

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE
FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN
LOS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA RAMÓN CASTILLA
MARQUESADO, CALLAO - 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA

JUDITH ALEJANDRO BUSTAMANTE
JUDITH SARA ATENCIO RIOS
EDITH CARRERA CALDERON

Callao, Noviembre 2013
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES	Presidenta
Mg. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Secretaria
Lic. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	Vocal

ASESORA: Mg. MERY ABASTOS ABARCA

N° de Libro: 01

N° de Acta: 08

Fecha de Aprobación de Tesis: 19 de Diciembre 2013

Resolución de sustentación N° 418-2013-CF/FCS.

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos la dicha de vivir, darnos salud, bienestar físico, espiritual y darnos la fe que durará por siempre y a nuestros padres con amor por su apoyo incondicional, su comprensión, sus cuidados, su motivación, por ayudarnos a ser mejores durante nuestra formación tanto personal como profesional.

AGRADECIMIENTO

A nuestro docentes, por su motivación y dedicación para la elaboración y culminación de nuestro proyecto.

Al jefe de enfermería, el Lic. Celso Escobar del Centro de Salud "Ramón Castilla" por su apoyo en el desarrollo de esta investigación

A los estudiantes de 5to año de secundaria de la institución educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao por su participación y colaboración en nuestro trabajo de investigación.

ÍNDICE

TABLAS DE CONTENIDO	4
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	16
1.3.1. GENERAL	
1.3.2. ESPECÍFICOS	
1.4. JUSTIFICACION.....	17
1.5. IMPORTANCIA.....	19
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	20
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	27
2.2.1. CONOCIMIENTO SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA.....	27
A. Concepto de conocimiento.....	27
B. Anorexia	35
C. Bulimia.....	38
2.2.2. ACTITUDES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA.....	50
A. Concepto de actitud.....	50
B. Test de Actitud Alimentaria EAT-26.....	53

2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	57
III. VARIABLE E HIPOTESIS.....	59
3.1. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.2. DEFINICION DE VARIABLES	59
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	60
3.4. HIPÓTESIS GENERAL E HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	63
IV. METODOLOGÍA.....	64
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	64
4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	64
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
4.4. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.....	67
4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
4.6. PROCESAMIENTO ESTADISTICO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	69
V.RESULTADOS.....	71
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
VII. CONCLUSIONES.....	84
VIII. RECOMENDACIONES.....	85
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
X. ANEXOS	91
ANEXO 1: Cuestionario de Conocimiento.....	93
ANEXO 2: Test de Actitud Alimentaria.....	97
ANEXO 3: Autorización.....	98
ANEXO 4: Consentimiento informado	99

ANEXO 5: Matriz de consistencia.....	100
ANEXO 6: Juicio de expertos Instrumento Cuestionario de Conocimiento.....	101
ANEXO 7: Juicio de Expertos Instrumento Test de Actitud Alimentaria.....	102
ANEXO 8: Prueba de Confiabilidad Cuestionario de Conocimiento.....	103
ANEXO 9: Prueba de Confiabilidad Test de Actitud Alimentaria.....	104
ANEXO 10: Procedimiento para hallar la relación entre las variables - Prueba Chi cuadrado.....	105
ANEXO 11: Tabla de Chi Cuadrado.....	107
ANEXO 12: Prueba de Correlación de Pearson.....	108
ANEXO 13: Gráficos estadísticos.....	110

TABLAS DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 5.1.....	51
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO -2013	
CUADRO N° 5.2.....	52
ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO -2013	
CUADRO N° 5.3.....	53
RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013	

CUADRO N° 5.4.....	54
PRUEBA DE HIPOTESIS - RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N° 5.1.....	51
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO -2013	
GRÁFICA N° 5.2.....	52
ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO -2013	
GRÁFICA N° 5.3.....	53
RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013	
GRÁFICA N° 5.4.....	54
PRUEBA DE HIPOTESIS - RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5 ^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013	

RESUMEN

El presente estudio titulado, "Nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao - 2013"; cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado" Callao. Este estudio fue de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal; teniendo como muestra 78 adolescentes de una población de 117, entre las edades de 14 a 18 años, a los que se les aplicó un cuestionario sobre conocimiento de 10 preguntas y un test de actitud alimentaria de 26 ítems. Teniendo como resultado, el 35.9% tienen un nivel de conocimiento bajo y el 56.4% presenta riesgo en cuanto a las actitudes sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia. Se aprobó la hipótesis alterna ya que se encontró el 95 % de relación significativa, entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria.

Palabras claves: Conocimiento. Actitud. Edad. Sexo. Factores de riesgo. Anorexia. Bulimia

ABSTRACT

The present study titled, "The level of knowledge and attitudes about risk factors for anorexia and bulimia in adolescents 5th junior high school "Ramón Castilla Marquesado" Callao - 2013 ", whose objective was is to determine the relationship between level of knowledge and attitudes about risk factors for anorexia and bulimia in adolescents 5th Junior High school "Ramón Castilla Marquesado" Callao.

The type of is descriptive - correlational and cross-sectional, taking as sample 78 adolescents in a population of 117 , between the ages of 14 and 18, to which we applied a questionnaire on knowledge of 10 questions and a range of attitudes 26 items .

Taking as a result, 35.9 % had a low level of knowledge and 56.4 % at risk in terms of attitudes about risk factors for anorexia and bulimia.

The alternative hypothesis was approved with 95 % of significant relationship between the level of knowledge and attitudes about risk factors for anorexia and bulimia in adolescents 5th secondary was found.

Keywords: Knowledge, Attitude, Age, Sex, Risk Factors Anorexia. Bulimia

INTRODUCCION

La anorexia y bulimia son trastornos que suele producirse en la pubertad o en la adolescencia y de forma predominante en el sexo femenino, con frecuencia se manifiesta con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de drogas. A menudo se presentan conjuntamente en una misma persona en períodos alternados, por lo que también se les conoce como trastornos de la conducta alimentaria.

La anorexia se manifiesta por un rechazo a comer y la bulimia, por un comer desmesurado y seguido de vómitos. Se presenta adelgazamiento, en ambos casos de pérdida de las reglas, disminución alarmante de minerales importantes e indispensables para la vida. Los trastornos de anorexia y bulimia involucran tantos aspectos físico-psicológicos, socio-culturales y familiares.⁷

En el Perú los problemas de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia abarcan entre 7,3 y 11,4 % de más de mil estudiantes encuestados en 17 ciudades de nuestro país. La población afectada son las adolescentes porque es el grupo etario más vulnerable a este problema, debido a que están en un periodo de transición de la infancia a la adultez, produciéndose una confusión y crisis de la identidad; alta vulnerabilidad e inestabilidad emocional, estas características de la

personalidad adolescente, se hallan en gran medida determinadas por la cultura y por los ritos de transición de la sociedad en que se vive y las rige, y así mismo en nuestro medio la delgadez es considerado como un ideal de belleza los cuales son impuestos por los medios masivos de comunicación que ofrecen estereotipos publicitarios, cuerpos esbeltos, imágenes corporales “ideales” que fomentan conductas para poder desencadenar trastornos alimentarios; motivo por el cual se realizó el estudio de Nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria de la institución educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013”.

Siendo nuestro objetivo general determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.

Este estudio resulta importante en la medida que los datos obtenidos permitirán tomar medidas de prevención en los adolescentes, orientado a promover la elaboración y el diseño de estrategias, la cual llevara a reforzar los conocimientos y que presenten actitudes favorables sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia, en los adolescentes de la institución educativa.

