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todos desarrollan un trastorno alimenticio.
- c) Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensan de uno como persona, percibir que se tiene poco control sobre la vida misma, ser poco habilidosos en las relaciones sociales, entre otros, son el desarrollo de este tipo de patologías.
- d) Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura, todos ellos pueden desbordar a una persona con falta de madurez; por lo tanto afecta de manera directa la parte emocional de la adolescente, puesto que

van acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos.

- ❖ En línea general los factores principales para la aparición de la anorexia nerviosa fueron esencialmente los factores culturales que son aquellos influenciados por la moda, desde los aparatos de última generación, hasta la vestimenta más apropiada según lo que se anuncia a través de los medios de comunicación.
- ❖ Por otra parte el no aceptarse así mismo, queriendo comprar la imagen que el factor anterior te muestra, siguiendo un patrón que no es el propio para una representación saludable del cuerpo y de la mente.
- ❖ Hay que considerar que el simple hecho de experimentar algún tipo de fracaso y no superarlo, puede ser causante de esta enfermedad puesto que te lleva a niveles de depresión, encerramiento, bajo rendimiento escolar, sentimientos de culpa propia y hacia tu sociedad pero sobre todo aquella ansiedad que produce las preocupaciones y las alteraciones psico-sociales.

Así mismo, existen otras causas para esta enfermedad ya que estas dependen esencialmente de quien la padece. (24)

2.2.3.4 Síntomas:

Anorexia nerviosa si presente la gran mayoría de las siguientes señales:

- ❖ Negarse a mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad.
- ❖ Pesar menos del 85% de lo que debería pesar según su estatura y edad, es decir, estar 15% por debajo de su peso establecido.
- ❖ Amenorrea, suspensión del ciclo menstrual por tres períodos consecutivos. Si se trata de una niña en etapa pre-menstrual, el síntoma es el no desarrollo del ciclo menstrual.
- ❖ Miedo intenso a ganar peso o engordar, sin importar si la persona está bastante por debajo del peso adecuado que le corresponde.
- ❖ Negar frente a los demás que está muy delgada.
- ❖ Permanentemente sentirse gorda a pesar de su bajo peso.
- ❖ una auto evaluación de su cuerpo, no darle importancia requerida a su bajo peso ni a su apariencia física.
- ❖ No tener ninguna enfermedad física que sea motivo de su bajo peso.
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Hinchazón de algunas partes del cuerpo.
- ❖ Piel reseca y amarillenta o verdusca.

- ❖ Hipotermia, tener muy baja la temperatura corporal. Los anoréxicos casi siempre tienen frío, así la temperatura del medio ambiente esté alta.
- ❖ Manos y pies azulosos.
- ❖ Debilidad.
- ❖ Fatiga.
- ❖ Pérdida considerable de cabello.
- ❖ Depresión
- ❖ Se les hacen moretones en la piel con facilidad.
- ❖ Fracturas frecuentes.
- ❖ Obsesión por la comida y el peso.
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Adoptar regímenes drásticos de ejercicio.
- ❖ Expresar constantemente preocupación por estar “gordos”
- ❖ Vestir ropa amplia o muy pegada al cuerpo.
- ❖ Palidez

A raíz de ello, se producen cambios y alteraciones en la adolescente, bien sea física y personalmente como en su vida diaria tomando en consideración a su círculo social: en el colegio o la comunidad. Incide de tal forma agravando su salud corporal y mental llevándola a terribles decisiones como el suicidio. (25)

2.2.3.5 Consecuencias:

Estos son:

- ❖ Desordenes en el funcionamiento regular de algunos órganos del cuerpo como los riñones (deshidratación severa) y el hígado.
- ❖ Complicaciones cardiovasculares severas, como irregularidades en el ritmo cardíaco, presión baja y ritmo cardíaco bajo, a causa de la falta de potasio
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Dolor abdominal, debido a úlcera de estomago y esófago
- ❖ Anemia.
- ❖ Cabello delgado y opaco.
- ❖ Lanugo, crecimiento de pelo delgado sobre toda el área del cuerpo como en los bebés.
- ❖ Osteoporosis.
- ❖ Amenorrea, interrupción del ciclo menstrual debido a la disminución de la producción de estrógeno.
- ❖ Problemas para dormir, básicamente insomnio.
- ❖ Sequedad en la piel, produciendo que las heridas tomen más tiempo de lo normal para sanar.
- ❖ Desmayos y mareos.
- ❖ Muy bajo rendimiento intelectual y físico

- ❖ Dificultadas para relacionarse sexualmente
- ❖ Debilidad y pérdida de músculo.
- ❖ En ocasiones muerte por inanición.
- ❖ A parte de ello, sufren daños de manera personal, especialmente en la parte psicológica como:
- ❖ Trastornos del sueño, ya sea insomnio o sueño interrumpido.
- ❖ Estado de ánimo irritable puede relacionarse con hambre y falta de descanso
- ❖ Depresión
- ❖ Ansiedad
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Problemas de concentración
- ❖ Autoestima muy baja
- ❖ La valoración personal depende totalmente del peso y la silueta.
- ❖ Pensamientos negativos hacia el cuerpo
- ❖ Creencias erróneas sobre el cuerpo, el peso y los alimentos
- ❖ Tendencia al aislamiento.

