

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y NIVEL
DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA
MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ESTRADA ARCE JULY CHABELY

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

ICA - PERÚ

2018

ASESORA: MG. ROSARIO ANGÉLICA AROSTIGUE SIANCAS

AGRADECIMIENTO

Doy infinitas gracias a:

- Dios, por darme fuerza para poder seguir con mis sueños.
- La Universidad Privada San Juan Bautista en especial a la Escuela Profesional de Enfermería por haberme acogido en sus aulas durante todo el tiempo de enseñanza.
- Todos los docentes y en especial a mis asesores, porque con sus maravillosas enseñanzas, me encaminaron a poder concluir esta investigación
- También agradezco infinitamente al personal que labora en la biblioteca porque han sabido apoyarme brindándome los libros que siempre necesitaba para poder terminar mi investigación.
- Mis padres y hermanas, porque han sabido comprenderme a lo largo de este proceso.

DEDICATORIA

A mis padres:

Por su cariño, amor y comprensión en los momentos buenos y malos; por enseñarme valores y principios que lograron forjarme como profesional.

A mi novio

Por su orientación y apoyo emocional en la realización del presente estudio.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden generar cifras alarmantes de casos en adolescentes, ya que es una etapa de constantes cambios, cual se caracteriza por déficit de estabilidad emocional, por lo cual está íntimamente ligado a estos trastornos de la conducta alimentaria. Un 90-95% de las personas afectadas suelen ser mujeres y la edad de aparición suele estar entre los 13 y 20 años. El objetivo de la investigación es determinar el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y nivel de autoestima en adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nazca octubre 2017. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, aunque se trabajan con variables cualitativas. La población-muestra estuvo constituida por 61 alumnos que equivale al 17% del total de alumnos de aquella institución educativa, se evidencia resultados de los datos generales de los adolescentes que el 78.7%(48) tienen las edades comprendidas entre 14 a 15 años, el 21.3% (13) tienen entre 16 a 17 años de edad, el 59%(36) son de sexo femenino, el 41%(25) son de sexo masculino además el 88.5%(54) solo estudia y el 11.5%(7) estudia y además trabaja. Respecto a la primera variable riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue significativa la dimensión dieta se encontró que el 86.6%(51) se encuentran normal y el 13.7%(10) presentan riesgo, a la dimensión preocupación por la comida el 77.0%(47) se encuentran normal en y el 23.0%(14) presentan riesgo, respecto a la dimensión control oral el 70.5% (43) se encuentran normal y el 29.5% (18) presentan un riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, respecto a la variable nivel de autoestima según la dimensión escala de Rosemberg el 49.2%(30) la autoestima se encuentra alta, el 47.5%(29) el nivel de autoestima es media y finalmente el 3.3%(2) el nivel de autoestima es baja.

Palabras clave: **Riesgo, Trastorno, conducta alimentaria, nivel, autoestima, adolescentes.**

ABSTRACT

Eating disorders especially in adolescents can generate alarming numbers of cases especially in women who are in school, as it is a stage of constant changes, which is characterized by emotional stability deficit, so which the emotional aspects are intimately linked to this group of diseases. 90-95% of affected people are usually women and the age of onset is usually between 13 and 20 years. The objective of this research is to determine the risk of eating disorders and emotional causes in adolescents aged 14-17 years of the Josefina Mejía de Bocanegra Nazca October 2017 educational institution. The study is of a descriptive and cross-sectional quantitative type, although they work with qualitative variables. The sample-population was constituted by 61 students that is equivalent to 17% of the total of students that could present some type of disorder of the alimentary behavior, it is evidenced results of the general data of the adolescents that 78.7% (48) have the ages between 14 to 15 years, 21.3% (13) are between 16 and 17 years of age, 59% (36) are female, 41% (25) are male and 88.5% are (54) he only studies and 11.5% (7) studies and also works. Regarding the first variable risk of eating disorders was significant, the diet dimension was found that 86.6% (51) are normal and 13.7% (10) present risk, to the dimension concern for food 77.0% (47) are normal and 23.0% (14) present a risk, with respect to the oral control dimension, 70.5% (43) are normal and 29.5% (18) risk of eating disorder, regarding the variable level of self-esteem according to the dimension thoughts on the same person 49.2% (30) self-esteem is high, 47.5% (29) the level of self-esteem is medium and finally 3.3% (2) the level of self-esteem is low.

Key words: Risk, Disorder, eating behavior, level, sel-esteem, adolescent

PRESENTACIÓN

El estudio se refiere al tema de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y en específico a enfermedades relacionadas con la ingesta de alimentos y nivel de autoestima en adolescentes, la cual es considerado como un grupo de enfermedades que avanza silenciosamente en la sociedad en la que ahora vivimos.

El objetivo principal de esta investigación es determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y nivel de autoestima de toda nuestra población estudiantil determinada.

La investigación de este tema se realizó de acuerdo a una ciencia elegida inicialmente, y se eligió un objeto de estudio de esta, en este caso se eligió el tema de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria como se ha referido anteriormente ya que a mi persona le llamo la atención y es así que se decidió por tomar esta opción.

Con esta investigación pretendemos obtener datos que clarifiquen el número de población afectada y cómo podemos intervenir para frenar estas enfermedades sumamente peligrosas para así lograr el objetivo que se tiene planteado.

Esta investigación se encuentra organizada en 5 capítulos:

Capítulo I: El problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, el objetivo específico, justificación del problema y propósito de estudio, **Capítulo II:** Marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variables y definición operacional de términos, **Capítulo III:** La metodología de la investigación, tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, **Capítulo IV:** Análisis de los resultados, resultados y discusión, **Capítulo V:** Conclusiones, recomendaciones y finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
I.c. OBJETIVOS:	15
I.C.1 GENERAL	15
I.C.2 ESPECÍFICOS	16
I.d. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	16
I.e. PROPÓSITO	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	18
II.b. BASE TEÓRICA	22
II.c. HIPÓTESIS	46
II.d. VARIABLES	47
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	47
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO	48

III.b. ÁREA DE ESTUDIO	48
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	48
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS	51
IV.b. DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES	62
IV.b. RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1.	DATOS GENERALES EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	51
2.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	98
3.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	98
4.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN CONTROL ORAL EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJIA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	
5.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA GLOBAL EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	99
6.	NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN DIMENSIÓN ESCALA DE ROSEMBERG EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	100

LISTAS DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	52
2.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	53
3.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN CONTROL ORAL EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	54
4.	RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA GLOBAL EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	55
5.	NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN DIMENSIÓN ESCALA DE ROSEMBERG EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA OCTUBRE 2017.	56

LISTA DE ANEXOS

N°		Pág.
1	OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	73
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	76
3	CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS	80
4	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	81
5	TABLA DE CÓDIGOS DE RESPUESTA	83
6	TABLA MATRIZ DE LAS VARIABLES	87
7	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN	96
7	CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
8	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	98

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud *“el 35% de las causas de morbilidad mundial se inicia en la adolescencia y tratarlas a esas edades tendría un impacto significativo en la posterior salud de los adultos.”*¹ según información dada por la Organización Mundial de la Salud, las cuatro causas de enfermedades frecuentes en estos adolescentes son la depresión, bulimia, anorexia y la anemia. A nivel mundial, los trastornos de la conducta alimentaria son provocados por riesgos sociales, psicológicos y sexuales. *“En general los índices que se manejan con respecto a este problema de salud dentro de las personas afectadas el 5% de ellas muere, un 50% se cura tras 2 años aproximadamente de tratamiento psicológico, un 20% mejora, otro 20% logra comer bien, pero queda con bajo peso crónico y un 5% revierte en población obesa que sueña siempre con comer y/o ingiere bebidas en exceso, sean o no alcohólicas.”*¹

Estudios realizados a nivel mundial revelaron que *“el 16.23% de las mujeres y el 3.3% de los hombres, entre 12 y 24 años, sufren algún tipo de trastorno alimentario el cual repercute negativamente en el estado nutricional de este grupo etario, en los Estados Unidos se presentan índices alarmantes en un 90-95% de las personas afectadas las cuales son mujeres y la edad de aparición suele estar entre los 13 y 20 años. Se calcula que entre el 1-4% de las adolescentes se les ha diagnosticado algún tipo de trastorno de conducta alimentaria.”*²

Investigaciones realizadas *“en Bélgica revela que la baja autoestima, ansiedad, presión social entre otros son los factores más comúnmente asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria.”*³ *“Uno de cada cuatro escolares de entre 7 y 17 años tiene baja autoestima y reconoce sufrir síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión.”*⁴

Según la *“Organización Panamericana de la Salud en América Latina las medidas de prevalencia tienden a variar entre un 3% y 10% en el grupo de mujeres considerado en riesgo, entre los 15 y 29 años de edad. Un estudio realizado en Argentina encontró, entre otras, que el 66% de las entrevistadas no estaban conforme con su apariencia, el 66% acostumbraba a mirarse mucho al espejo, 37% practicaban dietas frecuentemente, que el 91% no cumplía esas dietas, el 35% han intentado bajar de peso tratando de vomitarlo simplemente no comiendo.”*⁵

Los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en los últimos cinco años. Un estudio en *“Colombia reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron algún tipo de enfermedad entre ellas la bulimia y la anorexia. Los cálculos de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%.”*⁶

Según el Ministerio de Salud en el Perú, *“hay 1,062 personas que padecen algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria en el año 2015.”*⁷

Estudio publicado en *“el año 2014 reveló que la ciudad de Lima presenta una significativa proporción de pacientes portadores de trastornos de la conducta alimentaria.”*⁸

*“Estudio realizado con adolescentes escolares de Lima encontró que 16,4% presentó uno o más trastornos de la conducta alimentaria. Y el 51,1% factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.”*⁹

Datos encontrados según la Dirección Regional de Salud, *“en la población adolescente de la ciudad de Ica presentan complicaciones físicas, mentales y son considerados principales problemas que pueden causar en los jóvenes trastornos alimentarios, males que afectan a entre el 7.3 y 11.4% de más de dos mil adolescentes según encuesta realizada en el año 2014. Entre los factores psicológicos involucrados en los trastornos*

de la conducta alimentaria, la baja autoestima y el perfeccionismo han sido merecedores de particular atención. Un estudio con adolescentes mujeres identificó que la insatisfacción con el peso y el propio cuerpo predecían cambios en la autoestima, indicando que la baja autoestima podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. La Dirección Regional de Salud de Ica señala que la baja autoestima podría ser una causa de los trastornos de la conducta alimentaria, actuando tanto como factor de predisposición en mujeres adolescentes.”¹⁰

Al interactuar con la población escolar se evidenció que los adolescentes tienen una preocupación a veces excesiva sobre la figura corporal por lo que pueden estar pre dispuestos a poder padecer alguna enfermedad relacionada a la conducta alimentaria, ya que estos adolescentes tienden a realizar dietas muchas veces estrictas para lograr la apariencia deseada ya que no se cuenta con la información completa sobre el cómo repercute estas medidas inadecuadas sobre la salud alimentaria.

Por lo que se plantea la siguiente interrogante:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y nivel de autoestima en adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nasca octubre 2017?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y nivel de autoestima en adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nasca octubre 2017.

I.c.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nasca octubre 2017. Según sea:
 - Dieta
 - Preocupación por la comida
 - Control oral
- Identificar el nivel de autoestima en adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nasca octubre 2017. Según sea:
 - Escala de Rosemberg

I.d. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio es importante porque aborda un problema de salud pública que genera el aumento creciente de personas afectadas por algunos trastornos de la conducta alimentaria sobre todo en adolescentes que atraviesan la etapa escolar, ya que es una etapa de constantes cambios, cual se caracteriza por déficit de estabilidad emocional.

El estudio aportará una gran cantidad de información valiosa para así conocer el estado de la conducta alimentaria que poseen los adolescentes que están educándose en dicha institución, y, así poder actuar oportunamente evitando que estas enfermedades afecten a los adolescentes, así prevenir, mejorar pensamientos erróneos sobre la alimentación y ser un instrumento positivo en los adolescentes. Además, dar a conocer el aspecto emocional la cual está íntimamente ligada a estas enfermedades.