El presente estudio se justificó en base a los siguientes argumentos, por su relevancia social, los docentes de la institución educativa también cumplen un rol muy importante ya que ellos deben colaborar, manteniendo y reforzando factores de conductas para mantener actitudes positivas para que el adolescente tenga un desarrollo óptimo y así mejore su calidad de vida. Por sus implicancias prácticas, para prevenir en la población adolescente estos trastornos de conducta alimentaria, mediante la detección temprana y oportuna de la anorexia y bulimia; desarrollando actividades de prevención de estas enfermedades, mediante talleres educativos, programas, charlas en las cuales pueda el adolescente expresar sus dudas e inquietudes y a la vez también inculcar en ellos hábitos alimentarios y estilos de vida saludable, garantizando así el desarrollo adecuado en esta etapa de su adolescencia.

La investigación consta de X capítulos: El primer capítulo en el que se presenta el problema de investigación, formulación del problema, objetivos, justificación e importancia; en el segundo capítulo, el marco teórico de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia; el tercer capítulo: considera las variables de la investigación e hipótesis; el cuarto capítulo: la metodología, el tipo y diseño, procedimientos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos; el quinto capítulo: se presenta los resultados; en el sexto capítulo, la discusión; finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen en la actualidad un problema de salud mundial, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo y no sólo el sexo femenino (la anorexia afecta 15 veces más a mujeres que a hombres) se está relacionando a los trastornos de la alimentación, también los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas.

Según la OMS, se calcula que la anorexia afecta entre el 0.5 al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común (la primera es el asma, y la segunda la obesidad) más frecuente entre los adolescentes. En estudios epidemiológicos, las estadísticas arrojan datos escalofriantes: se estima que una de cada 100 adolescentes padecen anorexia y 4 de cada 100 tienen bulimia y se concluyen que alrededor de un 4% de la población femenina joven sufre algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, las edades más afectadas están entre 12 y 25 años, siendo el grupo de mayor riesgo el de 14 a 18 años.²³

En el 2013 los trastornos alimentarios van cobrando víctimas cada vez más, Japón es el primer país, le sigue Argentina y el Perú está entre los cinco primeros lugares en el mundo con casos de anorexia y bulimia. El 40 % de la causa de la enfermedad es genético y el 60 % es social. Según el psicólogo Jason Vilela.²⁷

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

Según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (MINSa) 2010. En el Perú los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia abarcan entre 7,3 y 11,4 % de más de mil estudiantes encuestados en 17 ciudades de nuestro país. El estudio se llevo a cabo en las ciudades de Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Puno, Tumbes, Tacna, Arequipa, Chimbote, Trujillo, Piura e Ica.²⁶

En el 2011 Según un estudio del centro médico Abint. La anorexia y bulimia afecta a 800 mil escolares en el Perú, la mayoría desconoce que padece esta enfermedad. Según explicó Mabel Bello, directora de la Asociación de Lucha contra la anorexia y bulimia, “Lo más alarmante es que cada vez baja más la edad de inicio de los adolescentes que sufren estas patologías. Hay niños de cinco años que esconden la comida”. Las principales afectadas son mujeres de entre 5 y 17 años. Solo el 4% es varón, pero la cifra se ha incrementado en 2% en los últimos cinco años, añadió que algunas jóvenes anoréxicas o bulímicas también poseen trastornos bipolares y otros problemas graves.

Pero Horacio Vargas, jefe de la Dirección de Niños y Adolescentes del Ministerio de Salud (Minsa), admitió que “no hay especialistas para atender adecuadamente estos casos”. Fuentes del MINSA refirieron que en los hospitales Hermilio Valdizán y Víctor Larco Herrera tampoco hay profesionales a tiempo completo para estos pacientes. Bello opinó que las campañas informativas y de sensibilización a nivel nacional son escasas.²¹

En el Estudio epidemiológico de Salud Mental realizado en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, publicado en la revista ANALES de Salud Mental en el año 2003, tenemos que del total de adolescentes

encuestados, el 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 8.3% tiene tendencias a problemas alimentarios .

El número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces. De los cinco casos que el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado" reportó en 1996, el año pasado llegó a 100. La enfermedad que antes acechaba solo a los sectores económicos más acomodados se ha extendido hoy hacia sectores populares y emergentes.¹⁵

Los adolescentes de la institución educativa "Ramón Castilla Marquesado" no está ajeno a este problema de salud ya que están en proceso de desarrollo, maduración psicofísico y emocional; la publicidad y los medios, muestran modelos perfectos del hombre y la mujer, delgados y bellos, muchas veces hacen que los adolescentes por desconocimiento tomen patrones alimenticios inadecuados, que de no ser identificados precozmente, puede desencadenar el inicio de estos trastornos de salud por pertenecer a una etapa de la vida en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao-2013?

1.3. OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.

- ✓ Identificar las actitudes sobre los factores de riesgo de anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.

- ✓ Relacionar el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia, es una etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Lo que caracteriza fundamentalmente a este periodo, son los profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales que hacen a esta etapa cada vez más compleja por ello, es una etapa proclive para adquirir “actitudes de riesgo”, asociándola a la alta vulnerabilidad e inestabilidad emocional, destacándose entre ellos, la violencia, la deserción escolar y problemas de alimentación.³⁰

El presente estudio de investigación se justifica por:

Por su naturaleza, existen pocas investigaciones orientadas en el nivel de conocimiento y actitudes sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia.

Por su magnitud, existen más de 658 mil adolescentes en diferentes instituciones educativas en Lima y Callao.

Por su relevancia social, la población de estudio se beneficia en gran medida porque les ayudará en la prevención de los factores de riesgo sobre anorexia y bulimia. De manera que el equipo de salud , con prioridad la enfermera, está íntegramente relacionado con la situación presentada, cumpliendo un rol importante en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad en las diferentes etapas de vida, la cual está orientada a promover la elaboración y ejecución de estrategias que llevará a reforzar el conocimiento; que contengan información actualizada y objetiva sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia, considerando en el adolescente una valoración holística, individual y social. Trabajando con redes de apoyo para fomentar en ellos actitudes favorables sobre los factores de riesgo en los adolescentes de la institución educativa, con el fin de lograr que éste, tome decisiones acertadas de manera responsable y consecuente para su desarrollo óptimo.

Por sus Implicancias prácticas, para prevenir en la población adolescente estos trastornos de conducta alimentaria, mediante la detección temprana y oportuna de la anorexia y bulimia; al estudiar el nivel de conocimiento y actitudes, se darán talleres educativos,

programas, charlas; en las cuales pueda el adolescente expresar sus dudas e inquietudes y a la vez también inculcar en ellos, hábitos alimentarios y estilos de vida saludable, garantizando así el desarrollo adecuado en esta etapa; y de este modo se logrará disminuir los riesgos en este grupo vulnerable.

1.5. IMPORTANCIA

Este estudio es importante ya que los resultados contribuirá en la detección precoz de adolescentes que presenten actitudes de riesgo hacia la anorexia y bulimia; y a partir de los resultados proporcionar información pertinente a la institución educativa que permita establecer coordinaciones estrechas con el centro de salud a fin que el personal del equipo multidisciplinario de salud desarrolle programas preventivos de salud a nivel escolar dirigidos no sólo a este grupo de adolescentes sino también a los padres de familia que son los primeros educadores en el hogar, profesores, grupos de riesgo y comunidad en el cual se incluyan aspectos relacionados a trastornos alimentarios a fin de contribuir en la adopción de estilos de vida saludables y disminuir la adopción de actitudes de riesgo hacia la anorexia y bulimia, el cual repercutiría negativamente en su proceso de desarrollo normal y en su calidad de vida

II. MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

DOMINGUEZ ARDILA, Angelesmaria (2012) En su estudio de tipo descriptivo de corte transversal, titulado Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria. Cuyo objetivo fue determinar la población en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en alumnos que inician la vida universitaria en la universidad de La Sabana. La población de estudio estuvo conformada por 680 estudiantes de ocho facultades; el instrumento a usar fue el cuestionario de actitudes alimentarias EAT-26. En su estudio se concluyó que, la prevalencia de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria es de 13,8% en estudiantes que inician su formación académica en la universidad. Hay cuatro veces más riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres frente a hombres. Se hace necesaria la creación de programas de prevención y detección temprana de estas patologías para intervenir en esta problemática de salud.⁷