Se puede decir entonces que se muestra las situaciones de riesgo como son la personalidad perfeccionista, la baja autoestima estrés por múltiples personalidades e imagen corporal inestable, con distorsiones perceptivas, su diagnóstico diferencial se

hace descartando inicialmente otras enfermedades orgánicas, y con otros trastornos psicológicos, como depresiones con pérdida de apetito y otros trastornos de la conducta alimentaria. (26)

2.2.3.6 Tratamiento:

En la mayor parte de los casos, se trata de manera ambulatoria con el paciente siguiendo su vida normal, aunque si la pérdida de peso es mayor del 30% en seis meses, o si el paciente hace un intento de suicidio o si hay alteraciones en sus análisis importantes debe permanecer hospitalizado. Su tratamiento puede incluir fármacos antidepresivos y suplementos vitamínicos. La evolución y el pronóstico de esta enfermedad es variable, si comienza en edad temprana generalmente tiene evolución más favorable, si requiere repetidos ingresos hospitalarios, el pronóstico es peor. Existen casos de muerte, muchas de ellas debido a suicidios. Con frecuencia persisten las actitudes anormales hacia los alimentos y las alteraciones de la imagen corporal.

De las personas con anorexia, hay un porcentaje que muere por suicidio y otro por complicaciones médicas. Sin embargo, la gran mayoría de ellas puede, accediendo al tratamiento, salir de este cuadro clínico y llegar a manejar el trastorno. “podemos reconocer a una persona con anorexia por su comportamiento indicando que algo no esté bien” (27), Es decir que si la persona ha perdido peso drásticamente en los últimos meses su apariencia no es la de una persona simplemente delgada sino que comienza a verse

excesivamente flaca, casi esqueléticas las extremidades, sobre todo, se ven muy delgadas, tomando apariencia de “palos” o “estacas”.

Estas personas dejan de comer en público o siempre tienen excusas para no comer con la familia, y se evaden con argumentos como “estoy enferma del estómago”, “no me siento bien”, “comí en casa de mi amiga”. Es por ello y por muchos otros comentarios junto con diversas acciones que es importante buscar ayuda a tiempo. Apenas se vislumbren los primeros síntomas debe persuadirse a la persona para que acuda a los tratamientos profesionales adecuados.

2.2.4 Bulimia

La palabra bulimia significa hambre de buey y procede del griego boulimos (bous: buey; limos: hambre). Para las personas con bulimia, que afecta diez veces más a las mujeres que a los hombres, la comida es una adicción placentera y autodestructiva. (28) “Es el desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico” (29). Las personas bulímicas son incapaces de dominar los impulsos que les llevan a comer, pero el sentimiento de culpa y vergüenza tras ingerir muchos alimentos les lleva a ayunar, usar laxantes y provocarse vómitos para prevenir el aumento de peso. Las bulímicas tienen cerca de 15 episodios de detenimiento intestinal y vómitos por semana y, en general, su peso es normal, por lo que resulta difícil detectar la enfermedad.

Este padecimiento también se puede considerar como un síndrome ya que hace referencia a un conjunto consistente de síntomas que presenta el enfermo, la cual es causada por factores que predisponen así a quien lo padece.

2.2.4.1 Causas:

- a) Individual: sobrepeso, perfeccionismo, problemas para ser autónomo, baja autoestima.
- b) Genéticos: los precedentes familiares aumentan el riesgo de padecer el trastorno.
- c) Socioculturales: ideales de delgadez, prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, mala resolución de conflictos.

Así como existen los factores que predisponen a la persona, se halla aquellos que precipitan en quien lo padece cambios físico y síquicos de la pubertad, dietas, mala valoración del cuerpo, insatisfacción personal, trastornos emocionales, entre otros; dando paso a aquellos factores que la mantienen bien sea un ciclo atracción-purgas, reaparición de la ansiedad, abuso de sustancias y autolesiones.

“una de las causas más agravantes es la vida de adolescencia que presentan las pacientes con bulimia nerviosa ya que frecuentan alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional. A menudo estas pacientes presentan una baja autoestima asociada; de hecho, la bulimia nerviosa aparece con mayor frecuencia en personas con trastornos depresivos. También se presentan con mayor frecuencia diversos

trastornos de la personalidad, sobre todo el trastorno límite”.

Esto quiere decir que, la mayoría de las pacientes bulímicas, sufren tal enfermedad, a causa de diversas situaciones vividas en su adolescencia, y es esto lo que las ha llevado a comportamientos que según la sociedad está fuera de lo normal, sobrepasando cualquier límite de conducta y es por ello, que el ser bulímica afecta principalmente a personas con cuadros muy fuertes de depresión.