Los beneficiarios en primer lugar serán los adolescentes ya que tendrá una repercusión positiva en ellos, además de la familia de cada uno de los adolescentes porque concretará y/o mejorará la parte emocional y esto ayudará a que la convivencia familiar mejore, finalmente todas aquellas personas que estén ligados a la población adolescente estudiada porque

evitaremos y/o actuaremos a tiempo en cada uno los estudiantes de manera positiva y así obtendremos personas saludables, con mejores actitudes, conscientes y capaces en todo aspecto no solo intelectual sino también físico con el objetivo de tener una sociedad sana.

I.e. PROPÓSITO

El propósito es obtener información actualizada que clarifique la situación de los adolescentes en relación a la conducta alimentaria el nivel de autoestima en cada uno de los estudiantes. Dicha información se le hará llegar al Director de la institución educativa con el fin de que se diseñe y/o elabore programas educativos dirigidos a adolescentes, a fin de que mediante las actividades preventivo promocionales promueva la participación en la prevención de riesgos, favoreciendo así a la adopción de conductas saludables que mejoren su calidad de vida. Esta investigación servirá de base para otras investigaciones orientadas al riesgo de trastornos de conductas alimentarias y nivel de autoestima en adolescentes para la prevención de complicaciones educando y orientando a las personas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Sanchez B. En el año 2013 realizó una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DE 18 A 22 AÑOS EN LAS ALUMNAS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL CHILE**. El estudio consideró una muestra de 40 alumnas de 18 a 22 años, de sexos femenino, pertenecientes a la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental de Chile. *“Las mismas accedieron a participar de la Investigación en forma voluntaria. Resultados: En relación a la conducta alimentaria el 50% de alumnas no presentaron algún trastorno de la conducta alimentaria ya que su alimentación es saludable, mientras que 42,5% presentaron una conducta alimentaria poco saludable, y por último 7,5% adoptan conductas muy peligrosas la cual acondicionan el riesgo de aparición de algún trastorno de la conducta alimentaria. Conclusiones: el 70% de las alumnas representan un nivel bajo en trastornos de la alimentación ya que el 30% obtuvieron el nivel medio, es decir que ninguna alumna llegó al nivel máximo para poder decir que tiene problemas en cuanto a la alimentación.”*¹¹

Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. En el año 2013 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar la **PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL NORTE DE CHILE**. El estudio consideró una muestra de 100 estudiantes de primer grado en una escuela que sus alumnos poseen un medio social y económico bajo y otros 100 de una escuela cuyos alumnos poseen un medio social y económico alto. *“Resultados: Se obtuvo que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Los factores que presumiblemente influyen en ellos, son: La calidad de los alimentos, la variedad del consumo de alimentos,*

así como también la frecuencia en la que se consumen y en principalmente el factor es la ignorancia sobre los alimentos que se deben de consumir ya que es una etapa donde restringen el consumo de muchos alimentos por el aporte elevado de calorías que impide que los adolescentes obtengan la apariencia física deseada. El 15% de la población en ambos grupos revela no estar satisfecho con su figura corporal. Además de realizar prácticas poco saludables con el fin de no engordar, el 20% de los sujetos acepta tener miedo y preocupación a engordar.”¹²

Magallener V, Grinhard S, Suarez N. En el año 2013 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar los **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES UN ESTUDIO SOBRE CONDUCTAS Y COGNICIONES ARGENTINA**. *“La muestra estuvo constituida por 553 estudiantes de escuelas medias de la ciudad de Buenos Aires para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario estructurado. Resultado: las mujeres mostraron mayores conductas y cogniciones específicas de los trastornos de la conducta alimentaria más severas. Conclusiones: los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en mayor cantidad en población femenina adolescente. Se evidencia la presencia de sintomatología relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria en edades de 16 a 18 años en un 19.2% a un 58% la cual se inician generalmente en este período y, si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta.”¹³*

Escalante J. En el año 2013 realizó una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar el **RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS QUE PUEDEN CAUSAR EN LOS JÓVENES PROBLEMAS ALIMENTARIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO LIMA**. *“La muestra estuvo constituida por nueve mil adolescentes encuestados*

dentro del instituto nacional de salud mental. Resultado: las enfermedades psicológicas son los principales problemas que puede causar en los jóvenes trastornos alimentarios, males que afectan a entre el 7.3% y 11.4% de adolescentes. Por lo general son mujeres adolescentes las que adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar un intenso miedo y preocupación a la ingesta de alimentos. Conclusiones: las personas que sufren algún trastorno de la conducta alimentaria son aquellas que presentan una exageración por la comida al no querer consumirla además, son víctimas de otras principales enfermedades psicológicas y que en esta investigación se presenta en un 15% de jóvenes y estas suelen ser extrovertidas; tienen dificultad para controlar sus impulsos; miedo al temor de consumir algún alimento además suelen abusar de sustancias adictivas; son más depresivas y con características de una personalidad.”¹⁴

Díaz V, Molina C. En el año 2013 realizaron una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar **RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS OLIVOS LIMA**. “La muestra estuvo constituida por 246 estudiantes de tercero al quinto año de secundaria. Resultados: luego, de la aplicación del instrumento EAT-26 se pudo determinar que los adolescentes de la Institución Educativa privada presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en un 10% y en la pública un 16%. Por lo que se observa que existen diferencias en proporción, entre ambas instituciones educativas, hallándose un mayor porcentaje en la institución educativa pública; pero no siendo significativamente diferentes a un intervalo de confianza 95%. Conclusiones: Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria, el puntaje obtenido en el factor control oral es mayor en ambas instituciones educativas. Existe riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes de sexo femenino en ambas instituciones educativas.”¹⁵

Mendoza O. En el año 2014 realizó una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar **CONDICIONANTES PSICOLOGICOS Y COMPLICACIONES RELACIONADO CON LOS TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LA INSTITUCION EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES ICA.** *“La muestra estuvo constituida por un total de 210 alumnos entre los 14- 18 años de dicha institución. Resultados: se encontró que el 17% de los alumnos pertenecientes a dicha institución presentaban factores que acondicionaban la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, y se encontró que el 5% del total de alumnos había aceptado que padecen de esta enfermedad y que esta se desencadenó en momentos donde se desarrollaba cambios bruscos psicológicos como la baja autoestima, deserción social y la discriminación por la imagen corporal. Conclusiones: la investigación encontró una relación estadística sobre los factores y las complicaciones de los trastornos de la alimentación la cuales se concluyó que las adolescentes necesitan un tratamiento específico de acuerdo a cuantos factores psicológicos presenta cada una de ellas.”*¹⁶

Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran afectando a todo el mundo y no es oriundo de uno en específico, si bien sabemos que existen lugares donde se presentan muchos más casos, debemos de actuar inmediatamente para que estos casos no sigan multiplicándose.

Los problemas psicológicos son parte importante para aparición de estas enfermedades de la conducta alimentaria principalmente en la población adolescente, donde es un momento crítico de cambios físicos, psicológicos y sociales, los antecedentes de estudio nos revelan que estos trastornos siguen afectando a los adolescentes y evitarlo, tratarlo depende de las estrategias que debemos emplear conjuntamente con la participación interrelacionada con la familia que es un pilar básico.

II.b. BASE TEÓRICA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria *“son alteraciones mentales caracterizadas por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona.”*¹⁷

*“Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves, pero se pueden curar si la persona hace tratamiento con un equipo de médicos y psicólogos especializados en trastornos de la conducta alimentaria.”*¹⁸

*“Son tratamientos largos y complejos. Un rasgo habitual de estos trastornos es la falta de conciencia de enfermedad por parte de la persona afectada. Esto quiere decir que la persona afectada no es capaz de identificar las consecuencias negativas del trastorno, ni de la necesidad de hacer tratamiento, ni tampoco los beneficios de este. Este hecho dificulta la adherencia al tratamiento en algunos casos. El papel de la familia es especialmente importante para intentar que la persona afectada reciba el tratamiento que necesita, aunque no colabore en recibirlo.”*¹⁹

Tipos

Anorexia nerviosa

En el caso de esta enfermedad, los afectados suelen tener un gran temor profundo a aumentar su peso o cambiar físicamente, además estas personas están peligrosamente agobiadas por su imagen corporal. *“Como consecuencia, presentan conductas anómalas en cuanto a la alimentación, el peso y el volumen y la silueta corporal. La persona puede verse gorda o desproporcionada, a pesar de tener un peso por debajo de lo considerado normal. Sufrir este trastorno tiene un gran impacto*

negativo en la vida familiar, social, laboral, académica y emocional. Al inicio de la enfermedad es posible que no se observen excesivos problemas. Incluso es posible que los afectados se sientan satisfechos con la pérdida de peso, ya menudo se ven recompensados por su entorno. Pero al cabo de un tiempo aparecen los síntomas que indican que algo no funciona. Hay que estar alerta ante determinados tipos de comportamiento o signos que pueden hacer sospechar sobre la presencia de esta enfermedad, ya que si se diagnostica y se trata precozmente la recuperación es más fácil y rápida.”²⁰

La bulimia nerviosa

En este tipo de bulimia la afectada suele presentar un peso dentro de la normalidad, o incluso, sobrepeso. Aunque estos conjuntos de personas están tan preocupados con el peso y la talla como las enfermas de anorexia, mantienen su peso dentro variables aceptables. Las bulímicas suelen comer en público y hasta pueden llevar una dieta normal, recurriendo a los atracones para aliviar la tensión interior intensa. No obstante, su conducta alimentaria es tan extraña como la de cualquier anoréxica en las etapas más avanzadas de la patología.

“Se desconoce la causa exacta de la bulimia, pero se piensa que el origen de esta corresponde a un componente multifactorial como los problemas familiares, comportamientos perfeccionistas, un excesivo énfasis en la apariencia física, factores psicosociales, etc”.²¹

Trastorno por atracón

Para poder identificar este tipo de enfermedad suele presentarse específicamente episodios de consumo exagerado de manera repetitiva. Tienes demasiadas similitudes con la bulimia nerviosa pero la diferencia más importante es la persona afectada persona que sufre un trastorno por atracón no recurre a ciertas maniobras peligrosas como el vómito o usos exagerado medicamentos que aumentan la etapa de digestión, así como también los ayunos o el ejercicio exagerado. *“También es habitual que la persona que tiene este trastorno presente síntomas depresivos. Una de*

las consecuencias más habituales del trastorno por atracón es sufrir sobrepeso u obesidad, con los riesgos que ello conlleva para la salud: diabetes, hipertensión, colesterol, etc.”²²

Trastorno de la conducta alimentaria no especificada

En este tipo de enfermedad el afectado presenta signos y síntomas relacionados a su carácter frente a los alimentos, pero no estos signos y síntomas no son suficientes para poder afirmar o diagnosticar enfermedades como la anorexia o bulimia. *“Por ejemplo, hablamos de Trastorno de la conducta alimentaria no especificada cuando una persona presenta restricción, una bajada de peso, distorsión de la imagen corporal, pero no presenta amenorrea. Otro caso de Trastorno de la conducta alimentaria no especificada sería el de una persona que presenta atracones y purgas, pero con una frecuencia baja y / o irregular. El hecho de que el Trastorno de la conducta alimentaria no especificada sea un cuadro incompleto de anorexia o de bulimia no quiere decir que sea menos grave o que no necesite tratamiento.”²³*

Vigorexia

En este tipo de patología el enfermo tiene un gran problema en relación a su estado psicológico ya que tiene un agobio patológico por su imagen corporal y una distorsión en la figura que presenta dos peculiaridades: el aumentado ejercicio físico o, el consumo agresivo de alimentos para lograr el aumento de peso ya que se perciben muy delgados, generalmente esta enfermedad afecta con mayor prevalencia a los varones, pero también se presenta en mujeres.

“Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación) los vigorexicos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la porción de grasas es escasa. Esto puede

ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigoréxico consume esteroides (que ocasionan cambios de humor repentinos), además de diarrea instantánea.”²⁴

Megarexia

Es una enfermedad antónima la anorexia nerviosa los afectados son personas con un peso corporal alto que al observarse no logran percibirlo, por tal motivo no recurren a restricciones en relación a los alimentos, por tal motivo consumen grandes cantidades de comida chatarra, estas personas se sienten con buena salud. En tal motivo estas personas gordas se observan muy delgadas a causa de la distorsión en la percepción que genera estas enfermedades.