PIÑEROS ORTÍZ, Sandra y otros (2010). En su estudio de base comunitaria y corte transversal, titulado Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca Colombia. Su objetivo fue Determinar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria, sus factores de inicio y mantenimiento, así como sus subtipos clínicos y comorbilidad en una población escolarizada. Su población de estudio fue de 937 estudiantes entre 12 y 20 años de edad, de Bogotá y La Sabana, centro de Cundinamarca, que respondieron el EAT-26. En sus resultados se detectaron 141 casos probables de trastornos de la conducta alimentaria, la mayoría en mujeres ($p < 0,01$). El 38,3% de ellos aceptó entrevista psiquiátrica. Se realizó diagnóstico clínico de trastornos de la conducta alimentaria en el 53,7% de los entrevistados, sin diferencias por estrato socioeconómico ni grupos de edad. En su estudio se concluyó que los trastornos de la conducta alimentaria ocurren desde edades tempranas. Existe una alta tasa de comorbilidad con trastornos afectivos y conductas suicidas.¹²

ALVARADO PARRA, Karla (2013). En su estudio de tipo exploratorio/descriptivo, cualitativa, titulado Factores socioculturales incidentes en el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes chilenas. El objetivo Identificar y describir los factores socioculturales predisponentes para el

desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria que se pueden desprender desde los modelos de cuerpo, belleza y mujer que siguen las adolescentes chilenas. La muestra es determinada por vías de muestreo no probabilístico (intencionales). Se utilizó la técnica: entrevista a profundidad semiestructurada. En este estudio se concluyó que los trastornos de la conducta alimentaria, no son producto exclusivo de inclinaciones psicológicas o historias de vida particulares, sino que los modelos de belleza, cuerpo y mujer vigentes en la actualidad, más precisamente con la imposición de la delgadez como principio de belleza y salud, la propagación de ese ideal a través de los medios de comunicación y la necesidad de adaptarse a ese prototipo y ser por ello más fácilmente aceptado socialmente, son elementos que también entran en juego a nivel de imaginario y psiquis para propiciar un trastorno alimentario. ¹

AVELLANEDA NOVELLA, Sandra Juliana (2009). En su estudio de tipo descriptivo de corte transversal, titulado Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento en estudiantes de la institución Pontificia Javeriana-Colombia. Su objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes. La muestra fue de 408 estudiantes. El instrumento fue un cuestionario de 32 preguntas con opciones múltiples. Este estudio concluyó en que la prevalencia fue de 48.8% de la población, con un predominio en la población femenina de

55.9% y siendo la masculina 34.6%. Lo que exige la implementación de programa integrales que contengan estrategias de intervención preventiva y tratamientos adecuados oportunos que permitan disminuir la prevalencia actual y mejorar la calidad de vida de la población en riesgo. ²

GUADARRAMA GUADARRAMA, Rosalinda y otros (2010). En su estudio de tipo descriptivo, titulado Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo .Su objetivo fue identificar algunos factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria de la zona descrita, con la finalidad de implementar estrategias de prevención y atención. Su población de estudio fue 316 alumnos de ambos sexos, resultados muestran que 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastorno alimentario, predominando la anorexia y siendo mayor en las mujeres, siendo estas el grupo que estableció las diferencias estadísticamente significativas en ambas variables, se concluyó que los adolescentes de zonas externas a las grandes urbes pudieran ser propensos a desarrollar este tipo de trastornos, siendo las mujeres el grupo más afectado. ¹¹

UNIKEL-SANTONCIN Claudia y otros (2010) , titulado Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en mujeres adolescentes estudiantes de

escuelas preparatorias públicas en 17 localidades urbanas de la República Mexicana por edad, localidad y región. Su muestra de estudio fue de 4358 mujeres de 15 a 19 años de edad. Se evaluaron las CAR mediante un cuestionario validado y estandarizado para adolescentes mexicanas, con dos puntos de corte: moderado y alto. Se concluyó que la prevalencia total de las conductas alimentarias de riesgo fue de 6.8% alto riesgo y 14.2% moderado riesgo. La edad, el estrato socioeconómico y el lugar de residencia parecen ser variables que se relacionan con las con CAR.²⁰

ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

AZURIN SALINAS, Lissett y otros (2009). En su estudio de investigación de tipo descriptivo, titulado Dimensiones de personalidad y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en jóvenes. Concluyó que los trastornos alimenticios en jóvenes, tanto la anorexia como la bulimia pueden causar problemas serios y potencialmente fatales tanto física como psicológicamente ya que la persona está inserta en un contexto en el cual están presentes los valores y esquemas cognitivos propios de una cultura que favorece el desarrollo de trastornos de la alimentación (amigos, escuela, universidad) y que pueden resultar peligrosos. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas y es

una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud. ³

RIVERA CHAMORRO, Diana Carolina (2009). En su estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, titulado Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas, tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N°04 Comas. En su estudio se concluyó que se aprueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes. El nivel de conocimientos de los adolescentes es bajo. La mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo.¹⁶

CABALLERO HUARCAYA, Lisbeth Karina (2007). En su estudio de tipo descriptivo de corte transversal, titulado Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzáles de Fanning, 2007 tuvo como objetivo identificar la autopercepción del adolescente y los hábitos de alimentación. En su estudio concluyó que la mayoría de adolescentes del 5to año de secundaria existe un porcentaje

significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo, porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo. En cuanto a los hábitos de alimentación, La mayoría de los adolescentes tienen hábitos de alimentación saludable relacionada a la frecuencia diaria de consumo de alimentos sin omisiones y en horarios oportunos. Sin embargo existe un porcentaje mínimo que tienen hábitos de alimentación no saludable dado a la exclusión de alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono.⁴

FERRO MORALES, Rosa Ángela (2012). En su estudio de tipo descriptivo de asociación cruzada Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio tuvo como objetivo Relacionar los hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio. En su estudio concluyó que ocho de cada diez estudiantes participantes de la UNMSM tenían hábitos alimentarios adecuados, con una mayor proporción en el área de Ciencias de la Salud y con una menor proporción en las áreas de Ciencias Sociales y Humanidades. Seis de cada diez estudiantes participantes de la UNMSM tenían un IMC normal, con una mayor proporción en el área Económico-Empresariales, y con una menor proporción en el área de Ciencias Básicas, la que a su vez presentó el mayor porcentaje de estudiantes con sobrepeso. Hubo mayor porcentaje de estudiantes mujeres con IMC

normal y de varones con IMC de sobrepeso; es decir, siete de cada diez mujeres y cinco de cada diez varones presentaron un IMC normal, mientras que dos de cada diez mujeres y cuatro de cada diez varones presentaron sobrepeso. ⁹

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA

A. CONCEPTO DE CONOCIMIENTO

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. Existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de experiencia, valores, información y "saber hacer" que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción.

✓ **Características del Conocimiento:**

1.- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas".

2.- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma" como ocurre con otros bienes físicos, permite "entender" los fenómenos que las personas perciben (cada una "a su manera", de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

3.- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

✓ **Tipos de Conocimiento:**

- **Conocimiento Vulgar:** Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

- **Conocimiento Científico:** Llamado Conocimiento Crítico, intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

✓ **Construcción del conocimiento:**

Dado que el conocimiento constituye un aspecto tan esencial para la vida de los hombres es natural que estos dediquen una parte importante de su actividad a adquirir nuevos conocimientos. Por ello en todas las sociedades los adultos ponen un gran énfasis en conseguir que los niños adquieran los conocimientos que se consideran indispensables para la vida social y para la supervivencia, transmitiéndoles las adquisiciones que

esa sociedad ha ido acumulando a lo largo del tiempo y que constituyen lo que solemos denominar la cultura.