La bulimia es una enfermedad que comprende un ciclo compuesto por tres etapas: La Restricción, La Sobrealimentación o el atracón y La Compensación.
(30)

2.2.4.2 Tipos de Bulimia:

- a) La restricción es abstenerse de comer. Por lo general los bulímicos son personas que constantemente están tratando de bajar de peso. Esto quiere decir que en algún momento del ciclo están restringiendo la comida que ingieren. Por ejemplo, pueden restringir algunos tipos de alimentos como harinas, dulces, grasa, etc., o saltarse una de las comidas o estar a dieta. La restricción es el momento en el que no están comiendo los alimentos que “les engordan”.
- b) El atracón es comer grandes cantidades de alimentos con una sensación de “pérdida de control” que los pacientes usualmente reportan como “no puedo parar de comer”, donde no hay una sensación de placer

asociado y que se lleva a cabo en un período de más o menos dos horas.

- c) Pasado el atracón, el paciente comienza a sentirse culpable y busca la manera de compensar la ingesta desproporcionada de alimentos que recién comió. Por eso se llama “compensación” a la tercera etapa del ciclo. Las formas más comunes de compensar son la purga por medio de laxantes, enemas o diuréticos, el vómito inducido o el ejercicio compulsivo.

A diferencia de los anoréxicos, los bulímicos son más conscientes de sus acciones. Saben que su comportamiento con la comida está mal, en momentos están fuera de control y esto no es normal. Así les genera mucha vergüenza, y a pesar de que es un impedimento, suelen buscar ayuda profesional. Las personas con bulimia temen ganar peso o tener sobrepeso. Su vida se vuelve una lucha constante por adelgazar y esto los obliga a estar permanentemente haciendo dieta o buscando nuevos regímenes alimenticios. Poco les importa si los métodos que usan son sanos y seguros.

2.2.4.3 Diagnóstico: Los criterios para diagnosticar la bulimia son:

- ❖ Episodios recurrentes de atracones.
- ❖ Episodios de compensación (laxantes, diuréticos, abuso de ejercicio, vómito o ayuno) después de los atracones para evitar ganar peso.
- ❖ Realizar ciclos atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses.

- ❖ Preocuparse en exceso por la apariencia del cuerpo y su peso.
- ❖ No tener anorexia nerviosa.

2.2.4.4 Consecuencias: Al igual que la anorexia, la bulimia viene influida en quien lo padece por factores sociales y familiares, ya que estos son parte del vivir diario, trayendo como consecuencia física:

- ❖ Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Los electrolitos son esenciales para la producción de la “energía eléctrica natural” del organismo, la que asegura la salud de la dentadura, articulaciones y huesos, la transmisión de los impulsos del sistema nervioso y de los músculos, riñones y corazón, el nivel de azúcar en sangre y la llegada de oxígeno a las células
- ❖ Amenorrea - Pérdida de los Ciclos Menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis.
- ❖ Atrofia Muscular - desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a si mismo. Alteración del Funcionamiento Neuromuscular - debido a déficit de vitaminas y minerales (en particular de potasio), y malnutrición
- ❖ Aumento del Azúcar en Sangre/Hiper glucemia - puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad.

- ❖ Artritis (degenerativa) - puede ser causada por desequilibrios hormonales y déficit vitamínicos así como un incremento en la tensión de articulaciones en personas que comen compulsivamente.
- ❖ Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia - Causada por bajos niveles de vitamina B12 y ácido fólico, y/o exceso de alcohol. Puede ser indicador de supresión del sistema inmune o una disfunción en la inmunidad
- ❖ Variaciones Abruptas en los Niveles de Azúcar en Sangre - Baja Azúcar en Sangre/Hipoglucemia: puede indicar problemas en el hígado o riñones y conducir a deterioro neurológico o mental.
- ❖ Callos o hematomas en los dedos de la mano por el uso repetido de los dedos para provocarse el vomito.
- ❖ Cáncer de garganta y cuerdas vocales (Laringe) debido a trastornos de reflujo ácido
- ❖ Cetoacidosis - altos niveles de ácidos que se acumulan en la sangre (cetones) por causa de la quema de la grasa corporal (en lugar del azúcar y los carbohidratos) para obtener energía. Puede ser resultado de inanición, purgas excesivas, deshidratación, hiperglucemia y/o abuso de alcohol (o también como resultado de una diabetes no tratada o no controlada). Puede llevar al coma y a la muerte.
- ❖ Convulsiones un riesgo incrementado de convulsiones en personas con bulimia a causa de la deshidratación. Es posible que las lesiones cerebrales a causa de una

malnutrición prolongada y la falta de células transportadoras de oxígeno jueguen también un papel.

- ❖ Déficit de Hierro, Anemia esto ocasiona que las partículas en sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones y palpitaciones del corazón.
- ❖ Deterioro grave de la dentadura: Ocurre por desnutrición y carencia de vitaminas o por erosión de los ácidos gástricos al vomitar.
- ❖ Depresión que induce al suicidio
- ❖ Descenso de la temperatura corporal - Sensibilidad a la Temperatura

Los laxantes, enemas, diuréticos y las sustancias para inducir al vómito son medicamentos que por su abuso ocasionan daños severos en el organismo. Estas sustancias no deben ser utilizadas sin una prescripción médica. Usarlas sin control puede generar adicciones difíciles de erradicar y además, ninguna de ellas adelgaza.