“Consideran que el exceso de peso es sinónimo de fuerza y vitalidad. Comen de todo y en cantidades abismales, pero muy pocos nutrientes y una altísima proporción de azúcares, féculas, almidones, etc. Comida basura, dulces, frituras, alimentos grasos, postres, etc. son algunos de los platos principales en la dieta de los megaréxicos.”²⁵

Permarexia

“Afecta a las personas que al estar obsesionadas con el sobrepeso y con el miedo a engordar se someten a dietas permanentes (de bajo contenido calórico, ya que su principal obsesión son las calorías que aportan los alimentos) y que podrían terminar padeciendo anorexia o bulimia en un futuro más o menos cercano. No se preocupan solo de ingerir productos saludables, sino que su atención se centra en el valor energético de los alimentos. Además no llegan a extremos como dejar de comer o recurrir al vómito, ni a la utilización de fármacos, diuréticos o laxantes, pero su obsesión les lleva a serias descompensaciones en el organismo.”²⁵

Ebriorexia

“Este trastorno consiste en dejar de comer para compensar las calorías obtenidas luego del consumo de alcohol. Suele darse en personas entre los 18 y 30 años. Además del abuso de bebidas alcohólicas,

la ebriorexia se conjuga con otras conductas dañinas como realizar atracones, para luego provocarse el vómito. De allí que se afirme que es una extraña mezcla entre anorexia, bulimia y adicción al alcohol.”²⁵

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es prolongado y complejo, pero lograr llegar a superar esta difícil enfermedad y que alrededor del 70% de las personas afectadas por unos trastornos de la conducta alimentaria logra sanarse. No existe un tratamiento estándar determinado, solo que el tratamiento se basa a lo que el enfermoso puede padecer en relación a las consecuencias. *“El objetivo del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria exige que se lleve a cabo desde un equipo multidisciplinar, formado por diferentes especialistas: médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, etc. para poder proporcionar a la persona un tratamiento integral que aborde todas las causas y consecuencias de la enfermedad.”²⁶*

Objetivos

“Restaurar y/o normalizar el peso y el estado nutricional. Es decir, conseguir una alimentación saludable y normalizada, tratar las complicaciones físicas derivadas de una alimentación inapropiada, proporcionar educación sobre un hábito alimenticio saludable, modificar/mejorar el malestar psicológico del trastornos de la conducta alimentaria. Esto implica trabajar en un espacio terapéutico y acompañado de profesionales de la salud mental, sentimientos, emociones, sentimientos, experiencias y comportamientos que perjudican la calidad de vida de la persona. Para lograrlo es necesario que la persona haga terapia psicológica y, en los casos que sea necesario por el grado de sintomatología, combinarla con un tratamiento farmacológico también, favorecer el apoyo familiar y proporcionar asesoramiento y terapia a la familia cuando sea necesario y prevenir recaídas.”²⁶

“El tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria incluye cada vez más, y en la medida que resulte posible, la implicación de la familia en el proceso terapéutico dado los buenos resultados de estas intervenciones familiares.”²⁶

Prevención

A fin de evitar la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, es conveniente realizar lo siguiente:

“Enseñar a los niños a tener conductas saludables, sobre todo en lo referido a la alimentación y el ejercicio, mejorar la autoestima mediante la propia aceptación del cuerpo y el rechazo a los estereotipos poco saludables que establecen los medios, evitar presionar a los niños, intentar comprenderlos y conversar con ellos sobre los eventuales problemas que puedan suscitarse. Supervisar al joven en su entorno, vigilar a las personas en población de riesgo en cuanto a sus conductas alimenticias, educarse sobre el metabolismo humano a fin de comprender cuáles son los hábitos alimenticios correctos, y educar también a los niños, en caso de obesidad, acudir al nutricionista: nunca emprender una dieta sin supervisión médica, comer en familia, y hacerlo en lo posible en los horarios establecidos y sin prisas. No saltar comidas, y no castigar a los niños mediante la prohibición de alimentarse, educarse y educar a la familia sobre los trastornos alimentarios, y en caso de que alguien presente síntomas relacionados con un trastorno de este tipo, acudir al especialista.”²⁶

La dieta

“Como englose general de la alimentación humana, la dieta tiene diferentes factores como son los sociales, económicos, personales y culturales. En ocasiones se confunde dieta exclusivamente con régimen especial para bajar de peso o para tratar ciertas enfermedades y este caso no es sino una modificación personal del hábito de alimentación, es decir, una modificación de la dieta.”²⁶

Condicionantes de la dieta

“La ingesta de alimentos diaria, nuestra dieta, está influenciada por multitud de factores, a veces reales, científicos y medibles, y otras subjetivos y psicológicos. Además, la ingesta desde el punto de vista psicológico una vez que es influenciada en aspectos negativos, se requiere de terapias para salir de esta. La alimentación se conforma también teniendo en cuenta aspectos individuales, que en la escala de preferencias son muy variables, condicionados por múltiples agentes que actúan en función de preferencias estéticas, gastronómicas, etc. que, a su vez, están influidas, entre otros, por la publicidad o la disponibilidad de medios.”²⁶

“También hay que destacar las distintas necesidades nutricionales por las que pasa el ser humano en diferentes etapas de la vida: Dieta del lactante, de los niños, los adolescentes, dieta en el embarazo, dieta en la menopausia, dieta en la vejez, etc. Todas estas fases de la vida, requieren una alimentación destinada a mejorar la vida, ya que alimentarse mejor es nutrirse mejor, y un ser vivo tiene más posibilidades siendo mejor.

Otro condicionante son las enfermedades, intolerancias, alergias, que normalmente requieren de una modificación en los hábitos alimentarios como parte necesaria del tratamiento, como en la (dieta para diabéticos, celíacos, colon irritable, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.”²⁶

Cantidad y calidad

“La dieta no debe ser estricta, pero deben manejarse las cantidades. Una dieta sin los nutrientes necesarios y las calorías necesarias por día, puede traer graves problemas como por ejemplo pueden causar graves enfermedades como la anorexia u otras. El exceso de nutrientes es tan problemático como la falta de ellos.”²⁷

“Dependiendo de las culturas y de las religiones existen ciertas restricciones alimentarias, con lo que limitan el consumo de algunos alimentos, considerando entonces que algunos alimentos son aceptables en la dieta y otros no. La selección de alimentos en diferentes países o regiones suele tener diferentes características. Por ejemplo, los americanos comen más carne roja que otros países, los japoneses consumen más pescado y arroz. El arroz y los frijoles son alimentos típicos de la dieta en países latinoamericanos, mientras que las lentejas y el pan de pita son típicos en el medio oriente. Esto está altamente relacionado con la cultura culinaria en cada país o región. Incluso el hecho de relacionar la dieta con la aparición de enfermedades agudas y crónicas, ha ocasionado cambios constantes en los hábitos dietéticos. Se cree que esto pudiera ser la base de las restricciones alimentarias en algunas religiones.”²⁷

“El desbalance entre la energía consumida y gastada resulta en malnutrición por déficit y por el contrario una ingesta excesiva de energía y bajo gasto, trae consigo el incremento en las reservas de tejido adiposo, y con ello el sobrepeso o la obesidad. Por otra parte un bajo consumo de vitaminas y minerales puede conducir a la aparición de diferentes enfermedades.”²⁷

Evitación de alimentos que engordan

En los trastornos de la conducta alimentaria el miedo a subir su peso corporal determina que se evite el consumo de alimentos, y/o, llegar a la restricción. *“En estos casos, se evita el consumo de alimentos por diferentes causas, este tipo de restricciones puede suponer la eliminación total de uno o más grupos de alimentos por su color, sabor, olor o textura sin otro motivo de fondo.”²⁷*

“Para que existan estos trastornos, es necesario que la falta de ingestión de alimentos tenga repercusiones sobre la nutrición y el estado de salud. Hay adolescentes que evitan grupos alimentarios enteros como las verduras, sin embargo, su carencia se puede suplir con el aporte de frutas

*y no manifiestan problemas nutricionales.”*²⁸ En los trastornos de la conducta alimentaria *“hay un deseo de adelgazar que lleva a la restricción extrema de alimentos especialmente aquellos alimentos que suelen engordar, la persona tiene dificultad para percibir correctamente sus dimensiones, pues tiende a valorar sus caderas, sus glúteos, sus piernas, su abdomen como mayores de lo que realmente son.”*²⁸

Preocupación por estar delgado

El ensañamiento por lograr la delgadez y la insatisfacción por la figura son determinantes relacionadas a los trastornos de alimentación en adolescentes. Se ha comprobado que en el caso de la adolescencia si se tiene una percepción negativa en relación al físico condiciona una depresión y aparición de algún mal hábito alimentario, en el caso de las personas afectadas con estos trastornos también presenta actitudes y conductas destinadas a lograr una delgadez perfecta.

*“Aunque estas enfermedades se caracterizan por sus síntomas físicos, debido a que el paciente presenta alteraciones en la forma de comer, bien por exceso bien por defecto, puede tratarse de un trastorno mental cuya problemática es más profunda que la simple obsesión por estar delgado. En estos casos, la pérdida de peso es tan sólo un pretexto, ya que detrás de un trastorno de la alimentación se encuentra siempre una persona que ha perdido la autoestima o que nunca la ha tenido.”*²⁹

Preocupación dietética

La preocupación en relación a los alimentos son sensaciones habituales que el caso del adolescente da a conocer mediante los deseos persistentes de ingerir alimentos. En los adolescentes la preocupación dietética es determinado como una tortura permanente porque cuando se trata de este tema el adolescente sufre por diferentes causas tales como si esos alimentos tienen demasiadas calorías, o si la porción que se está ingiriendo es demasiada, estos pensamientos constantemente asechan al

adolescente ya que es por eso que cuando esta se consume crea un círculo de culpa.

“Los especialistas determinan que los pacientes o quienes los rodean presentan una preocupación excesiva por la forma de alimentarse o por su figura corporal. Las dietas restrictivas suelen ser el disparador de desórdenes alimentarios. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso son características típicas de estos trastornos, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. En general, quienes lo sufren niegan la enfermedad y se perciben gordos/as, más allá de la verdadera imagen que les devuelva el espejo.”³⁰

Pensamientos sobre la comida

Cuando las personas comienzan a tener hábitos con la alimentación patológicas, el problema puede extenderse. Ingerir alimentos de manera exagerada y puede generar una rutina peligrosa latente. Aquellos afectados ponen en uso medicamentos para poder erradicar la gran cantidad de calorías y la preocupación psicológica, luego consumen de manera compulsiva nuevamente para correr de las problemáticas que tienen. Una vez que las personas comienzan a tener conductas de alimentación anormales, el problema puede prolongarse. Comer compulsivamente puede establecer un círculo vicioso activo. Algunas personas utilizan purgantes para eliminar el exceso de calorías y dolor psíquico, luego comen compulsivamente otra vez para escapar de los problemas cotidianos. Es determinante romper el ciclo vicioso de pensamientos anormales respecto a la comida relacionado con los trastornos de la alimentación porque este cuadro persistente de pensamiento aumenta el riesgo de desarrollar estos trastornos.

“Por lo general, los trastornos de la alimentación incluyen la presencia de pensamientos erróneos relacionado a la comida, sentimientos negativos en la alimentación y de autocrítica sobre el peso corporal, la comida y de

hábitos alimentarios que interfieren en el funcionamiento normal del cuerpo y las actividades cotidianas.”³¹

Indicadores de trastornos alimentarios

Darle tanta importancia al peso y al cómo nos vemos, al punto de sentirnos incómodos con nuestra apariencia actual, es un indicador de una autoestima y autovaloración baja que puede generar la presencia algún trastorno alimentario.