✓ **El Constructivismo:**

El constructivismo, como modelo de aprendizaje, enlaza con principios esbozados al considerar el paradigma cognitivo, en mayor medida, y el ecológico contextual, en segunda instancia.

Según Gómez Granell y Coll, señalan que “el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes”; además de subrayar el protagonismo de este modelo como marco teórico y metodológico de la Reforma Educativa de nuestro país.

Se considera al estudiante como poseedor de conocimientos que le pertenecen, en base a los cuales habrá de construir nuevos saberes. No pone la base genética y hereditaria en una posición superior o por encima de los saberes. Es decir, a partir de los conocimientos previos de los educandos, el docente guía para que los estudiantes logren construir conocimientos nuevos y significativos, siendo ellos los actores principales

de su propio aprendizaje. Un sistema educativo que adopta el constructivismo como línea psicopedagógica se orienta a llevar a cabo un cambio educativo en todos los niveles.

Como quiera que el constructivismo esté directamente vinculado a la consideración significativa y funcional de los aprendizajes así como de los conocimientos previos.

a.- Los conocimientos previos:

Son “construcciones personales” de los alumnos, que “han sido elaborados de modo más o menos espontáneo en su interacción cotidiana con el mundo”; muchos de ellos, antes que la propia instrucción. Aunque puedan ser “incoherentes desde el punto de vista científico”, no lo son desde la perspectiva de los alumnos; que pueden anticipar, con ellos, fenómenos cotidianos.

b.- El aprendizaje significativo:

El aprendizaje significativo es el principal argumento que fundamenta las concepciones constructivistas. Según Ausube, puede considerarse como el autor que sistematizó su naturaleza, a partir del establecimiento de vínculos, identificados y no arbitrarios, entre el nuevo contenido, el

objeto de aprendizaje, y lo que ya se sabe los conocimientos previos que se mantienen en la estructura cognitiva de los sujetos que aprenden. Se trata, por tanto, de atribuir significado a lo que tiene que aprenderse, precisamente en función de lo que ya se conoce.⁶

✓ **Implicancias del Conocimiento en la Salud**

El fortalecer los conocimientos en la salud forma parte fundamental de la Educación integral de las personas, está reconocida por la OMS como una práctica necesaria para mejorar la salud de las personas. Es un elemento imprescindible en la mejora de la atención sanitaria y educacional, ya que sin ella no se logran promover hábitos de vida saludables y se dificultan el control de enfermedades.

Una de las mayores preocupaciones actualmente es concientizar a la población sobre la necesidad de crear hábitos de vida saludables que permitan una vida sana plena.

Los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años de vida van a ser decisivos en el comportamiento que el adolescente tendrá en su etapa adulta, y que dependiendo de los hábitos ya creados sean o no saludables para la salud podrán repercutir en el desarrollo de enfermedades a lo largo de su vida.

El Reto del Siglo XXI tiene a la educación como principal acción, no se concibe el planteamiento de programas de prevención y promoción de la

salud sin la incorporación de acciones educativas en las diferentes fases de los mismos porque la educación es un Instrumento esencial para el cambio.

Los profesionales sanitarios al igual que profesores se enfrentan a una difícil tarea que es la de educar.

Informar: Es proporcionar informaciones. Con la información o consejo se aporta pues una parte del área cognitiva, los conocimientos, lo que evidentemente es útil en la educación. Pero no lo es todo, porque sólo las personas que disponen de mayores recursos personales en el área emocional y en el de las habilidades podrán desarrollar las capacidades y comportamientos propuestos.

Educar: No es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleve a cabo comportamientos definidos y prescritos, sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

Los trastornos de alimentación y en particular la anorexia y la bulimia están aumentando en nuestro país. Las adolescentes son las más vulnerables y no es raro puesto que están en proceso de construcción de su identidad, no poseen criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos que están de moda. El objetivo de brindar conocimiento va a ser el desarrollo de juicios críticos sobre los ideales estéticos, a formarse sus propios valores, a valorar su

cuerpo, a reconocer sus capacidades y limitaciones y a respetar las diferencias de los demás.

A falta de organismos comprometidos en la atención, prevención, tratamiento, conocimiento y difusión de los Trastornos Alimentarios ha provocado que su propagación especialmente en niñas, siga creciendo, llegando a ser considerado como un síndrome por su componente auto agresivo que en ocasiones lastima considerablemente la salud del paciente y lo coloca en riesgo constante,

La educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes no tienen la información necesaria y lo obtienen de manera informal, a través de los medios de comunicación, anuncios publicitarios o a través de amigos.

El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía para que el adolescente no sea tan vulnerable a la crítica social; por ello requiere de nuevos enfoques de prevención y promoción de la salud, mismos que incluyen el brindar acceso a la información, estimular la participación en el control de medidas para la salud y apoyarlos durante su desarrollo.

Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades.

De lo anterior se desprende que los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de actitud. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la gente para que cambie estas condiciones. Desde este punto de vista, la promoción de la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico del desarrollo humano.

B. CONCEPTO DE ANOREXIA

Es la pérdida de apetito debido a un desorden mental., la definición más precisa que determina que una persona tiene la enfermedad es cuando se niega mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad.

También se define como la preocupación obsesiva por tener un cuerpo delgado recurriendo a todo tipo de medios de manipulación alimentaria y corporal, seleccionando, restringiendo, tirando, escondiendo o evitando los alimentos, provocándose el vómito o usando laxantes o

diuréticos por una parte, o bien haciendo un ejercicio físico desmesurado. Todo ello sin conciencia de enfermedad y ocultando estas conductas o minimizándolas. Estas conductas derivan del miedo absurdo y obsesivo de las personas afectadas a estar gordas, una obsesión que las mantiene atrapadas absurdamente, al principio con un aparente autocontrol hasta que, posteriormente, la obsesión por la delgadez les lleva a exponerse múltiples riesgos como consecuencias de la manipulación alimentaria.⁶

❖ **INCIDENCIA DE LA ANOREXIA**

- ✓ 1 de cada 250 adolescentes de la población entre los 12 y 18 años de edad sufre Anorexia.
- ✓ Si se consideran la franja de 16 a 18 años la cifra se eleva a 1 de cada 100 adolescentes.⁸

❖ **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA**

- ✓ Miedo intenso a ganar peso, manteniéndolo por debajo del valor mínimo normal.
- ✓ Escasa ingesta de alimentos o dietas severas.
- ✓ Gran pérdida de peso (frecuentemente en un período breve de tiempo).
- ✓ Imagen corporal distorsionada.
- ✓ Sensación de estar gorda cuando se está delgada.
- ✓ Sentimiento de culpa o desprecio por haber comido.

- ✓ Hiperactividad y ejercicio físico excesivo.
- ✓ Pérdida de la menstruación.
- ✓ Excesiva sensibilidad al frío.
- ✓ Cambios en el carácter (irritabilidad, tristeza, insomnio, etc.).
- ✓ Piel seca y amarillenta.
- ✓ Fatiga
- ✓ Pérdida considerable de cabello
- ✓ Fracturas frecuentes
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Depresión.⁶

❖ **CAMBIOS FISICO-CONDUCTUAL DE LA ANOREXIA**

El estado de ánimo de los anoréxicos, es bastante variable. Son comunes, los sentimientos de desamparo, la depresión y la labilidad emocional. Pierden todo interés en el sexo y evitan los contactos con personas del sexo opuesto. En el caso de actividad sexual no disfrutan de ella.

-Cambios cognitivos: distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta, alteración de la imagen corporal (sigue encontrándose gorda a pesar de haber perdido peso).

-Cambios conductuales: dieta restrictiva autoimpuesta, frecuente provocación de vómitos, uso abusivo de laxantes (estas conductas son más frecuentes si la anorexia cursa con episodios de bulimia); elevado interés por la gastronomía, hiperactividad, relaciones familiares gravemente alteradas, importante retraimiento social.