De igual forma tienen consecuencias radicales en la parte psicológica como:

- ❖ Anomalías electroencefalografías.
- ❖ Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular: afortunadamente suele ser reversible con la recuperación nutricional.
- ❖ Psicosis.
- ❖ Depresión endógena.

- ❖ Neurosis/Psicosis maníaco-depresiva.
- ❖ Suelen ser más impulsivas, intolerantes y se frustran más.

2.2.4.5 Síntomas:

- ❖ Las relaciones interpersonales se afectan. Los enfermos de bulimia no pueden disfrutar de ninguna relación íntima, la obsesión por el peso y la apariencia absorbe toda su energía.
- ❖ Los bulímicos tienen muy presentes sus defectos físicos, no están cómodos con su cuerpo. Por esto muchos suelen dejar de tener relaciones sexuales.
- ❖ Son personas que viven tristes y acomplexadas.
- ❖ Muchos sufren de anhedonia, es decir, incapacidad para sentir placer.
- ❖ Para los bulímicos comer no es un placer porque es un acto compulsivo que les causa vergüenza y culpa.
- ❖ Son personas enfermas que sufren.

La bulimia nerviosa trae consecuencias físicas graves para el organismo y deteriora seriamente la salud física y mental.

Un tercio de los pacientes con bulimia logra manejar adecuadamente la enfermedad.

Las finanzas del hogar o las finanzas personales se afectan dramáticamente por el aumento desmesurado en los gastos de alimentación. “debe tratarse la bulimia nerviosa, ya que es una enfermedad psiquiátrica, debería ser motivo

suficiente para acudir a un buen tratamiento”. (31); es decir, que toda persona que según las características que presente así como las anteriores, si padece de bulimia, debe tratarse inmediatamente puesto que ya es tomado como una grave enfermedad.

Es importante destacar que la anorexia y la bulimia son enfermedades que no son iguales, pero que van de la mano ya que una es causa y consecuencia de la otra. Para este padecimiento, se deja claro que en cada enfermo se denota con las mismas características, pero no en todos los adolescentes se ve igual, es decir; que a unos es más visible que en otros, y aun así, en diversos casos es imposible de detectar a menos que se haga un estudio personal por cada enfermo. Y es obvio que afecta directamente tanto a quien la padece como a quienes rodean al sujeto.

2.2.5 Influencia de la Anorexia y la Bulimia en las Adolescentes

Los dos tipos más comunes de trastornos alimenticios son la anorexia y la bulimia. Estos dos trastornos son difíciles de separar, ya que comparten ciertas características: tanto en la anorexia como en la bulimia, la persona tiene una imagen distorsionada de su propio cuerpo y vive obsesionada con la comida.

Los adolescentes que sufre de anorexia tienen mucho miedo de engordar. Es por eso que apenas come y lo poco que ingiere se convierte en una obsesión. Es bastante común que una adolescente con anorexia pese la comida antes de ingerirla o cuente sus calorías, también es común que haga ejercicio en exceso con el objetivo de bajar de

peso. La bulimia es algo diferente a la anorexia ya que la persona que la padece no evita comer. Todo lo contrario; esta persona ingiere grandes cantidades de alimentos que elimina vomitando. Como en el caso de la anorexia, la bulimia tiende a afectar a adolescentes y mujeres jóvenes más que a hombres. A diferencia de la anorexia, la bulimia es difícil de detectar. De hecho, una persona con bulimia puede tener un peso normal o un poco mayor que el peso normal.

Todos estos trastornos comparten varios síntomas en común, desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud. Y es en la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "modelos" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.

Esto quiere decir que afecta no solo su parte física, y de igual forma el aspecto psicológico, llevándola a conflictos personales, familiares, sociales y educativos, convirtiéndose en elementos perjudiciales para la adolescente.(32)

2.2.6 Prevención De Trastornos Alimenticios Anorexia Y Bulimia En Adolescentes

Hasta la fecha no se conocen medidas preventivas para reducir la incidencia de la anorexia y bulimia. Sin embargo, la detección e intervención tempranas pueden reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del individuo, y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen anorexia nerviosa. Alentar los hábitos alimenticios sanos y las actitudes razonables en cuanto al peso y la dieta puede también ser de gran ayuda, la realización de campañas preventivas y la atención primaria son una forma de prevención de estos trastornos lo cual ayudaría a reducir el número de casos. (33)

2.2.7. Dorothea Orem. “Teoría general de la enfermería”.

La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Auto cuidado, Teoría del Déficit de Auto cuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. .(35)

2.2.8. Nola Pender, en el modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo – perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud. Este modelo es de gran utilidad para la enfermería en el ámbito de la promoción de la salud en el cual permite ayudar al individuo para la adopción de medidas saludables.

En este modelo las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial mediante su capacidad de autoconciencia reflexiva, competencias en busca de conseguir un equilibrio entre el cambio y la estabilidad regulando su conducta, interactuando con el entorno.