“Dentro de los indicadores de trastornos alimentarios se tiene: El aislamiento, sintomatología de depresión, dejar de hacer actividades cotidianas, no querer comer en público, pérdida de peso excesivo, personalidad controladora (en el caso de anorexia nervosa), mal olor y pérdida del esmalte de los dientes (en el caso de bulimia), retención de líquido, amenorrea (pérdida de la menstruación), irritabilidad, cambios en la vestimenta para esconder su cuerpo, cambios en el pelo y la piel.”³¹

Control oral

“Son actitudes donde se va reforzar, el control sobre lo que se come causando confusión y miedo al excederse en la ingesta alimentaria.”³²

Autocontrol en comer

“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 son vistos por los otros. Las personas anoréxicas suelen pesar los alimentos antes de comer o contar las calorías de todos los alimentos de manera compulsiva y se niegan a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.”³²

“Se podría hablar de control o intentos de control a través de una dieta y de conductas de descontrol con la comida desde pocas cantidades hasta comer grandes porciones de comida ya que están vinculadas al estado

emocional de la persona. Ante el descontrol buscan maneras para apaciguar el malestar ante lo ingerido, ya sea con conductas de purga o vómitos, a través del ejercicio intenso o recurriendo al ayuno (como es el caso de bulimia). El descontrol con la comida suele estar vinculado a una situación dolorosa, ante el estrés, la tristeza, el aburrimiento. La comida se convierte en un mediador emocional. En el caso de la anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, la cual inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos, la reducción y el autocontrol exagerado en el consumo de alimentos.”³³

Presión social

Ciertos adolescentes se dejan influenciar por la presión social y cambian sus actitudes con el fin que sus amistades los acepten. A menudo ocurren y esto les lleva muchas veces a cometer errores, solo por la sensación de sentirse aceptados y no discriminados. La presión social muchas veces en esta etapa tiene un rol muy importante al momento de tomar decisiones y actos.

“El valor social de la imagen también ha ganado relevancia, por lo que no sólo tenemos un modelo de belleza perjudicial para la salud, sino que, además, la presión social recibida respecto a la importancia de parecerse a este modelo es excesivamente elevada. Estos dos factores combinados tienen una clara influencia en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.”³³

Test para medir el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

Eating Attitudes Test

“La Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT, EAT-26), creada por David Garner, es un cuestionario de auto informe ampliamente utilizado estandarizada de 26 ítems de síntomas e inquietudes características de los trastornos alimentarios. El Eating Attitudes Test ha sido una herramienta de evaluación particularmente útil para evaluar el riesgo de

trastorno alimentaria en la escuela secundaria, la universidad y otras muestras de riesgo, cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta con diferente puntuación. El puntaje total es la suma de las respuestas de los 26 ítems, considerándose que la pregunta 25 se puntúa a la inversa. El instrumento maneja un resultado final de: riesgo alto o riesgo bajo a mayor puntaje, mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. El instrumento tiene 3 subescalas: Dieta: 13 ítems, preocupación por comida: 6 ítems y control oral: 7 ítems, las subescalas manejan dos tipos de resultados: normal o riesgo dependiendo la puntuación que se obtiene.”³⁴

“El Eating Attitudes Test fue desarrollado en respuesta a un panel de consenso del Instituto Nacional de Salud Mental que reconoció la necesidad de examinar grandes poblaciones para aumentar la identificación temprana de los síntomas relacionados con la anorexia. La versión original de la Eating Attitudes Test se publicó en 1979, con 40 artículos, en 1982, Garner y sus colegas modificaron la versión original para crear una prueba abreviada de 26 ítems. Los ítems se redujeron después de que un análisis factorial en el conjunto de datos original de 40 ítems reveló que había solo 26 ítems independientes. Desde entonces, el Eating attitudes test se ha traducido a muchos idiomas diferentes y se ha generalizado internacionalmente como una herramienta para detectar trastornos alimentarios.”³⁵

NIVEL DE AUTOESTIMA

“La autoestima es la percepción que tenemos de nosotros mismos. Encapsula todas las características en las etapas de la vida, desde la imagen corporal hasta el alma de la persona. Consiste en la autovaloración que se realiza que no siempre se ajusta a la realidad y esa autovaloración determina gracias a las experiencias, al vivir cotidiano y bajo la influencia de los demás.”³⁵ En las personas con autoestima baja buscan a veces, sin ser conscientes de ello, la aprobación y el reconocimiento de los demás y suelen tener dificultad para ser ellas

mismas y poder expresar con libertad aquello que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones interpersonales. *“En ocasiones las personas que esconden en su interior sentimientos de baja autoestima, suelen ocultárselos a sí mismas mediante el uso de diferentes mecanismos de defensa, incluso haber creado a su alrededor una coraza defensiva, para protegerse de la amenaza (a menudo fantaseada) frente a posibles rechazos sociales, incluso a críticas personales u opiniones que cuestionen sus creencias.”*³⁶

Las personas con baja autoestima suelen experimentar ansiedad ante situaciones de intimidad y afectivas. Esto se debe a la dificultad que experimentan a la hora de sentirse seguras y espontáneas en sus relaciones interpersonales.

Causas

*“La baja autoestima es causada por factores que dependen de los antecedentes y el estado de la persona, su entorno, la edad, la asociación con el mundo exterior, etc. Para poder enfrentar con éxito estos problemas, uno tiene que determinar primero las causas de la baja autoestima.”*³⁶

*“Negligencia: Los niños criados en condiciones donde el amor y el afecto están ausentes, se sienten abandonados e insignificante a medida que crecían. Les resulta muy difícil confiar en la gente se mezclan con ellos.”*³⁶

*“La crítica excesiva: Cuando un niño se le recuerda constantemente que él es bueno para nada, da lugar a la depresión y el niño pierde la confianza en sí mismos. Estos eventos crean una sensación de inutilidad, lo que los pesimistas y reacios de hacer algo positivo.”*³⁶

*“Influencia de los padres y la familia: Los padres tienden a influir en un niño con el reflejo de sus sueños incumplidos. Ellos cometen el error de elegir una carrera que los niños no están contentos de seguir.”*³⁶

“Logros: La gente trabaja para lograr el éxito en su vida y cuando no, después de trabajar duro, tratar la insuficiencia como la verdad última que se traduce en la pérdida de la autoestima.”³⁶

“Apariencia física: La impresión física de una persona es muy importante ya que es el más influyente. Las personas con malas miradas se sienten inferiores en comparación con una persona más bonita. Esto crea un sentimiento de repulsión, que los aísla de una vida social activa.”³⁶

“La experiencia negativa: Algunos problemas son causados debido a la experiencia negativa. Los niños tienden a tomar en la negatividad a su alrededor. Los adultos también disfrutan de ciertas actividades que pueden dañar a una persona de la autoestima.”³⁶

“Abuso de Niños: La mayoría de las personas con baja autoestima tienen una historia de abuso físico y mental durante su infancia. El abuso de la naturaleza física, incluido el abuso sexual, se puede tratar a un punto, sin embargo, el abuso mental está profundamente arraigado y extremadamente difícil de tratar. La causa más probable de maltrato infantil son amigos de la familia, parientes, vecinos, desconocidos y de crianza o padrastros.”³⁶

“Desempleo: Una persona que está en el paro se siente inútil e impotente. El hecho de no mantener a su familia, crea un sentimiento de baja autoestima.”³⁶

Síntomas

Aquellas personas que tienen una baja autoestima presentan estos signos y síntomas principales que muchas veces no son fáciles de percibirlos.

“Carecen de habilidades sociales y la confianza en sí mismo, lo que hace a evitar la vida social, tienen un aspecto perturbado y deprimido la mayor parte del tiempo, ellos sufren de trastornos alimenticios como la anorexia conduce a la obesidad, que es perjudicial para su cuerpo, ellos sufren de

*pensamientos negativos y no reconocer su potencial, temen a la crítica y tomar cumplidos negativamente, tienen miedo de asumir responsabilidades, tienen miedo de formar su propia opinión, viven un estilo de vida pesimista.*³⁷

Consecuencias

En relación a sus consecuencias generadas por una baja autoestima es importante resaltar que *“De una u otra manera, todas las áreas de la vida quedan afectadas cuando la persona piensa tan mal sobre sí misma. La persona con baja autoestima puede involucrarse en relaciones personales tóxicas, destructivas, porque no se da a valer para que sea tratada con el respeto y el amor que merece. Respecto a su vida social, puede decidir no involucrarse en muchas actividades para evitar las críticas de la gente, que suele tomarse tan a pecho. En el trabajo, puede suceder algo parecido: que evite tareas por miedo a no hacerlo perfecto o, incluso, que deje de optar a algún puesto de trabajo por no verse lo suficientemente buena para el mismo. Por otro lado, la baja autoestima también puede desembocar en comportamientos muy negativos como, por ejemplo, las adicciones o en algunos casos, llevar a una persona a desarrollar una personalidad violenta, para enmascarar sus vulnerabilidades. Si en lugar de esas creencias negativas, la persona tuviese una autoestima sana, no quiere decir que no tendría problemas ni que dejaría de vivir experiencias desagradables, pero sí tendría mejores armas para afrontarlas.*³⁷

Tratamiento para la baja autoestima

En el caso del tratamiento psicológico con enfoque a la conciencia es una herramienta muy importante en el momento de tratar toda la problemática que embarga a la autoestima, este tratamiento tiene una finalidad la cual es elevar y establecer fuertemente la autoestima, se enseña al usuario a pensar de manera positiva y constructiva respecto a la misma persona, ayudándole así a poder tener una autocrítica, pero de manera positiva al momento que se encuentre en algún acontecimiento de su vida.

“En la mayoría de los casos, este tipo de terapia se combina con paquetes de tratamientos que ayudan al paciente a eliminar algunos déficits que pueden encontrarse en la base de su baja autoestima. Por ejemplo, mediante un entrenamiento en habilidades sociales que ayuda a mejorar la cantidad y calidad de las relaciones sociales. La baja autoestima tiene consecuencias negativas en nuestras emociones. En algunas oportunidades la baja autoestima se desarrolla gracias a otros factores, la cual genera esta enfermedad emocional (depresión, fobias). “En este caso, además de la baja autoestima habrá que tratar el problema psicopatológico específico que, dependiendo de sus características, podrá requerir tratamiento farmacológico.”³⁷

Escala para medir la autoestima

La Escala de Rosenberg

“La muestra original en la que se desarrolló la escala fue en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados. La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, al objeto de evitar el llamado efecto de “aquiescencia auto administrada”. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia. Se propone para su descarga un interesante estudio de fiabilidad y validez de la escala de Rosenberg realizado en una muestra clínica española. La utilidad de este estudio se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructor de gran interés clínico por su relevancia en diversos cuadros

psicopatológicos, así como por su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido y con el bienestar general.”³⁸

Rol de enfermería en promoción de la salud

“La enfermería de salud pública tiene dentro del equipo de salud una función doble: suministra cuidado de salud y al mismo tiempo desarrolla un programa de educación para la salud. Su función es esencialmente de naturaleza educativa, su objetivo es mejorar el nivel de salud de la población inculcando prácticas y hábitos saludables, su método de trabajo es la visita al hogar, a los colegios y a la comunidad para enseñar al grupo cómo cuidar su salud mediante las entrevistas, las demostraciones, lluvia de ideas, talleres y trabajos de grupo a fin de promover el aprendizaje de la persona a través de un proceso simple interactivo y enfocado hacia el logro de los objetivos.”³⁹

El rol de los profesionales de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria constituye un trabajo intensivo y requiere una especialización y conocimientos extensos. El abordaje desde la perspectiva socio-cultural, biológica y psicológica, sin perder de vista a la familia hace laboriosa la estructura de la entrevista con estas pacientes.

“El trabajo que desarrollan los profesionales de enfermería en salud mental juvenil, en trastornos de la conducta alimentaria, es doble: de colaboración y apoyo al facultativo e intervención propia en los trabajos de colaboración se sigue la guía de procesos de salud para los trastornos de conducta alimentaria.”³⁹

Prevención de enfermería

“Las medidas de una política de prevención deben incidir en todos y en cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad, y sobre todo, aquellos que sean comunes a gran parte de la población afectada”³⁹

Prevención primaria

“La enfermera brinda información, que va dirigida primero a los sujetos de riesgo, y a sus familiares, segundo a la población en general. El lugar donde se debe ejercer esta prevención debe ser en colegios, universidades y centros de salud.”³⁹

Modificación de conductas precursoras de la enfermedad:

“Desarrollar programas que incidan en la corrección de aquellas conductas que se ha demostrado son precursoras de los trastornos alimentarios. La conducta a corregir más frecuente es la que establece que esas niñas o adolescentes varíen la dieta por motivos no claramente justificados o se inicien en dietas restrictivas, con la finalidad de mejorar su figura.”³⁹

Identificación de los grupos de riesgo:

“Mediante cuestionarios, se pueden detectar aquellos sujetos que están en situaciones de padecer la enfermedad, sobre este grupo de riesgo deberá incidir medidas que pueden ir desde la información al seguimiento, intentando evitar la aparición del trastorno. Estos grupos de riesgo suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso o tamaño, pero solo una minoría será la que cumpla criterios diagnósticos, por lo que es de gran interés detectar precozmente este grupo y trabajar con él.”³⁹

Acción sobre los estereotipos culturales y sociales:

La actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable, la pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos, las formas para conseguirlo son muy variadas y no todas son las correctas, algunas incluso son claramente perjudiciales para la salud.