-Cambios biológicos: alteración del sistema hipotalámico y endocrino que tiene como consecuencia la aparición de la amenorrea. Desaparecen las curvas típicas femeninas, piel seca, pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, baja temperatura, deshidratación.

C. CONCEPTO DE BULIMIA

Se define como un impulso irresistible a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable. La persona afectada experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose incapaz de frenar los episodios de voracidad. Esa ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-malestar abdominal, sensaciones nauseosas de plenitud, lo que al comienzo de la enfermedad, junto a los frequentísimos sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y auto desprecio. Para hacer frente a la angustia causada por estos estados de ánimo se provocan el vómito

voluntario; cuando no consiguen vomitar recurren a laxantes y diuréticos, al ejercicio físico o al ayuno posterior.

Por lo general las personas bulímicas son personas que constantemente están tratando de bajar de peso, su vida se vuelve una lucha constante por adelgazar. Los bulímicos se distinguen de los anoréxicos porque tienen un control diferente sobre los alimentos; los anoréxicos no comen, los bulímicos inician con una dieta, de ahí sienten deseos de comer en grandes cantidades, de ahí comienza sentimiento de culpa y busca la manera de compensar la ingesta por distintas formas como la purga, por medio de laxantes, enemas, el vómito. ⁸

❖ **INCIDENCIA DE LA BULIMIA**

✓ La frecuencia de aparición crece día a día. En otros países, oscila del 9 al 20% de los adolescentes de 14 a 18 años.

✓ Se sabe que entre 1 a 3 de cada 100 adolescentes presentan al menos un episodio semanal de ingesta de medida de alimentos seguida de vómitos o abuso de laxantes. ⁸

❖ **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA BULIMIA**

-Consumo de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías, por lo general en secreto.

- Después de comer, encuentran maneras de perder toda la comida.
- Vómitos
- Ejercicio muy centrado.
- Los dientes pueden ser erosionados por la excesiva exposición al ácido en el vómito.
- Malnutrición o la deshidratación
 - Piel seca,
 - Cambios en el pelo y las uñas,
 - Hinchazón de las piernas y los pies
 - Pérdida de sensibilidad en las manos o los pies.
 - Problemas muy comunes:
 - a) Úlceras Gástricas.
 - b) Desequilibrio de electrolito (y causa muerte).
 - c) Estreñimiento

D. PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS ANOREXICOS Y BULIMICOS

El perfil de personalidad más frecuente en los anoréxicos y bulímicos es el de un adolescente responsable, de excelente desempeño en la escuela (Ej.: abanderado, brillante), con gran dominio del lenguaje, lo que se llamaría "un hijo/a ejemplar". En la conducta alimentaria suele ser caprichoso y tirano (su carácter cambia con respecto a la comida y

aumenta su irritabilidad). En cuanto al perfil de las personas anoréxicas es idéntico al de las personas que padecen de bulimia.

Además, los adolescentes que participan en deportes y actividades artísticas, que enfatizan la delgadez y la competencia, como el ballet, atletismo, gimnasia y patinaje, tienen mayor predisposición a desarrollar un desorden de la alimentación.¹⁰

E. INFLUENCIA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES

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

Las jóvenes que sufren de anorexia tienen mucho miedo de engordar. Es por eso que apenas come y lo poco que ingiere se convierte en una obsesión. Es bastante común que una adolescente con anorexia pese la comida antes de ingerirla o cuente sus calorías, también es común que haga ejercicio en exceso con el objetivo de bajar de peso. La bulimia es algo diferente a la anorexia ya que la persona que la padece no evita comer. Todo lo contrario; esta persona ingiere grandes cantidades

de alimentos que elimina vomitando. Como en el caso de la anorexia, la bulimia tiende a afectar a adolescentes y mujeres jóvenes más que a hombres. A diferencia de la anorexia, la bulimia es difícil de detectar. De hecho, una persona con bulimia puede tener un peso normal o un poco mayor que el peso normal.

Todos estos trastornos comparten varios síntomas en común, desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud.

Y es en la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "modelos" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.

Esto quiere decir que afecta no solo su parte física, y de igual forma el aspecto psicológico, llevándola a conflictos personales, familiares,

sociales y educativos, convirtiéndose en elementos perjudiciales para la adolescente.

❖ GÉNERO QUE AFECTA LA ANOREXIA Y BULIMIA

Los estudios indican que los trastornos alimentarios se producen principalmente entre las niñas y las mujeres. Alrededor del 90 - 95% de los pacientes con anorexia, y aproximadamente el 80% de los pacientes con bulimia, son mujeres. ¹⁰

F. FACTORES DE RIESGO DE ANOREXIA Y BULIMIA

Los trastornos de Anorexia y Bulimia involucran tantos aspectos físico-psicológicos, socio-culturales y familiares. En estudios e investigaciones que se han realizado se ha encontrado que varias personas tienen rasgo similar en su historia y en su personalidad; por eso los factores de riesgo de la anorexia y bulimia son los siguientes:

-FACTORES FISICO-PSICOLÓGICO

- ✓ Pertener al sexo femenino: Aunque también hay casos de hombres que sufren anorexia y bulimia, pero la diferencia es de un hombre frente a 9 mujeres con el problema.
- ✓ Insatisfacción corporal
- ✓ Una dieta estricta

- ✓ Baja autoestima
- ✓ Perfeccionismo
- ✓ Inestabilidad emocional
- ✓ Exceso de autocrítica.
- ✓ Necesidad de aprobación.
- ✓ Problemas de autonomía e independencia.
- ✓ Dificultad para expresar sentimientos.
- ✓ Haber tenido sobrepeso en la infancia.
- ✓ Relaciones problemáticas familiares.
- ✓ Historia de abuso físico o sexual.
- ✓ Antecedentes familiares de trastornos de la alimentación. ¹⁴

-FACTORES SOCIO-CULTURALES

- ✓ Presión social hacia la delgadez.
- ✓ Estereotipos publicitarios, modelos muy flacos, cuerpos esbeltos.
- ✓ Prejuicio social contra las personas con sobre peso.
- ✓ Incremento incontrolado de dietas, métodos y programas para adelgazar.
- ✓ Una cultura que enaltece los valores de delgadez como parámetro de éxito.
- ✓ La delgadez convertida en un mito.
- ✓ Enorme coacción a través de los medios de comunicación, dirigida especialmente a los adolescentes.

- ✓ El mensaje que se trasmite es que solo siendo delgadas o delgados seremos más atractivos y tendremos éxitos. ¹⁷

-FACTORES FAMILIARES

- ✓ Padres muy preocupados por las apariencias físicas.
- ✓ Padres muy exigentes e impositivos.
- ✓ Familiares con problemas graves y con relaciones caóticas (padre abusivo, abandono).
- ✓ Preocupación excesiva del entorno familiar por el peso y la figura corporal.
- ✓ Separaciones y pérdidas de familiares.
- ✓ Poca expresión afectiva en el entorno familiar.
- ✓ Problemas de comunicación entre los miembros familiares.
- ✓ Presencia de constantes dietas entre los componentes de la familia.
- ✓ Mala alimentación o pobre educación nutricional.
- ✓ Padres sobreprotectores.
- ✓ Altas expectativas depositadas en los hijos y alto grado de exigencia.

G.ESQUEMA DE MEDIDAS PARA PREVENIR LA ANOREXIA Y BULIMIA EN EL AULA:

- ✓ Consultar con especialistas para programar la alimentación de los alumnos y dejar tiempo suficiente para realizar todas las comidas.
- ✓ Enseñar a los estudiantes que existen distintos tipos de cuerpos y pesos. En particular, las características mediterráneas suelen estar alejadas de ciertos modelos que les proponen.
- ✓ Enseñar a los estudiantes el papel de la grasa en el cuerpo. La grasa forma parte del sistema que nos mantiene vivos.
- ✓ Explicar a los estudiantes el peligro de las dietas incontroladas. Sin asustar, informando.
- ✓ Mostrarles mediante actividades, como la cultura socialmente aceptada promueve modelos anoréxicos.
- ✓ Hacer hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en sí mismo.
- ✓ Potenciar la autoestima, ofreciendo modelos no estereotipados.
- ✓ Desarrollar habilidades personales y sociales y potenciar hábitos y actitudes saludables.
- ✓ Utilizar materiales didácticos donde se ponga de relieve el cuerpo humano tal como es.
- ✓ Tener siempre a mano testimonios de chicos y chicas que hayan padecido y superado este trastorno. ¹⁹

H. TEORIAS DE CONOCIMIENTO SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA

Según PALPAN, J., GARAY, J., JIMÉNEZ, V. (2007): “Factores psicofísico y familiares asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes”.