2.2.9. Madeleine leininger, abrió una de las grandes áreas a enfermería, la transculturización que es el estudio de diversas culturas y sub culturas del mundo, mediante una formación especializada en la cual la enfermera es capaz de aplicar conceptos, principios, definidos para dar conocimientos sólidos, con la finalidad de práctica responsable y coherente culturalmente.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1 Conocimiento: Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacta, clasificándolo en: conocimiento científico el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto limitado por la observación. (36)

2.3.2 Actitud: La tendencia a actuar de una manera determinada frente a un objeto o situación, las cuales intervienen de un modo u otro en los fenómenos sociales. (37)

2.3.3 Adolescente: 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 sueños acerca del futuro. (38)

2.3.4 Anorexia: Pérdida del apetito, sin embargo, el término en conjunto "Anorexia Nerviosa"; se trata de una insatisfacción con la imagen corporal, con pérdida de peso significativa, alteraciones en los ciclos menstruales, sin otra enfermedad física intercurrente. Se da con más frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo en mujeres.(39)

2.3.5 Bulimia: Es el desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico". (40)

2.3.6 Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda. (41)

2.4 HIPÓTESIS

El Nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria, acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia es medio. Asociados a una actitud regular

2.5 VARIABLES

El presente estudio mide las siguientes variables:

- Conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia.
- Actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia.

2.5.1 Definición conceptual de la variable

- **Conocimiento:** Es el conjunto de ideas, conceptos, que el estudiante adquirirá con respecto a la prevención de trastornos de anorexia y bulimia los cuales serán categorizados en nivel de conocimientos alto, medio y bajo.
- **Actitudes:** son las predisposiciones que la estudiante adoptara para actuar de manera determinada con respecto a la prevención de trastornos de anorexia y bulimia los cuales serán categorizados en nivel de actitudes Buena, Regular y bajo.

2.5.2 Definición Operacional de Variables

Es el nivel de conocimientos y actitudes que posee la estudiante acerca de la prevención de trastornos anorexia y bulimia.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	%	ITEMS
Conocimientos sobre la prevención de los trastornos de Anorexia y Bulimia	-Anorexia -Bulimia	<ul style="list-style-type: none"> • Causas • Signos y Síntomas • Consecuencias 	40%	1-8
Actitudes sobre la prevención de los trastornos de Anorexia y Bulimia	-Psicoemocionales. -Alimentación. -Socioculturales -Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal. • Autoestima. • Beneficios. • Cantidad. • calidad. • Relaciones interpersonales. • Estereotipos sociales • Influencia familiar. • antecedentes. 	60%	9-30

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es, de tipo, cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal, ya que los resultados contribuirán a mejorar los conocimientos y actitudes de las estudiantes.

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	ALCANCE
NIVEL CUANTITATIVO	Según la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la investigación cuantitativa recoge información empírica(de cosas que se pueden contar, pesar o medir) objetiva y que por su naturaleza siempre arroja números como resultados
TIPO DESCRIPTIVO	Según la Universidad de Chile, la investigación descriptiva son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Son diseñados para describir la distribución de

	variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.
CORTE TRANSVERSAL	Describen la situación en un momento dado y no requieren la observación de los sujetos estudiados durante un periodo de tiempo. Este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizara a las estudiantes del quinto grado de secundaria de la institución educativa Los Ángeles San Martín ubicado en el distrito de San Martín De Porres, cuyas edades están comprendidas entre los 15 y 17 años de edad.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 90 estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la institución educativa Los Ángeles De San Martín, cuyas edades están comprendidas entre los 15 y 17 años.

La muestra estuvo constituida por el total de la población (90 estudiantes), será de manera no probabilística e intencional.

Los criterios de inclusión son:

- Estudiantes del quinto grado de educación secundaria.
- Estudiantes del sexo femenino.
- Estudiantes con edades entre 15 y 17 años
- Estudiantes que deseen participar voluntariamente en la investigación.

Los criterios de exclusión son:

- Estudiantes que no pertenezcan al quinto grado de educación secundaria.
- Estudiantes del sexo masculino.
- Estudiantes menores de 15 y mayores de 17.
- Estudiantes que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario, el cual fue aplicado en forma personal a cada estudiante con el objetivo de medir los conocimientos y actitudes sobre la prevención de trastornos anorexia y bulimia.

El Cuestionario consta de tres partes: la primera parte incluye la introducción donde se menciona la presentación, el objetivo, la importancia de su participación y el agradecimiento. La segunda corresponde a los datos generales del informante. La tercera parte consta de preguntas referidas a los indicadores.

Para medir la variable nivel de conocimientos se utilizó la escala de stanones.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez de construcción del formulario que se obtuvo a través del juicio de expertos, donde participaron 8 profesionales: enfermería, psicología y nutricionistas.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Describir detalladamente, el proceso de la recolección de los datos, y los estadísticos que se usó para el análisis de los datos recolectados.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

TABLA 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “LOS ÁNGELES DE SAN MARTIN” LIMA - 2015.