Acción sobre la industria farmacéutica

“La mayoría de los especialistas comparten la idea de que una adecuada prevención primaria debe tener como principal foco de intervención el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo, pero está claro que farmacias y gimnasios son dos lugares clave donde podrían detectarse con rapidez comportamientos de riesgo. La formación y concienciación tanto de farmacéuticos como de monitores deportivos es vital para una adecuada prevención.”³⁹

Los farmacéuticos, desde su ámbito, deberán conocer con más profundidad estas patologías y reconsiderar sus actitudes hacia los productos dirigidos al control ponderal que dispensen (anorexígenos, laxantes, diuréticos, productos dietéticos).

Educación paterna:

“Una de las causas de trastornos de la conducta alimentaria es el inestable clima familiar, por lo tanto, se debe actuar: educando a los padres sobre las características fisiológicas, psicológicas, cognitivas y emocionales de los adolescentes. Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayuda a sus hijos a solucionar problemas. Facilitar la expresión de sentimientos paternos y ayudarles a identificar las razones de las respuestas de a los adolescentes.”³⁹

Prevención primaria en el mundo del deporte

Respecto a la prevención centrada en centros deportivos, poco se ha hecho. El ejercicio físico no debería estar enfocado mayoritariamente a la pérdida de peso sino a la adquisición de unos hábitos saludables. Tampoco se controla la venta en estos gimnasios de productos dietéticos o complejos vitamínicos.

Prevención primaria y medios de comunicación

Otro foco donde sería importante intervenir en el marco de la prevención primaria serían los medios de comunicación. Numerosos estudios

demuestran cómo durante los últimos veinte años, coincidiendo con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación, se ha producido un fuerte incremento de trastornos de la conducta alimentaria.

“Durante los meses de verano, los centros comerciales están llenos de revistas y libros con títulos y encabezamientos que te proponen adelgazar gran número de kilos en un corto período de tiempo. Está claro que esta falta de coherencia no propicia la transmisión de unos valores sanos ni a nivel corporal ni alimenticio. Algunos personajes públicos, ya sean modelos, actrices o bailarinas que han tenido o padecen un trastorno de la conducta alimentaria publican su experiencia dando todo lujo de detalles e incluso el nombre de algún laxante o producto adelgazante.”³⁹

Prevención secundaria

Diagnostico precoz

“Cuando la pérdida de peso alarma a las familias que han observado la presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por la figura y el peso, acostumbran a llevar al enfermo al médico.”³⁹

Tratamiento correcto

“En muchas ocasiones existe demora en el proceso de curación no porque la paciente no inicie tratamiento para el trastorno de la conducta alimentaria sino porque estos no son los adecuados o son insuficientes. Una autentica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas. Dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.”³⁹

Prevención terciaria

Dentro de los ejes temáticos de la promoción de la salud se encuentra la alimentación y nutrición saludable. La condición saludable en alimentación

y nutrición radica en el ejercicio de prácticas acordes y relacionadas con el mantenimiento de la salud durante todas las etapas de la vida. *“Las prácticas saludables en alimentación y nutrición son determinadas por un conjunto de factores dependientes de aspectos biológicos, psicológicos, entorno familiar, cultura y valores a nivel familiar, así como los aspectos del medio ambiente, del nivel organizativo de la sociedad y de las políticas públicas destinadas a garantizar la seguridad alimentaria. Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna, en el entendido de que el acceso a los alimentos es un derecho inherente de las personas. El desafío educacional, la generación de capacidades comunitarias para solucionar los problemas según las necesidades reales y sentidas por la comunidad, el compromiso entre los sectores o el estado, y el establecimiento de alianzas estratégicas en pro de comportamientos saludables, son anhelos que pueden ser impulsados desde la perspectiva integral de promoción de la salud.”*³⁹

Teorías de enfermería:

El cuidado de Dorothy Jhonson

La teoría del sistema conductual de Dorothy Johnson se refiere a una meta paradigma ya que estudia un conjunto de teorías; persona, salud, cuidado y entorno.

*“El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto para actuar de forma eficaz y eficiente. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales y funcionales.”*⁴⁰

Subsistemas

Los subsistemas según Johnson a saber:

De dependencia: Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.

De ingestión: Tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.

De eliminación: Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.

Sexual: Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.

De agresividad: Consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

De realización: Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

De afiliación: Proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

“El modelo del sistema conductual de Johnson es un modelo de atención de enfermería, que aboga por el fomento de funcionamiento conductual eficiente y eficaz en el paciente para prevenir la enfermedad. El paciente se define como sistema de comportamiento compuesto de 7 subsistemas de comportamiento. Cada subsistema compuesto por cuatro características estructurales, es decir, conjunto de unidades, las elecciones y el comportamiento observable.”⁴⁰

“Cualquier desbalance en un sistema da como resultado un desequilibrio. Es función de la enfermería para ayudar al paciente a volver al estado de equilibrio. La teoría de Johnson ha ayudado a cambiar el foco de los programas de posgrado de enfermería de la enseñanza y la administración de especialistas en enfermería clínica y programas de enfermería profesional.”⁴⁰

Teoría de Nola Pender

Modelo de promoción de la salud

“Nola Pender teórica de enfermería; con su modelo Promoción de la salud, a través del cual se formuló el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así cambios positivos en la vida de las personas. Representa las interrelaciones entre 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 cuando existe una pauta para la acción. En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para el estudio de cómo las personas toman decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Este modelo explica que las personas buscan crear

condiciones de la vida donde puedan expresar su propio potencial de la salud humana, buscan regular de forma activa su propia conducta, siendo los profesionales sanitarios parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida. Permite ayudar al individuo a identificar sus necesidades y motivar a través de estas su cambio de conducta. Así mismo por tratarse de la enfermera una profesión que se ocupa principalmente de los cuidados posee todas las herramientas para acompañar a las personas y sus familiares en el cuidado de la salud. En este sentido, Nola Pender considera que promover la salud significa evitar o disminuir algún riesgo para la salud y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida. Es así, que, la atención de enfermería se basa en fomentar, promover y fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, para conseguir su máximo potencial y bienestar en salud; buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno.”⁴⁰

II.c. HIPÓTESIS

II.c.1 HIPÓTESIS GLOBAL:

El riesgo de trastornos de conducta alimentaria es alta y el nivel de autoestima es baja, en adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nazca octubre 2017.

II.c.2 HIPÓTESIS DERIVADAS:

HD1: El riesgo de trastornos de conducta alimentarias según dieta, preocupación por la comida y control oral es alta en adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nazca octubre 2017.

HD2. El nivel de autoestima según escala de Rosemberg es baja en adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nazca octubre 2017.

II.d. VARIABLES:

V1: Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

V2: Nivel de autoestima

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

RIESGO: *Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.*

TRASTORNO: *Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.*

CONDUCTA ALIMENTARIA: *Conducta es la manera o forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento.*

NIVEL: *Altura que alcanza algo o grado en que se sitúa respecto a una escala.*

AUTOESTIMA: *Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.*

ADOLESCENTE: *Periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta.*

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, aunque se trabajó con variables cualitativas, estas fueron codificadas con números para obtener puntajes totales los cuales serán evaluados cuantitativamente, descriptivos porque describe variables como se observan durante la investigación y de corte transversal porque los datos fueron recolectados en un periodo determinado de tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó, en el mes de octubre 2017 en la institución educativa pública Josefina Mejía de Bocanegra localizado en la provincia de Nazca en la Av. Circunvalación s/n que cuenta con un alumnado de 14 a 17 años con un número aproximado de 360 adolescentes entre mujeres y hombres en turnos divididos entre mañana y tarde, que cuenta con diversos pabellones de estudio, se brinda educación en diferentes asignaturas como: lógico matemática, ciencias y ambiente, educación por el arte, educación física, ciencia, tecnología y ambiente entre otros.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población total de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra Nazca es de 1200 alumnos, donde solo hay 360 alumnos que tienen entre 14 a 17 años de edad. Se tomó la muestra de 61 alumnos que equivale al 17% del total de alumnos de dicha institución educativa, la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para población finita. Se tomó la muestra por conveniencia en un muestreo no probabilístico.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos de la investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento del cuestionario, para la dimensión dieta, preocupación por la comida y control oral se utilizó la escala de EATING

ACTITUDES TEST que cuenta con 26 ítems, Los ítems de la prueba se agrupan en 3 dimensiones: **Primero:** Dieta que se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a). Está compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25. **Segundo:** preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia. Contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26 42, **Tercero:** Control oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems. Para la dimensión escala de Rosemberg cuenta con 10 ítems, de preguntas claras y concisas adecuadas para el buen entendimiento de los jóvenes las cuales fueron sometidas a validez del contenido y constructo a través del juicio de expertos, así mismo se hizo de acuerdo a los objetivos y operacionalización de variables.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la realización de recolección de datos inicialmente se procedió a la entrega de una carta de solicitud al director de la institución educativa con el objetivo que acceder al ingreso de dicha casa de estudio, procediendo a la entrega de autorizaciones a los padres de familia de los menores que participaron en dicha encuesta, finalmente se presentó consentimiento informado a cada adolescente participante, respetando en todo momento su confidencialidad, integridad, privacidad, valores, comunicando que el cuestionario era de manera anónima, ya que dicha información proporcionada era de gran importancia.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez recolectada la información se procedió al procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usó los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una tabla matriz para

luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes y construir los gráficos correspondientes.

El análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva, diseñándose tablas y gráficos de frecuencia de resumen para la presentación de resultados.

La valoración que se asignó a la variable **riesgo de trastornos de conducta alimentaria** y sus respectivas dimensiones son las siguientes:

Riesgo de trastornos de conducta alimentaria global

- Baja: (< 20 pts.)
- Alta: (> o = 20 pts.)

Dieta

- Normal: (< 10 pts.)
- Riesgo: (> o = 10 pts.)

Preocupación por la comida

- Normal: (< 5 pts.)
- Riesgo: (> o = 5 pts.)

Control oral

- Normal: (< 5 pts.)
- Riesgo: (> o = 5 pts.)

La valoración que se asignó a la variable **nivel de autoestima** y su respectiva dimensión son las siguientes:

Escala de Rosemberg

- Elevada (30-40 pts.)
- Media: (26-29 pts.)
- Baja: (<25 pts.)