Sostiene que:

- La adolescencia es una etapa crítica de cambios emocionales, físicos y sociales, pues en ella se despiertan a las normas y leyes de la sociedad que puede resultar un riesgo en determinados comportamientos.
- A los hombres la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo. Sin embargo, la depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, y el autoconcepto.
- La disfunción familiar es factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación, seguido del autoconcepto.³¹

Según KAPLAN, H.; SADOCK, B. (2009) En su teoría: “Sinopsis de psiquiatría en los trastornos de la conducta alimentaria”.

Sostiene que:

La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los personas que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios

necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (anorexia y/o bulimia nerviosa). A continuación se describen algunos ejemplos:

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (por ej. pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal (por ej., provocación del vómito después de haber comido tan sólo dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes.
6. Trastorno por ingesta compulsiva (denominados binge eating): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia. ²⁸

STEVEN LEVENKRON (2000) En su teoría: "Rasgos característicos en los personas perturbados".

Sostiene que:

- ✓ Una de las características más comunes es una intensa fobia que se presenta a partir de que el cuerpo va cambiando.
- ✓ Presenta una obsesión por la ingesta de comida y líquidos que constriñen la actividad mental del anoréxico.
- ✓ Otro rasgo que presenta es el ritual obsesivo - compulsivo que domina todas las actividades: la comida, el ejercicio, las tareas.
- ✓ En algunos casos se llegan a observar sentimientos de inferioridad con respecto a la inteligencia, la personalidad y la apariencia física.
- ✓ Cuando se trata de la toma de decisiones, el anoréxico por lo común ve las opciones como drásticas, lo que resulta en una inhabilidad de tomar nuevas decisiones haciendo que su comportamiento convierta en un tanto rígido y repetitivo.
- ✓ Otro factor es el desinterés en la sexualidad que es una característica de la personalidad del sujeto, haciendo que se presenten los siguientes comportamientos: Inmadurez y la necesidad de actuar como un niño para recibir la atención de los padres. ²⁵

EPSTON, David (2005) En su teoría: “Los trastornos de la conducta y los factores socioculturales, como una especie de lavado de cerebro”.

Sostiene que:

- ✓ Las chicas anoréxicas y bulímicas han desarrollado un conjunto de creencias rígidas y equivocadas acerca de sí mismas que debe ser destruido antes de proceder a su rehabilitación.
- ✓ Los medios de comunicación influyen en el pensamiento de los adolescentes transmitiendo a ellos patrones de conducta a seguir erróneamente, siendo la delgadez un ideal de éxito en la sociedad.

2.2.2 ACTITUDES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA

A.CONCEPTO DE ACTITUD

Es actitud es una evaluación o una reacción afectiva: sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto, las que consideran como elemento fundamental de la actitud la tendencia a actuar de cierto modo y las que consideran una combinación de tres componentes en la actitud: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. Este último enfoque es el que más se utiliza actualmente para abordar los estudios de actitudes. A menudo se define la actitud como la tendencia a reaccionar de manera favorable o desfavorable a cierta clase de estímulos. Cuando se las define

de esta forma, las actitudes no pueden observarse directamente, sino que tienen que inferirse de la conducta abierta, verbal y no verbal. En la práctica, el término actitud ha sido asociado con estímulos sociales, respuestas con matices emocionales y juicios de valor.

Según Osgood, las actitudes se aprenden y permanecen implícitas; son estados inferidos del organismo que, al parecer, se adquieren de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas. Son, al mismo tiempo, predisposiciones a responder; pero se distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa.

✓ **Componentes de las actitudes:**

Se distingue tres componentes de las actitudes:

-Componente cognoscitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

-Componente afectivo: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, estos pueden ser positivos o negativos.

-Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

✓ **Formación de actitudes:**

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y teoría de la disonancia cognitiva.

-Teoría del aprendizaje: Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos

aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

-Teoría de la consistencia cognitiva: Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

-Teoría de la disonancia cognitiva: Consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.⁵

B. TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA (EAT-26)

El EAT-26 es una escala para medir actitudes alimentarias, que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en los adolescentes para la prevención y tratamiento oportuno. Los autores fueron David McNiven Garner y P.E Garfinkel.

✓ **IMPORTANCIA DEL TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA (EAT-26)**

El EAT-26 es importante porque nos va a permitir identificar el riesgo de padecer un desorden alimentario en el adolescente.

El EAT-26 ha sido particularmente útil, una herramienta de evaluación para evaluar el "riesgo trastorno de la alimentación" en la escuela secundaria, universidad y otras muestras de riesgo, como los atletas. La detección de trastornos de la alimentación se basa en el supuesto de que la identificación temprana puede conducir a un tratamiento anterior, lo que reduce graves complicaciones físicas y psicológicas o incluso la muerte.²⁹

✓ **FACTORES DEL TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA(EAT-26)**

El EAT-26 (Escala para medir actitudes alimentarias), posee 26 preguntas distribuidas en 3 factores que miden:

-FACTOR RELACIONADO CON LA DIETA: Evitación de alimentos que engordan. Compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25.

-FACTOR RELACIONADO CON EL CONTROL ORAL: Control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso. Contiene los ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26.

-FACTOR RELACIONADO CON LA PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA: Pensamientos relacionados con los alimentos y conductas.

Compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. ²⁴

✓ **PUNTUACIÓN DEL TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA(EAT-26)**

El EAT-26 (Escala para medir actitudes alimentarias), para identificar a los adolescentes con riesgo a padecer trastorno alimentario (Anorexia y Bulimia), se han propuesto el siguiente punto de corte en 20 puntos.

Para todos los **ítems del # 1 al # 25**, cada una de las respuestas recibe el siguiente valor:

SIEMPRE	3
GENERALMENTE	2
A MENUDO	1
A VECES	0
RARAMENTE	0
NUNCA	0

En cuanto el **ítem # 26**, las respuestas reciben los siguientes valores:

SIEMPRE	0
GENERALMENTE	0
A MENUDO	0
A VECES	1
RARAMENTE	2
NUNCA	3

Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario.²²

✓ **TEORÍA DE ACTITUD SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA**

Según David McNiven Garner y P.E Garfinkel.. (1979):

“Test de Actitud Alimentaria (EAT-26)”.

Sostiene que:

- Lo divide en Tres Factores; Relacionado con la Dieta, con el control oral y con la preocupación por la comida.
- Test elaborado para población adolescente y adultos.

- El test, identifica el riesgo de actitud a poder desencadenar un trastorno alimentario, pero no diagnostica la enfermedad en sí. ²⁴

2.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

A continuación se presenta la definición conceptual de términos a fin de facilitar la comprensión en el estudio.

- **Anorexia:** Es un trastorno mental y del comportamiento, caracterizado por el rechazo voluntario de los alimentos, miedo intenso a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada.
- **Bulimia:** Se caracteriza por la conducta de comer grandes cantidades de alimentos en un breve periodo de tiempo. Por ello suele ir acompañado de conductas compensatorias con intensos sentimientos de culpa y desprecio por uno mismo.
- **Conocimiento:** Es toda aquella información que refiere tener el adolescente sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia.

- **Actitud:** Predisposición del adolescente para responder de una manera predeterminada positiva o negativamente ante ciertos estímulos comúnmente llamado "Objeto de la actitud".