CONOCIMIENTOS

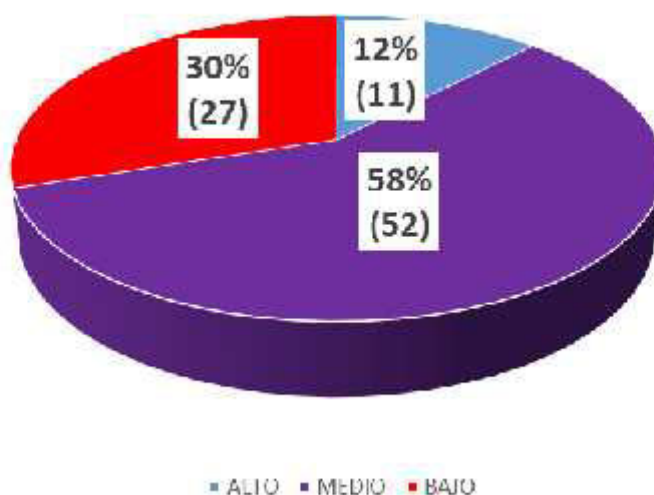
ACTITUDES	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENA	8	9%	6	7%	0	0%	14	16%
REGULAR	3	3%	40	44%	3	4%	46	51%
BAJO	0	0%	6	7%	24	26%	30	33%
TOTAL	11	12%	52	58%	27	30%	90	100%

FUENTE; *Resultados de aplicación del instrumento*

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, El nivel de conocimientos sobre prevención de los trastornos de anorexia y bulimia que tienen los estudiantes del Quinto Grado de secundaria de la IE “Los Ángeles de San Martín” Lima, es Medio tienen además un nivel de actitud Regular en un 44%(40), los estudiantes que tienen un nivel Bajo de Conocimiento tienen un nivel Bajo de Actitudes en un 26%/24) y los estudiantes que tienen un nivel Alto de Conocimientos tienen un nivel Bueno de Actitudes en un 9%(8), estos resultados indican una asociación entre las variables: conocimientos y actitudes.

GRAFICO 1

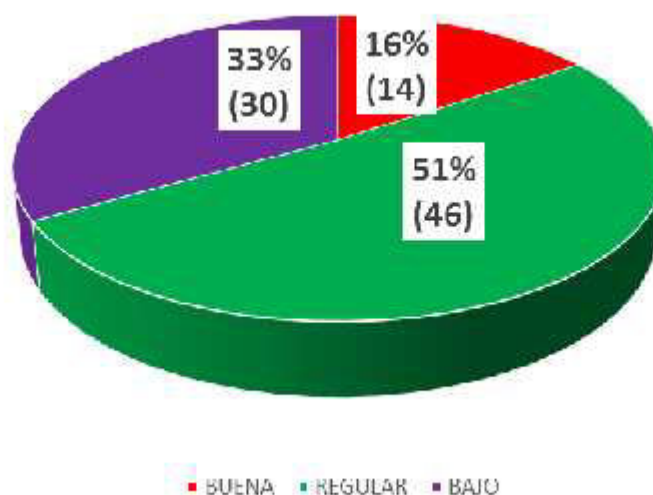
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “LOS ÁNGELES DE SAN MARTIN” LIMA - 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, El nivel de conocimientos sobre prevención de trastornos de anorexia y bulimia que tienen los estudiantes del Quinto Grado de secundaria de la IE “Los Ángeles de San Martín” Lima, es Medio en un 58%(52), Bajo en un 30%(27) y Alto en un 12%(11).

GRAFICO 2

ACTITUDES DE LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “LOS ÁNGELES DE SAN MARTIN” LIMA - 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2 El nivel de Actitudes sobre prevención de trastornos de anorexia y bulimia que tienen los estudiantes del Quinto Grado de secundaria de la IE “Los Ángeles de San Martín” Lima, es Regular en un 51%(46), Bajo en un 33%(30) y Alto en un 16%(14).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H_1 : El Nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria, acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia es medio.

H_0 : El Nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria, acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia no es medio.

$H_a \neq H_0$

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	11	52	27	90
Esperadas	30	30	30	
$(O-E)^2$	361	484	9	
$(O-E)^2/E$	36,1	16	0,3	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 31,2; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 52,4; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a).

Siendo cierto que: El Nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria, acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia es medio.

CAPÍTULO V. DISCUSION DE RESULTADOS

CABALLERO (2007) quien llegó a las siguientes conclusiones: “La mayoría de adolescentes del 5to año de secundaria tiene una autopercepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva porque consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo existe un porcentaje significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo”

RIVERA (2007) quien llegó a las conclusiones siguientes: “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”.

FLORINDEZ (1999) quien llegó a las conclusiones siguientes: “Los trastornos alimentarios constituyen una problemática importante en nuestro medio, no

exclusiva de niveles socioeconómicos altos. La mayor parte de las que están insatisfechas con su imagen corporal, padece trastornos alimentarios intermedios que son inadvertidos por sus padres y que, además, invierten excesivas energías síquicas en el tema del control de la alimentación y evitan comer alimentos con muchas calorías.”

FREYRE (1994) Llegando a las conclusiones siguientes: “En Arequipa vemos el problema con frecuencia creciente, habiendo sido testigos de micro epidemias en las aulas de colegios de la localidad”. “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 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 y bulimia nerviosa”.