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

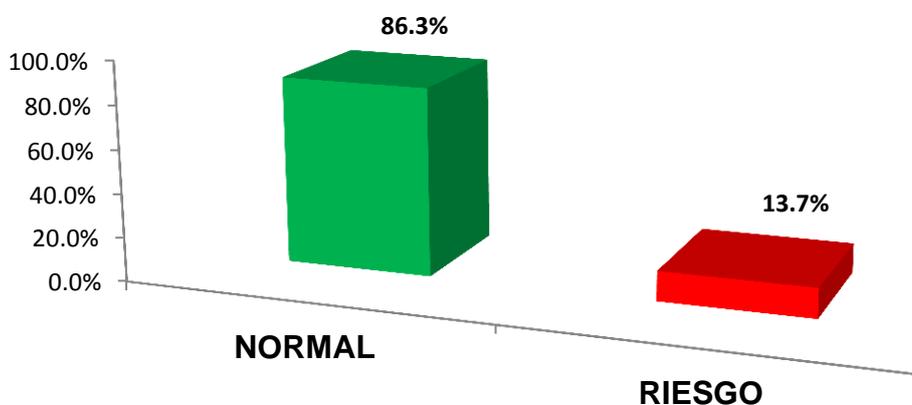
IV.a. RESULTADOS:

TABLA N° 1
DATOS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA
DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017

DATOS GENERALES	Fr	%
EDAD		
DE 14 A 15 AÑOS	48	78.7
DE 16 A 17 AÑOS	13	21.3
SEXO		
FEMENINO	36	59
MASCULINO	25	41
OCUPACIÓN		
SOLO ESTUDIA	54	88.5
ESTUDIA Y TRABAJA	7	11.5
TOTAL	61	100

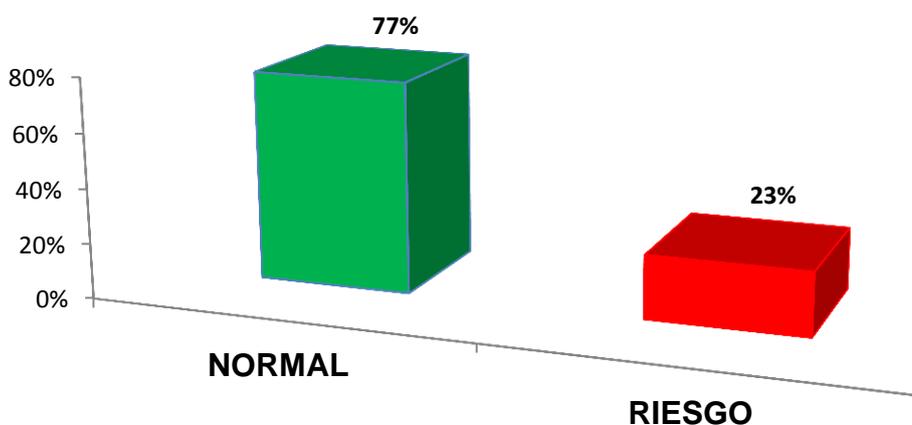
Según datos generales de los adolescentes el 78.7% (48) tienen entre 14-15 años de edad, el 59% (36) es de sexo femenino, y finalmente el 88.5% (54) solo estudia

GRÁFICO N°1
RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
DIETA EN ADOLESCENTES DE 14-17AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA
DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017



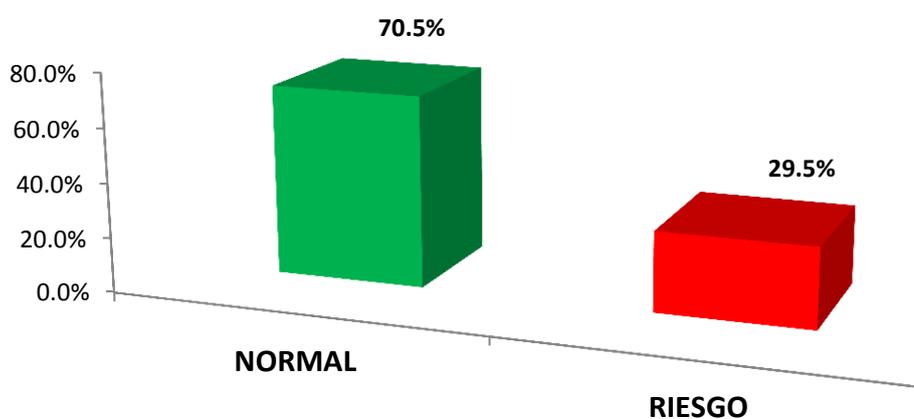
El total de adolescentes entre 14-17 años encuestados fue 100 % (61) de los cuales el 86.3% (51) se encuentran normal en relación a la dieta y el 13.7% (10) presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria según la dieta.

GRÁFICO N°2
RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA EN ADOLESCENTES
DE 14-17AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017



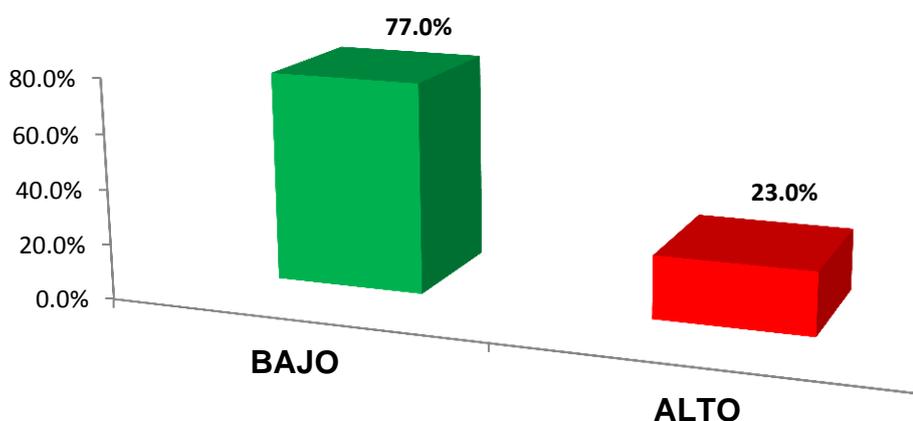
El total de adolescentes entre 14-17 años encuestados fue 100 % (61) de los cuales el 77% (47) se encuentran normal en relación a la preocupación por la comida y el 23% (14) presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria según la preocupación por la comida.

GRÁFICO N°3
RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
CONTROL ORAL EN ADOLESCENTES DE 14-17AÑOS
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA
MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017



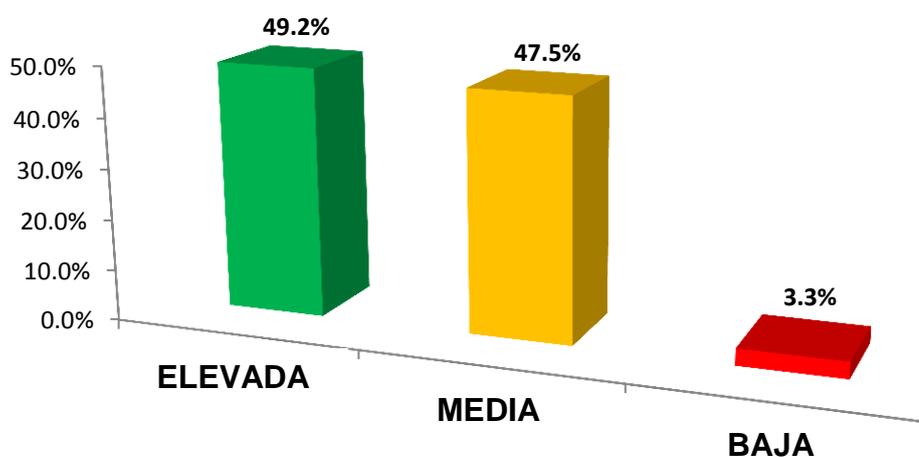
El total de adolescentes entre 14-17 años encuestados fue 100 % (61) de los cuales el 70.5 % (43) se encuentran normal en relación al control oral y el 29.5 % (18) presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria según el control oral.

GRÁFICO N°4
RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA GLOBAL
EN ADOLESCENTES DE 14-17AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA
NASCA OCTUBRE 2017



El total de adolescentes entre 14-17 años encuestados fue 100 % (61) de los cuales el 77.0% (47) presentan riesgo bajo de trastorno de conducta alimentaria y el 23.0% (13) presentan un riesgo de trastorno de la conducta alimentaria alto.

GRÁFICO N°5
NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESCALA DE ROSEMBERG
EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE BOCANEGRA
NASCA OCTUBRE 2017



El total de adolescentes entre 14-17 años encuestados fue 100 % (61) de los cuales 49.2% (30) el nivel de autoestima se encuentra elevada, el 47.5% (29) su nivel de autoestima es media, y el 3.3% (2) tiene una autoestima baja en relación a la escala de Rosenberg.

IV.b. DISCUSIÓN

Luego de recolectar los resultados estas fueron analizadas a continuación.

Tabla 1:

En cuanto a las características demográficas de los adolescentes de la institución educativa se encontró que, los mayores porcentajes se encuentran entre las edades comprendidas entre 14 a 15 años en un 78.7%, en relación al sexo de los encuestados el 59% son de sexo femenino, en cuanto a la ocupación el 88.5% solo estudia. Comparando resultados con los obtenidos de la investigación de Magallener V, Grinhard S. Suarez N. *“cuyos resultados fueron: Las mujeres mostraron mayores conductas y cogniciones específicas de los trastornos de la conducta alimentaria más severas. Conclusiones: los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en mayor cantidad en población femenina adolescente. Se evidencia la presencia de sintomatología relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria en edades de 16 a 18 años en un 19.2% a un 58% de las adolescentes la cual se inician generalmente en este período y, si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta.”*

Los resultados obtenidos reflejan que los trastornos de la conducta alimentaria suelen presentarse en mayores porcentajes en mujeres ya que existe mayor preocupación por el físico y quizás mayor presión social a diferencia de los hombres, las edades de aparición se presentan justo en la etapa de la adolescencia ya que hay mayor susceptibilidad emocional.

Gráfico 1:

Respecto al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en cuanto a la dimensión dieta se observa que el 86.3 % se encuentran normales y el 13.7% presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

Comparando estos resultados con Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. *“cuyos principales resultados fueron que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Los factores que presumiblemente influyen en ellos, son: La calidad de los alimentos, la variedad del consumo de alimentos, así como también la frecuencia en la que se consumen y en principalmente el factor es la ignorancia sobre los alimentos que se deben de consumir ya que es una etapa donde restringen el consumo de muchos de ellos por el aporte elevado de calorías que impide que los adolescentes obtengan la apariencia física deseada. Además, el 15% de la población en ambos grupos revela no estar satisfecho con su figura corporal. Además de realizar prácticas poco saludables con el fin de no engordar, el 20% de los sujetos acepta tener miedo y preocupación a engordar.”*

Los resultados obtenidos reflejan que si bien no se presenta alto porcentaje de adolescentes en riesgo en relación a la dieta, existe personas que cuya dieta y actitudes pueden acondicionar la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, debido al desbalance entre lo que se ingiere y en lo que necesita el organismo, en estos adolescentes existe una problemática con los alimentos e incluso suelen aplicar prácticas para así poder eliminar las pocas calorías que logran ingerir impulsados por el miedo a subir de peso.

Gráfico 2:

Respecto al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en cuanto a la dimensión preocupación por la comida se observa que el 77.0% de adolescentes se encuentran normales el 23.0% presentan riesgo a algún trastorno de la conducta. Comparando estos resultados con los hallados por Escalante J. cuyos principales resultados fueron que *“las enfermedades psicológicas son los principales problemas que puede causar en los jóvenes trastornos alimentarios, males que afectan a entre el 7.3% y 11.4% de adolescentes. Por lo general son mujeres adolescentes las que adoptan medidas extremas en su alimentación al*

experimentar un intenso miedo y preocupación a la ingesta de alimentos. Conclusiones: las personas que sufren algún trastorno de la conducta alimentaria son aquellas que presentan una exageración por la comida al no querer consumirla además, son víctimas de otras principales enfermedades psicológicas y que en esta investigación se presenta en un 15% de jóvenes y estas suelen ser extrovertidas; tienen dificultad para controlar sus impulsos; miedo al temor de consumir algún alimento además suelen abusar de sustancias adictivas; son más depresivas y con características de una personalidad.”

Los resultados obtenidos reflejan que el estado psicológico es un factor sumamente importante para acondicionar la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria; la preocupación excesiva relacionada a los alimentos, así como los sentimientos de dependencia a los alimentos e incluso a la problemática después de haber ingerido alguno de estos es una señal muy valiosa para determinar algún problema de la conducta alimentaria.

Gráfico 3:

Respecto al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en cuanto a la dimensión control oral el 70.5 se encuentran normales en relación al control oral y el 29.5 % presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Comparando estos resultados con los hallados por Sanchez B. Cuyos principales resultados fueron que *“en relación a la conducta alimentaria el 50% de alumnas no presentaron algún trastorno de la conducta alimentaria ya que su alimentación es saludable, mientras que 42,5% presentaron una conducta alimentaria poco saludable, y por último 7,5% adoptan conductas muy peligrosas la cual acondicionan el riesgo de aparición de algún trastorno de la conducta alimentaria. Conclusiones: el 70% de las alumnas representan un nivel bajo en trastornos de la alimentación ya que el 30% obtuvieron el nivel medio, es decir que ninguna alumna llegó al nivel máximo para poder decir que tiene problemas en cuanto a la alimentación.”*

Los resultados obtenidos reflejan que existe un considerable porcentaje de adolescentes que presentan problemas en su alimentación, estos adolescentes adoptan medidas de control en relación a su alimentación como por ejemplo el tiempo en que ingieren la comida, la cantidad total del consumo e incluso perciben que la sociedad los determina como personas muy delgadas a pesar que estos mismos adolescentes no lo consideran de esta manera.