- **Factores de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

- **Adolescente:** Son las personas cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 14 a 18 años de edad, pertenecientes al 5to grado del nivel secundario de las institución educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao.

- **Autoestima:** Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1. Variables de la investigación:

Variable 1:

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la anorexia y la bulimia

Variable 2:

Actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia

3.2 Definición de las variables:

- **Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la anorexia y la bulimia**

Es el conjunto de información que poseen los adolescentes sobre anorexia y bulimia, adquiridos como producto de su experiencia individual de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos.

- **Actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia**

Es la predisposición del individuo para responder de una manera predeterminada positiva o negativamente ante ciertos estímulos.

3.3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLES
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA</p>	<p>Conjunto de información que posee el hombre, adquiridos como producto de su experiencia individual de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD ❖ SIGNOS Y SINTOMAS ❖ FACTORES PSICO-FÍSICO: ❖ FACTORES SOCIO-CULTURALES: ❖ FACTORES FAMILIARES: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexia ✓ Bulimia ✓ Genero a que afecta más la Anorexia y Bulimia <ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino ✓ Signos y síntomas de la anorexia ✓ Signos y síntomas de la bulimia ✓ Autoestima ✓ Insatisfacción corporal ✓ Abuso sexual ✓ Estereotipos publicitarios ✓ Clases Sociales ✓ Relaciones Interpersonales ✓ Conflictos familiares 	<p>Alto : 16-20</p> <p>Medio : 11-15</p> <p>Bajo: 0-10</p>

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLES
<p>ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA</p>	<p>Predisposición del individuo para responder de una manera predeterminada positiva o negativamente ante ciertos estímulos.</p>	<p>FACTOR RELACIONADO CON LA DIETA</p>	<p>- Evitación de alimentos que engorden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso. ✓ Me preocupa el contenido calórico de los alimentos. ✓ Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas). ✓ Me siento extremadamente culpable después haber comido. ✓ Me preocupo por estar más delgada. ✓ Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio. ✓ Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo. ✓ Evito los alimentos que contienen azúcar. ✓ Como alimentos dietéticos (Light). ✓ Me siento culpable después de comer dulce. ✓ Engancho con conductas de dieta. ✓ Me gusta sentir el estómago vacío. ✓ Disfruto probando nuevas comidas apetitosas. 	<p>Presenta</p> <p>riesgo: PR</p> <p>Mayor igual a 20</p> <p>No presenta</p> <p>riesgo :NPR</p> <p>Menor a 20</p>

		<p style="text-align: center;">FACTOR RELACIONADO CON EL CONTROL ORAL</p>	<p>- Control en el comer presión percibida por parte de los demás:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evito comer cuando tengo hambre. ✓ Corto mis alimentos en trozos pequeños. ✓ Siento que los demás quieren que yo coma más. ✓ Los demás piensan que estoy muy delgada. ✓ Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comida. ✓ Mantengo un control de mi ingesta. ✓ Siento que los demás me presionan para comer.
		<p style="text-align: center;">FACTOR RELACIONADO CON LA PREOCCUPACIÓN POR LOS ALIMENTOS</p>	<p>- Pensamientos relacionados con los alimentos y conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Me preocupo por los alimentos ✓ He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer. ✓ Vomito después de haber comido. ✓ Siento que la comida controla mi vida. ✓ Pienso demasiado en la comida ✓ Tengo el impulso de vomitar luego de come

3.4. Hipótesis

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013

H₁: Existe relación significativa inversa entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013

Es decir:

A < conocimiento > actitudes de riesgo.

A > conocimiento < actitudes de riesgo.

IV.- METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo Descriptivo-Correlacional y de corte transversal.

Es descriptivo, porque se presentan los resultados de manera objetiva

Es correlacional, porque determina el grado de relación existente entre las variables.

Corte transversal porque se estudió las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de investigación fue de diseño no experimental

Diseño Metodológico: Se expresa gráficamente de la siguiente manera.

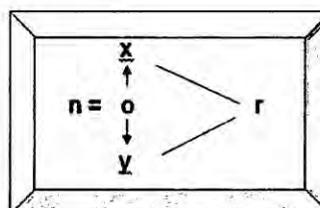
Donde: **x**: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de Anorexia y Bulimia

y : Actitudes sobre factores de riesgo de Anorexia y Bulimia

n : Muestra

r : Relación

o : Observaciones



4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

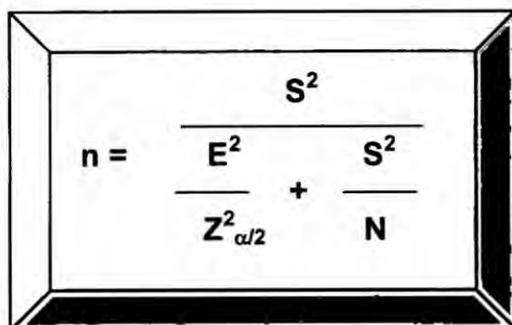
Estuvo constituida por 117 adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado".

4.3.2. MUESTRA

Conformada por 78 adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", para lo cual se aplicó el muestreo probabilístico de tipo Aleatorio Simple y Estratificado.

MUESTREO ALEATORIO SIMPLE

Fórmula:


$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z_{\alpha/2}^2} + \frac{S^2}{N}}$$

$$n = \frac{0.4^2}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.4^2}{117}}$$

$$n = 78.27$$

$$n = 78$$

Donde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Z_{α/2} = Margen de confiabilidad (1,96)

E = Error establecido (0,05)

S = Desviación estándar (0,4)

MUESTREO ESTRATIFICADO

Son 6 secciones en 5to de secundaria cada una de ellos está conformado entre 12 y 25 alumnos.

$$F = \frac{n}{N}$$

Donde:

F = Es la constante que se utiliza para hallar la muestra Estratificada.

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

78

$$F = \frac{78}{117} = 0.666 = 0.67$$

Año	Secciones	N de estudiantes totales
5to	A	22
	B	12
	C	25
	D	20
	E	18
	F	20

Año	Secciones	Probabilidad	Tamaño de la muestra
5to	A	0.67	15
	B	0.67	8
	C	0.67	17
	D	0.67	13
	E	0.67	12
	F	0.67	13

Tamaño total estratificado conformado por 6 secciones del 5to de secundaria de las cuales la cantidad total es de 78 adolescentes.

Criterio de inclusión:

- Los adolescentes del 5to de secundaria entre las edades de 14 a 18 años.
- Adolescentes de ambos sexos.

Criterio de exclusión

- Los adolescentes del 5to de secundarias menores de 14 años y mayores de 18 años de edad.
- Alumnos que no desee participar

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**4.4.1 Técnica**

Como técnica se utilizó una encuesta, porque nos permitió obtener la información de los sujetos de estudio proporcionadas por ellas mismas.

4.4.2 Instrumento

La información se obtuvo aplicando a cada adolescente, para medir el nivel de conocimiento, un cuestionario estructurado y elaborado según los objetivos de la investigación. Por otro lado, se utilizó un test que mide actitud de conducta alimentaria de David McNiven Garner y P.E Garfinkel.

- En cuanto a la variable Nivel de Conocimiento: El cuestionario consta de 10 preguntas cerradas, de opciones múltiples; cada pregunta se midió en función del siguiente puntaje: Respuesta correcta: valor 2 puntos.

Respuesta incorrecta: valor 0 puntos. Determinando el nivel conocimiento alto, medio y bajo.

- En cuanto a la variable Actitud, se utilizó un test de actitud alimentaria EAT-26 desarrollado por el médico psiquiatra David Garner; consta de 26 ítems, que tiene como alternativa Siempre, Generalmente, A menudo, A veces, Raramente y Nunca; para lo cual el puntaje de corte es 20 puntos. El puntaje igual o más de 20 puntos se considera que presenta riesgo a padecer un desorden alimentario y menor a 20 no presenta riesgo a padecer desorden alimentario.