MARTÍNEZ y Cervera (2010) quienes llegaron a las conclusiones siguientes: “Se identificaron 3 factores de riesgo principales que como mínimo duplican el riesgo de padecer esta patología, estos factores serían El hábito de comer en solitario, que triplica el riesgo, el estado civil de los padres; que duplica en aquellas chicas con padres viudos, separados o divorciados y el mayor uso de determinados medios de comunicación como revistas juveniles centradas en contenidos de modas, belleza, etc. que multiplica el riesgo por 2”.

CONCLUSIONES

- Se aprueba la hipótesis de investigación porque existe asociación significativa entre conocimientos y actitudes en la prevención de la anorexia y bulimia en los estudiantes, es decir que a mayor conocimiento mejores actitudes.
- El nivel de conocimientos sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la mayoría de los estudiantes es medio, encontrándose los aspectos de mayor deficiencia en los conocimientos en comparación a las actitudes.
- La mayoría de los adolescentes desconocen los signos y síntomas de la anorexia y bulimia, así mismo en cuanto a las actitudes, los estudiantes se preocupan por su figura y de mantener un bajo peso, con lo cual alteran su dieta diaria y la frecuencia de sus alimentos.

RECOMENDACIONES

- ✓ Promover que las Instituciones Educativas establezcan coordinaciones con los Centros de Salud con los departamentos de enfermería para que se elaboren estrategias de prevención de los trastornos de bulimia y anorexia orientadas a fomentar estilos de vida saludable en los estudiantes.
- ✓ Promover a que los Centros de Salud mediante los profesionales de enfermería desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan lo relacionado a mejorar las actitudes de los estudiantes acerca de la prevención de los trastornos de alimentación dirigidos a los grupos de riesgo.
- ✓ Realizar estudios similares en Instituciones Educativas de distintos sectores socioeconómicos, que incluyan además a los padres de familia y a estudiantes de otras edades y año de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barriga silverio, Psicología General Editorial Ceac SA. 1998
2. Martínez y salvador; “Factores de riesgo que favorecen la anorexia y bulimia”. España 1998.
3. Donna I.whaley; “Tratado de Enfermería Pediátrica” editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. México
4. I. kathleen mahan Y OTROS; Nutrición y Dietoterapia de Krause Editorial Mc Graw Hill. 10va Edición 2001. México
5. Perez pablo “Psicología”. Editorial Navarrete. 1998 Lima – Perú
6. Martines lopez, Francisco “Anorexia y bulimia: Entre la vida y la muerte”. España Ed. Madrid.2000
7. P. Gómez enterría y c. martínez Trastornos del comportamiento alimentario del paciente con anorexia y bulimia .2006
8. Anales de Salud Mental “Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2002” Volumen XX Año 2003 (1), (3) www.ondasalud.com/edición/noticia/ Buscador Google, tema anorexia
9. Tesis: Relación entre la auto percepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa teresa González de fanning”, lima 2007. Disponible en:www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/caballero_hl/.../caballero_hl.pdf
10. Tesis: Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia y bulimia en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 “Comas, LIMA 2007. Disponible en: www.santillana.com.pe/dcn_2009.pdf

11. Tesis: Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares Lima-1999. Disponible en: tesis.pucp.edu.pe/.../ACEVEDO_FARFAN_JULIETA_COLERA_RIEVER_A_PDF
12. Tesis: Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en la salud del adolescente” Arequipa (1994) .Disponible en: www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/.../17-22.html
13. Tesis: Factores de riesgo que favorecen la anorexia y bulimia. España 1998, Disponible en: eprints.ucm.es/tesis/far/ucm-t27248.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANOREXIA Y BULIMIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “LOS ANGELES DE SAN MARTIN LIMA 2015”

BACHILLER: GARCIA FERROÑAN, CHARITO PHAOLA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de Conocimientos y actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la institución educativa “Los Ángeles De San Martín” Lima 2015</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar el nivel de Conocimientos y actitudes de las estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la institución educativa “Los Ángeles De San Martín”. Lima 2015</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de educación sobre la prevención de los trastornos de 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Nivel de conocimientos de las estudiantes del quinto grado de secundaria, acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia es de nivel medio. Asociado a una actitud regular</p>	<p>Conocimientos sobre la prevención de los trastornos de Anorexia y Bulimia.</p> <p>Actitudes sobre la prevención de los trastornos de Anorexia y Bulimia</p>	<p>-Anorexia</p> <p>-Bulimia</p> <p>-Psicoemocionales.</p> <p>-Alimentación.</p> <p>-Socioculturales</p>	<p>-Causas</p> <p>-Signos y Síntomas</p> <p>-Consecuencias</p> <p>-Imagen corporal.</p> <p>-Autoestima.</p> <p>-Beneficios.</p> <p>-Cantidad.</p> <p>-calidad.</p> <p>-Relaciones interpersonales</p> <p>-Estereotipos sociales</p>

	<p>anorexia y bulimia en la institución educativa “Los Ángeles De San Martín”. Lima 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las actitudes de los estudiantes del quinto grado de secundaria sobre la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia en la institución educativa “Los Ángeles De San Martín”. Lima 2015 			-Familiares	-Influencia familiar. -antecedentes.
--	---	--	--	-------------	---

ANEXO 02

CUESTIONARIO

A. INTRODUCCIÓN:

Estimada estudiante:

El presente cuestionario, tiene por finalidad conocer el nivel de conocimientos y actitudes en la prevención de trastornos de anorexia y bulimia. Le solicito, tenga a bien contestar cada una de las preguntas.

B. INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario se divide en 2 áreas: I Conocimientos sobre anorexia y bulimia y II Actitudes des estos trastornos alimenticios; en cada área deberá responder a todos los enunciados marcando con un aspa (x). Por favor, lea cuidadosamente las preguntas, porque tiene que elegir una sola opción

DATOS GENERALES:

EDAD: _____

COLEGIO: _____

GRADO Y SECCION: _____

I.- CONOCIMIENTOS

ANOREXIA

1. ¿QUÉ ES ANOREXIA?

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

2. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA?

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

3. ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA?

- a) Distorsión del esquema corporal, Irritabilidad en el carácter, Obsesión por el peso y las calorías, inanición (dejar de comer) , Palidez , Estreñimiento , Falta de concentración.
- b) No presenta signos ni síntomas.
- c) Distorsión del esquema corporal, Irritabilidad en el carácter, socialización, buena autoestima.

4. ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA?

- a) Disminución de la masa muscular, buen estado físico, Irritabilidad, Alteraciones del sueño buena concentración.
- b) No tiene consecuencias.
- c) Disminución de la masa muscular, Irritabilidad, Alteraciones del sueño, Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, Depresión, Sentimiento de frío.

BULIMIA

5. ¿QUÉ ES BULIMIA?

- a) La bulimia es un desorden en la cual la persona se siente alegre, realiza ejercicio, tiene buena autoestima.
- b) Bulimia, desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico.
- c) Ansiedad, se siente bien con su peso, depresión, autoestima alta.

6. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA BULIMIA?

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

7. ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA?

- a) No presenta signos ni síntomas.
- b) Ansiedad o compulsión para comer (atracones), Vómitos, Abuso de medicamentos laxantes y diuréticos, Seguimiento de dietas diversas, Alteraciones menstruales, Aumento y descensos de peso bruscos.

- c) Estreñimiento, comer las tres comidas al día, Falta de concentración, aceptación de si misma, estado de buen ánimo.

8. ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA?

- a) Disminución de la masa muscular, Irritabilidad, Alteraciones del sueño, Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, Depresión, Sentimiento de frío.
- b) No tiene consecuencias.
- c) Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, Depresión, Sentimiento de frío, autoestima alta.

II.- ACTITUDES

Señala la respuesta con la que TÚ te identifiques con una (X):

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

9. Consideras importante tu imagen corporal:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

10. Te preocupas por tu peso:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

11. Te sientes satisfecha con tu figura:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

12. Te sientes triste cuando te ves al espejo :

- a) SI ()
- b) NO ()

c) A VECES ()

13. Consideras que los alimentos son necesarios para tu salud:

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

14. La Practica de hábitos alimenticios sanos y equilibrados, permiten mantener una vida saludable y evita enfermedades :

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

15. Crees que es necesario comer las tres comidas al día (desayuno, almuerzo y cena):

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

16. Comer alimentos en pocas cantidades y realizar dietas son las adecuadas para el desarrollo físico:

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

17. Comer alimentos sanos como (frutas, verduras, carbohidratos y carnes) son las adecuadas para el desarrollo físico en los adolescentes.

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

18. Crees que los alimentos proporcionan beneficios a tu cuerpo como vitaminas, proteínas, etc.

a) SI ()

- b) NO ()
- c) A VECES ()

19. Tomas importancia a los comentarios que hace alguien de cómo te ves físicamente:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

20. Tienes como principal tema de conversación entre tus amigas o compañeras de estudio el peso, aspecto físico y la alimentación:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

21. Prefieres los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.:

- d) SI ()
- e) NO ()
- f) A VECES ()

22. Ser delgada como las modelos de televisión es una imagen de moda que deben seguir las adolescentes.

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

23. Tus padres cuidan los alimentos que debes comer:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

24. Tu familia creen que es importante el aspecto físico:

- a) SI ()

- b) NO ()
- c) A VECES ()

25. Alguien en tu familia realiza dietas para adelgazar:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

26. Alguien de tu familia a sufrido alguna vez de ANOREXIA O BULIMIA:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad del cuestionario que mide la opinión de los estudiantes la institución educativa acerca de la prevención de los trastornos de anorexia y bulimia.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K = Numero de ítems del instrumento

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de la Varianza de cada ítem

$\sum S_T^2$ = Sumatoria de la Varianza total de los ítem

ANEXO 4
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA
BINOMIAL

ITEMS	JUECES EXPERTOS								PROPORCIÓN DE CONCOR-DANCIA	PUNTAJE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										

24.										
25.										
26.										
	TOTAL									

ΣP =

N° ITEMS : 26