Gráfico 4:

Con referencia al riesgo de trastornos de conducta alimentaria el 77% de adolescentes presentan un riesgo bajo de presentar algún trastorno y el 23% presentan un riesgo alto. Comparando estos resultados con los hallados por Díaz V, Molina C. Cuyos resultados obtenidos fueron que los adolescentes de la *“institución educativa privada presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en un 10% y en la pública un 16%. Por lo que se observa que existen diferencias en proporción, entre ambas instituciones educativas, hallándose un mayor porcentaje en la institución educativa pública; pero no siendo significativamente diferentes a un intervalo de confianza 95%. Conclusiones: Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria. Existe mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes de sexo femenino de ambas instituciones educativas.”*

Los resultados obtenidos reflejan que existe riesgo de trastorno de la conducta alimentaria que, aunque, no es en gran cantidad es un problema que afecta a los adolescentes permanentemente; existen factores de riesgo en los adolescentes y si no son abordados de manera oportuna pueden desencadenar una o más enfermedades relacionadas a la conducta alimentaria.

Según gráfico 5:

Con referencia al nivel de autoestima en cuanto a la dimensión satisfacción sobre la misma persona se observa que el 49.2% su nivel de autoestima se encuentra elevada, el 47.5% su nivel de autoestima es media, y el 3.3% tiene una autoestima baja en relación a la satisfacción sobre la misma persona. Comparando estos resultados con los hallados por Mendoza O. *“Los principales resultados fueron que el 17% de los alumnos pertenecientes a dicha institución presentaban factores que acondicionaban la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, y se encontró que el 5% del total de alumnos había aceptado que padecen de esta enfermedad y que esta se desencadena en momentos donde se desarrollaba cambios bruscos psicológicos como la baja autoestima, deserción social y la discriminación por la imagen corporal. Conclusiones: la investigación encontró una relación estadística sobre los factores y las complicaciones de los trastornos de la alimentación la cuales se concluyó que las adolescentes necesitan un tratamiento específico de acuerdo a cuantos factores psicológicos presenta cada una de ellas.”*

Los resultados obtenidos reflejan que los sentimientos de aprecio personal son un factor de gran importancia en relación a la aparición de algún trastorno en la conducta alimentaria, estos sentimientos de satisfacción que se percibe por la propia persona determinan si son o no una puerta de entrada para que el adolescente presente algún problema referente al estado psicológico y por consiguiente desencadenar alguna enfermedad de la conducta que se adopta ante los alimentos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES

El riesgo de trastornos de conducta alimentaria según dieta, preocupación por la comida y control oral es bajo en adolescentes de 14-17 años. **Por lo que se rechaza la hipótesis derivada 1**

El nivel de autoestima según escala de Rosemberg es elevado en los adolescentes de 14-17 años es elevado. **Por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2**

V.b. RECOMENDACIONES

1. A los centros educativos para que desarrollen planes de educación a través de talleres cuyo propósito final sea mantener los hábitos de alimentación saludable y con relación a ello puedan tener una población estudiantil sana y protegida de cualquier enfermedad en relación a la dieta.
2. A los profesionales de enfermería para que a través de actividades recreativas y educativas puedan construir en cada uno de los adolescentes un pensamiento saludable en relación a la dieta, fomentar la promoción de la salud en los adolescentes con la finalidad de que trate todos los problemas en todos los campos en las que se desarrolla la enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolares [en Línea] Madrid: 2015 [fecha de acceso 20 de noviembre del 2017]. URL

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S07177518200200

2. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales intervenciones efectivas y opciones de políticas Informe compendiado [en línea] [fecha de acceso 23 de enero del 2018]; URL disponible en:

http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

3. Gonzales E. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Lima: San Marcos: 2015

4. Escalante J. Complicaciones físicas y principales problemas psicológicos que puede causar en los jóvenes los problemas alimentarios como bulimia y la anorexia [Tesis Doctoral] [En Línea]. Belgica. Planeta, 2015 [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2017]. URL disponible en:

http://www.mda.cinvestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/01.tesis%20MS

5. OPS. Enfermedades prevalentes en adolescentes [en línea] Argentina: 2017; [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017]. URL Disponible en:

** Fuente www.un.org/un/saludesd/aids/adsd

6. Pérez G. Alimentación en adolescentes [en línea] Colombia: 2015; [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017]. URL Disponible en:

** Fuente www.un.org/un/saludesd/aids/adsd

7. MINSA. Salud mental y emocional 2015 [en línea]. Ecuador. Universo: 2309 [Fecha de acceso 15 de agosto del 2017. URL disponible en:

[http:// www.esmas_taj/5Jk.jov.2013.pdf](http://www.esmas_taj/5Jk.jov.2013.pdf)

8. Hernández M. Las influencias familiares y sociales en la anorexia y la bulimia. [Tesis de licenciatura de enfermería] [Fecha de acceso 31 de septiembre del 2017] Pag. 12 no. 145 Saltillo, Lima 2014

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0717-75182002000002

9. Mandely V. Trastornos de la conducta alimentaria anorexia en adolescentes. [en línea] [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima; 2014

http://www.scielo.cl/scielo.php?acrite=spxsi_07145236660000024502

10. DIRESA. Conductas psicológicas en relación a la alimentación. [En línea] [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014.

[http:// www.datosgob_taj/5Jk.jov.2013.pdf](http://www.datosgob_taj/5Jk.jov.2013.pdf)

11. Sánchez B. Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la universidad tecnológica intercontinental 2013[en línea]. [Fecha de acceso 10 de septiembre del 2017].URL. Disponible en:

<Http://www.//dx.doi.org/10.1590/s1020-49892009001200003>

12. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile 2013 [en línea]. [10 de septiembre del 2017].URL. Disponible en:

<Http://www.//dx.doi.org.ing/10.1590/s1020-498920090FE1200003>

13. Magallener V, Grinhard S. Suarez N. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes un estudio sobre conductas y cogniciones argentina 2013 [fecha de acceso 25 de noviembre del 2011. URL disponible en:

[http://www.esmas_taj/5Jk.jov.2011 .pdf](http://www.esmas_taj/5Jk.jov.2011.pdf)

14. Escalante J. Riesgo de enfermedades psicológicas y principales problemas que puede causar en los jóvenes los problemas alimentarios, en el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado Lima 2013 [fecha de acceso 20 de noviembre del 2017] URL disponible en:

[http:// www.cepaj.org/ARTICULOS/Reto Adolescencia.](http://www.cepaj.org/ARTICULOS/Reto%20Adolescencia)

15. Díaz V, Molina C. Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de los olivos Lima [fecha de acceso 21 de diciembre del 2017]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/5398126/riesgo-de-trastornos-alimentarios>

16. Mendoza O. Condicionantes psicológicos y complicaciones relacionado a los trastornos de la alimentación en la institución educativa nuestra señora de las mercedes Ica [En línea] [25 de febrero de 2017], URL. Disponible en:

** Fuente www.un.org/un/saludesd/aids/adsd-20Shk/plk

17. Chipana T, Dueren L. Trastornos alimentarios [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Autónoma de Lima; 2013.

18. Gynadre M. Adolescencia, familia y alimentación [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2013.

19. Informe de trastornos de la alimentación 2011.OMS.Publicado en Noviembre de 2009. [En Línea][20 De Octubre] 2013] URL Disponible En:

[http://www.semmap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf.](http://www.semmap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf)

20. Sauri M. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. [En línea]. Perú: universidad la católica; 2015[fecha de acceso 20 de mayo del 2017] URL disponible en:

<http://www.mde.cinvestav.mx/ecohumc/2psmLestudiantes.pdf>

21. Asociación de la salud mental. La anorexia y actitudes en adolescentes. Argentina: Buenos Aires 2015 [fecha de acceso 30 de agosto del 2017].

22. Marquez G. La bulimia y los trastornos de la alimentación. [En línea]. México Universidad Iberoamericana: 2013. [Fecha de acceso 02 de octubre del 2017] URL. Disponible en:

http://www.mda.cinestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/066.tesis%63MSS.pdf

23. Ramos J. Trastornos de la alimentación: desafío para el profesional de salud [en línea], Brasil: Planeta; 2004[fecha de acceso 20 de noviembre del 2017] URL disponible en:

<http://www.cepaj.org/ARTICULOS/transtornos-alimentarios.pdf>

24. Pasquialini D, Farhrar M, Seco M. Trastornos alimentarios no especificada: anorexia, bulimia. Málaga: atula; 2015[en línea] [10 de noviembre del 2015] URL. Disponible en: http://www.mda.cinestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/

25. Weissman P. Acciones de ayuda relacionados a los trastornos de alimentación [en línea] Argentina: Universidad nacional mar de plata; 2010[fecha de acceso 10 de diciembre del 2017] URL disponible en:

http://www.slideshare.net/euss/acciones_de_enfermeria.org.osn

26. Góngora V, Grinhard S, Suárez N. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio sobre

conductas y cogniciones vol.2 no.5 Buenos Aires [en línea] 2010 [10 de noviembre del 2015] URL. Disponible en:

http://www.mda.cinestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/066.tesis%63MSS.pdf

27. Valdivia M. Tipos de enfermedades de la alimentación. República vol.1 no.6 Bogotá Ene./Dec.2011. [en línea], [10 de septiembre del 2017].URL. Disponible en:

<http://www.doi.org/10.1590/S1020-49892009001200003>

28. Informe de Trastornos de la Alimentación 2011. Oms.Publicado en noviembre de 2009. [En Línea][20 de octubre 2013] URL Disponible En:

**Fuente:www.un.oms/es/itsmx/aidz

29. Díaz Molina C. Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de los Olivos Lima 2013: [en línea] [tesis de licenciatura] [20 de octubre 2013] disponible en URL:

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/365/1/Diaz_c%3B%20Molina_c.pdf

30. Soslaya A. Alimentación saludable. República vol.7 no.56 Bogotá Ene./Dec.2015. [en línea]. [10 de septiembre del 2015].URL. Disponible en:

<http://www.doi.org/10.1590/S1020-556623281555554>

31. MINSA. Salud mental y sentimientos de la propia persona [en línea]. Ecuador. Universo: 2015 [fecha de acceso 15 de enero del 2017]. URL disponible en:

http://www.Ministerio de salud _taj/5Jk.jov.2013.pdf

32. Minerva M. Tratamiento oportuno psicológico [tesis de licenciatura de psicología] [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017] Pág. 56 no. 175 Saltillo, México 2015

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0717-75182002000002

33. OPS. Teorías de enfermería e instrumentos de evaluación [en línea] Perú: 2017; [fecha de acceso 31 de septiembre del 2017]. URL Disponible en:

** Fuente www.un.org/lasaludenprimero un/saludesd/aids/adsd/jimhkl

34. Loreto M, Zubarew M. Nivel de ansiedad y factores ansiosos en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. Rev. Chilena de nutrición [en línea]. 2006. [fecha de acceso 17 de junio del 2016]. No. 77(2). URL disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext

35. Aguilar S, Berdejo L, Celis R. Conductas alimentarias de riesgo [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.

36. Unicef. Situación del País, adolescencia y ansiedad [base de datos en línea]. Perú: UNICEF; 2009. [fecha de acceso 04 de agosto del 2017]. URL disponible en:

http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm. UNICEF Perú

37. Marcatinco S, Mayorga. Conductas psicológicas de riesgo [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Ricardo Palma; 2011.

38. Tipismana Y, Barregue D. Psicología en adolescentes de riesgo [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; 2012.

- 39.** Caro S, Rojas T. Salud mental relacionado a los trastornos de conducta alimentaria [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Católica San Marcos; 2011.
- 40.** Fernandez W, Cuquian A. Adolescencia temprana [tesis de licenciatura]. Argentina: Universidad nacional Mar De La Plata; 2012.
- 41.** Chalco T, Quijo L. Adolescencia, factores predisponentes de riesgo [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Autónoma de Lima; 2013.

BIBLIOGRAFÍA

- Antebi D, Laseguee C. Anorexia y bulimia. Buenos aires: Planeta; 2005.
- Bonilla, A; pastor R, Adolescencia y género, trastornos de alimentación y efectos individuales. Madrid: Saívat; 2001 Instituto especializado de salud mental HDHN. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental. Informe General. Lima: 2009.
- Cabetas H. Taller de imagen corporal y alimentación: Lima: Santillan; 2008.
- Mejías L. Enfermería en psiquiatría y salud mental, DAE, 2004.
- Mejías L. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental, DAE, 2004.
- Moreno A. Trastornos en la Alimentación de los Adolescentes. Argentina: Buenasalud; 2012.
- Qulies. Y. taller de imagen corporal y alimentación: Lima: Santillan; 2003.
- Uesu S. Riesgo de Trastornos de alimentación y hábitos alimentarios en adolescentes de 13-19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. Perú; 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Riesgo de trastornos de conducta alimentaria.</p> <p>(V.1)</p>	<p>Probabilidad de aparición de trastornos mentales que suponen alteraciones en los comportamientos asociados con la comida y con el cuerpo, que repercuten sobre la salud física y psicológica de quienes lo padecen.</p>	<p>Son aquellas actitudes que ponen en riesgo la salud ya que el equilibrio de alimentación y necesidad se ven afectados.</p> <p>Datos que serán obtenidos a través de la aplicación de un cuestionario cuyo valor final será: alto o bajo</p>	<p>Dieta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitación de alimentos que engordan ➤ Preocupación por estar delgado

			Preocupación por la comida	<ul style="list-style-type: none">➤ Pensamientos sobre la comida.➤ Indicadores de trastornos alimentarios.
			Control oral	<ul style="list-style-type: none">• Autocontrol en comer.• Presión de otros para aumentar de peso.

<p>Nivel de autoestima (V.2)</p>	<p>Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.</p>	<p>Es la percepción que tenemos de nosotros mismos. Se trata de la valoración que hacemos de nosotros mismos que no siempre se ajusta a la realidad. Datos que serán obtenidos a través de la aplicación de un instrumento cuyo valor final será:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevada • Media • baja 	<p>Escala de Rosemberg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dignidad • Cualidades • Seguridad • Actitud • Satisfacción • Orgullo • Pensamiento • Respeto • Utilidad • Consideración
----------------------------------	---	--	----------------------------	--

ANEXO 2: EL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO:

INTRODUCCIÓN

Buenos días joven: mi nombre es July Chabely Estrada Arce en esta oportunidad me es grato dirigirme a usted; para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y nivel de autoestima en los adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su colaboración

INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de ítems, léalos detenidamente conteste y/o marque con un x la respuesta correcta.

I: Datos generales:

1. Edad:

- a. 14 – 15 años b. 16 -17 años

2. Sexo:

- a. Femenino b. Masculino

3. Ocupación:

- a. Solo estudia b. Estudia y trabaja

II: Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria

EATING ACTITUDES TEST							
N°	PREGUNTAS	SIEMPRE	MUYA MENUDO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura comer aunque no tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces he sentido que era incapaz dejar de comer						
5	Corto mis alimentos en pequeños trozos						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito especialmente comer alimentos con mucho hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)						
8	Noto que los demás prefieren que yo comiese de mas						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar delgado						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						

13	Los demás piensan que estoy muy delgado						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo de comer más que otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azucares						
17	Como alimentos de régimen (dieta)						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por						
21	Me siento incomodo después de comer los alimentos						
22	Después de comer me siento aún más gorda (o)						
23	Cuando me miro en el espejo siento que mi cuerpo es						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Uso algún diurético o método para vomitar mis alimentos						
26	Vomito después de comer						

III. Nivel de autoestima

ESCALA DE ROSEMBERG

Este test tiene como objetivo evaluar la satisfacción que la persona tiene de sí misma por favor conteste las siguientes preguntas conteste las siguientes preguntas con la respuesta que considere la más apropiada.

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

Nº	PREGUNTAS	A	B	C	D
1	Siento que son una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido que tengo cualidades buenas				
3	Son capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7	En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí				
9	Hay veces que realmente pienso que soy inútil				
10	A veces pienso que no soy buena persona				

ANEXO 3

CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	Ptj.
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					IP	0.022

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N° = Número de ítems

$$P = \frac{1.155}{7} = 0.022$$

Si $P < 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido.

Resultado:

En vista de que la concordancia de opinión de jueces de expertos de la prueba binomial resulto se 0.022; por lo tanto se considera el instrumento válido.

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Para determinar la confiabilidad del instrumento que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente formula:

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Si^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$\sum Si^2$: Sumatoria de las varianzas de cada ítem

S_t^2 : Varianza de los totales

K: Numero de ítems (válidos)

Usando el software estadístico de Excel se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de fiabilidad.

$$\alpha = \left(\frac{26}{26-1} \right) \left(1 - \frac{8.11}{4.98} \right)$$

$$\alpha = 1.04 \quad 0.63$$

$$\alpha = 0.7$$

El instrumento es mediamente confiable por ser mayor de 0.5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE NIVEL DE AUTOESTIMA

Para determinar la confiabilidad del instrumento que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente formula:

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Si^2}{S_t^2} \right)$$

Usando el software estadístico de Excel se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de fiabilidad.

$$\alpha = \left(\frac{10}{10-1} \right) \left(1 - \frac{8.11}{4.98} \right)$$

$$\alpha = 1.11 \quad 0.63$$

$$\alpha = 0.7$$

El instrumento es mediamente confiable por ser mayor de 0.5

ANEXO 5

TABLA DE CÓDIGOS DE DATOS GENERALES

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	CÓDIGO
1. EDAD	• 14-15 años	1
	• 16-17 años	2
2. SEXO	• Femenino	1
	• Masculino	2
3. OCUPACIÓN	• Solo estudia	1
	• Estudia y trabaja	2

TABLA DE CÓDIGOS DE LA VARIABLE

RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

DIMENSIÓN	PREGUNTA	ALTERNATIVA	PUNTAJE	
DIETA	1	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muy a menudo • A menudo • Algunas veces • Raramente • Nunca 	3	
	6		2	
	7		1	
	10		0	
	11		0	
	12		0	
	14		0	
	17		0	
	22		0	
	23		0	
	24		0	
	25		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muy a menudo • A menudo • Algunas veces • Raramente • Nunca 	0
				0
				0
		1		
		2		
		3		

PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA	3	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muy a menudo • A menudo • Algunas veces • Raramente • Nunca 	3
	4		2
	9		1
	18		0
	21		0
	26		0
CONTROL ORAL	2	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muy a menudo • A menudo • Algunas veces • Raramente • Nunca 	3
	5		2
	8		1
	13		0
	15		0
	19		0
	20		0

TABLA DE CÓDIGOS DE LA VARIABLE

NIVEL DE AUTOESTIMA

DIMENSIÓN	PREGUNTA	ALTERNATIVA	PUNTAJE
ESCALA DE ROSEMBERG	1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Muy de acuerdo ➤ De acuerdo ➤ En desacuerdo ➤ Muy en desacuerdo 	1 2 3 4
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		

ANEXO 6 TABLA

MATRIZ DE LAS VARIABLES

			RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA																																
DATOS GENERALES			DIETA													PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA						CONTROL ORAL													
L8	Nº	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	1	6	7	10	11	12	14	16	17	22	23	24	5	SUBTOTAL	3	4	9	18	21	26	SUBTOTAL	2	5	8	13	15	19	20	SUBTOTAL	TOTAL FINAL	
					1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	3	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	1	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	8	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	2	1	1	1	1	10	30	
4	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	2	2	2	2	2	2	12	1	1	1	1	1	2	1	1	8	27	
5	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	8	12	
6	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	15	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	3	20	
7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	4	18		
8	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0	0	0	0	3	15	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	3	18	

9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1	1	2	7	0	1	1	0	0	0	0	2	12	
10	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	5
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	12	
12	1	1	1	1	1	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	17	2	2	2	1	2	2	11	1	1	1	0	1	1	1	6	34	
13	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	6
14	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	0	1	1	1	24	2	2	2	2	2	2	12	0	0	1	1	1	1	1	5	41	
15	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	37	3	3	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	1	7	55	
16	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	25	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	1	2	1	1	10	47	
17	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	15	2	3	3	3	3	3	17	1	1	1	1	1	1	1	7	39	
18	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	15	2	2	2	2	2	2	12	2	2	1	2	1	1	1	10	36	
19	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
20	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	7
21	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3	6
22	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	6
23	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
24	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	8
25	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	7
26	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1	1	2	0	4	1	1	1	0	0	0	0	3	10	
27	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	1	1	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	3	10	

28	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	8	
29	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	1	0	0	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	6	12	
30	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	3	7	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	1	1	1	8	27	
31	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	6	1	2	3	1	1	2	10	2	1	2	1	1	1	1	9	25	
32	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	1	1	6	13	
33	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	5	
34	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	5	
35	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	5	
36	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	5	
37	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	5	
38	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	6	
39	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	6	
40	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	0	2	0	1	7	22	
41	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	4	7	
42	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	5	
43	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	5	
44	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
45	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4	7	
46	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5	

47	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4		
48	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	6	19	
49	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
50	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	2	2	2	12	0	1	1	1	1	1	1	6	21	
51	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
52	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
53	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
54	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
55	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	10
56	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
57	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
58	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
59	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
60	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5		
61	2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	7	13

NIVEL DE AUTOESTIMA											
ESCALA DE ROSEMBERG											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL FINAL
1	3	4	3	4	3	4	1	1	1	2	26
2	3	4	3	4	3	4	1	1	1	2	26
3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	33
4	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
5	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
6	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	32
7	3	3	3	4	3	3	2	1	1	3	27
8	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	34
9	3	3	4	4	3	3	2	1		3	27

10	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
11	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	32
12	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
13	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
14	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
15	3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	32
16	3	3	3	4	4	3	3	4	2	3	32
17	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	33
18	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
19	3	4	3	4	3	3	2	1	1	3	27
20	4	3	3	4	4	3	2	4	3	3	33
21	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	34
22	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	35

23	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
24	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
25	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
26	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
27	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
28	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
29	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
30	2	3	3	4	4	3	2	1	1	3	27
31	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	16
32	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	16
33	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	34
34	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	34
35	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	33

36	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	33
37	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	34
38	2	3	4	4	4	2	3	4	4	3	33
39	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
40	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	34
41	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
42	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
43	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
44	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
45	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
46	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
47	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27
48	2	3	4	4	4	2	3	1	1	3	27

49	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	35
50	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	34
51	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	32
52	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	32
53	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	33
54	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	34
55	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	36
56	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	33
57	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	34
58	2	3	4	4	4	3	4	3	4	3	34
59	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	32
60	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	34
61	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	32

ANEXO 7

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Yo..... identificado con mi DNI n°..... procedo mediante la presente a autorizar a mi menor hijo(a) para participar en encuesta realizada por la señorita July Chabely Estrada Arce con la finalidad obtener información sobre riesgo de trastornos de conducta alimentaria y nivel de autoestima en los adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra cuyo resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

Firma

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días joven: mi nombre es July Chabely Estrada Arce en esta oportunidad me es grato dirigirme a usted; para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre riesgo de trastornos de conducta alimentaria y nivel de autoestima en los adolescentes de 14-17 años de la institución educativa Josefina Mejía de Bocanegra. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

Firma

ANEXO 9

TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE

TABLA N°2

**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
DIMENSIÓN DIETA EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA
DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017**

DIETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	51	86.3
RIESGO	10	13.7
TOTAL	61	100

TABLA N°3

**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA EN
ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA
MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017**

PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	47	77.0
RIESGO	14	23.0
TOTAL	61	100

TABLA N°4

**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
DIMENSIÓN CONTROL ORAL EN ADOLESCENTES
DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA
DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017**

CONTROL ORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	43	70.5
RIESGO	18	29.5
TOTAL	61	100

TABLA N°5

**RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA GLOBAL
EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JOSEFINA MEJÍA DE
BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017**

RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	47	77.0
ALTO	13	23.0
TOTAL	61	100

TABLA N°6
NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESCALA DE ROSEMBERG
EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSEFINA
MEJÍA DE BOCANEGRA NASCA
OCTUBRE 2017

ESCALA DE ROSEMBERG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ELEVADO	30	49.2
MEDIO	29	47.5
BAJO	2	3.3
TOTAL	61	100.0