Para probar la validez de los instrumentos, estos fueron sometidos a prueba de validez de contenido y constructo mediante juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 5 enfermeras y 1 psicóloga ,especialistas en el tema; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para la mejora de los instrumentos .Los resultados obtenidos fueron sujetos a prueba de concordancia a través de la prueba binomial, con lo que se consideró a los instrumentos estadísticamente significativos (Anexos 6 y 7).

Para la confiabilidad de ambos instrumentos se realizó una prueba piloto seleccionando a 17 adolescentes de una institución educativa, con características semejantes a nuestra muestra. Con la finalidad de determinar la confiabilidad estadística del instrumento, los resultados fueron sometidos a la prueba de coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 1$ para la variable nivel de conocimiento y un valor de $\alpha = 0.82$ para la variable actitud.

Superando los valores mínimos ($\alpha > 0.5$) para considerarlo confiable, por lo que los instrumentos son estadísticamente confiables. (Anexos 8 y 9).

4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para llevar a cabo la recolección de datos, se envió un oficio a la Directora de la institución educativa "Ramón Castilla Marquesado"-Callao, con el fin de obtener el acceso a dicha institución, y para las facilidades del caso. (Anexo 4)

La información se obtuvo aplicando los instrumentos a cada estudiante adolescente de manera anónima, los cuales fueron un cuestionario (Anexo 2) y un test de actitud alimentaria (Anexo 3). La aplicación fue la segunda semana de Noviembre en la Institución educativa "Ramón Castilla marquesado", en el día y hora indicada por la directora del plantel educativo y con la previa entrega del consentimiento informado.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Para el procesamiento y tabulación de datos se elaboró un libro de codificación en el programa Excel, asignándose un valor a cada enunciado.

La variable nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia se trabajó utilizando la sumatoria de los puntajes totales, del valor obtenido se halló su promedio aritmético, a su vez se trabajó con su valor mínimo (0) y valor máximo (20), para aplicar la escala de Stanino y hallar los límites de los intervalos agrupados en tres categorías: nivel de conocimiento alto, medio y bajo. La categorización del conocimiento se

determinó de la siguiente manera: Los valores comprendidos entre 0 a 10 fueron considerados como nivel de conocimiento bajo, de 11 a 15 nivel de conocimiento medio y de 16 a 20 nivel de conocimiento alto.

La variable actitud sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia, se trabajó utilizando un test de actitud alimentaria EAT-26, del ítem 1 al 25 se utilizó los puntajes Siempre=3, Generalmente=2, A menudo=1, A veces, Raramente y Nunca= 0 y para el ítem 26, Siempre=0, Generalmente=0, A menudo=0, A veces= 1, Raramente=2 y Nunca= 3. Para lo cual el puntaje de corte fue de 20 puntos. La categorización de la actitud se determinó de la siguiente manera: El puntaje igual o más de 20 puntos se considera que presenta riesgo a padecer un desorden alimentario (anorexia y bulimia) y menor a 20 puntos no presenta riesgo a padecer desorden alimentario.

En ambas variables se utilizó el paquete estadístico de Excel y para la estadística descriptiva se usó el paquete SPSS, versión 22, en la cual se utilizó tablas de frecuencia y tablas de contingencia (tablas binomiales) para datos agrupados. Para el análisis de su relación entre las dos variables de estudio se aplicó la prueba de Chi-cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson.

V. RESULTADOS

DATOS GENERALES

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO - 2013

EDADES	Nº	%
15	3	3.84
16	40	51.29
17	22	28.21
18	13	16.66
TOTAL	78	100

SEXO	Nº	%
Femenino	42	53.85
Masculino	36	46.15
TOTAL	78	100

Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

En cuanto a los datos generales tenemos que de 78 adolescentes, 53.85% son de sexo femenino y el 46.15 % son de sexo masculino, en relación a la edad, 51.29% tienen 16 años, 28.21% tienen 17 años, 16.66% tienen 18 años y el 3.84 tienen 15 años.

Por lo expuesto podemos expresar que la mayoría de los adolescentes son de sexo femenino, de 16 años, lo cual lo hacen un grupo vulnerable a adoptar actitudes riesgos que puedan atentar contra su integridad física mental y social.

CUADRO N° 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO -2013

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia	N°	%
Alto	24	30.77
Medio	26	33.33
Bajo	28	35.90
Total	78	100

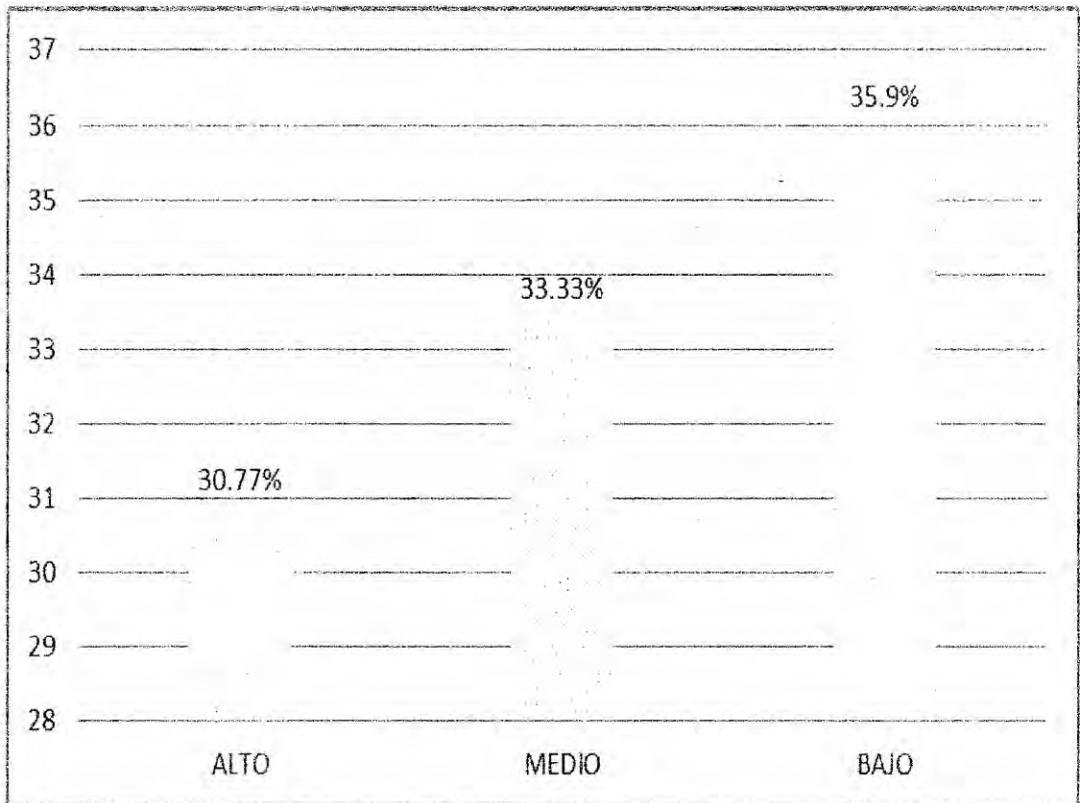
Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao -2013

El 35.90% tienen un nivel de conocimiento bajo, el 33.33% presentan un nivel de conocimiento medio y 30.77 % tienen un nivel de conocimiento alto.

Los conocimientos que presentan los adolescentes sobre los factores psicofísicos, socioculturales y familiares; en su mayoría son superficiales y carentes de sustentos, originados por la interacción con la sociedad, por experiencias previas y por la transmisión de generaciones. Por los cuales, no pueden generalizar la información presentada en diferentes contextos de la realidad.

GRAFICO N° 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO -2013



Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

CUADRO N° 5.2

ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO -2013

ACTITUDES	N°	%
Presenta riesgo	44	56.41
No presenta riesgo	34	43.59
Total	78	100

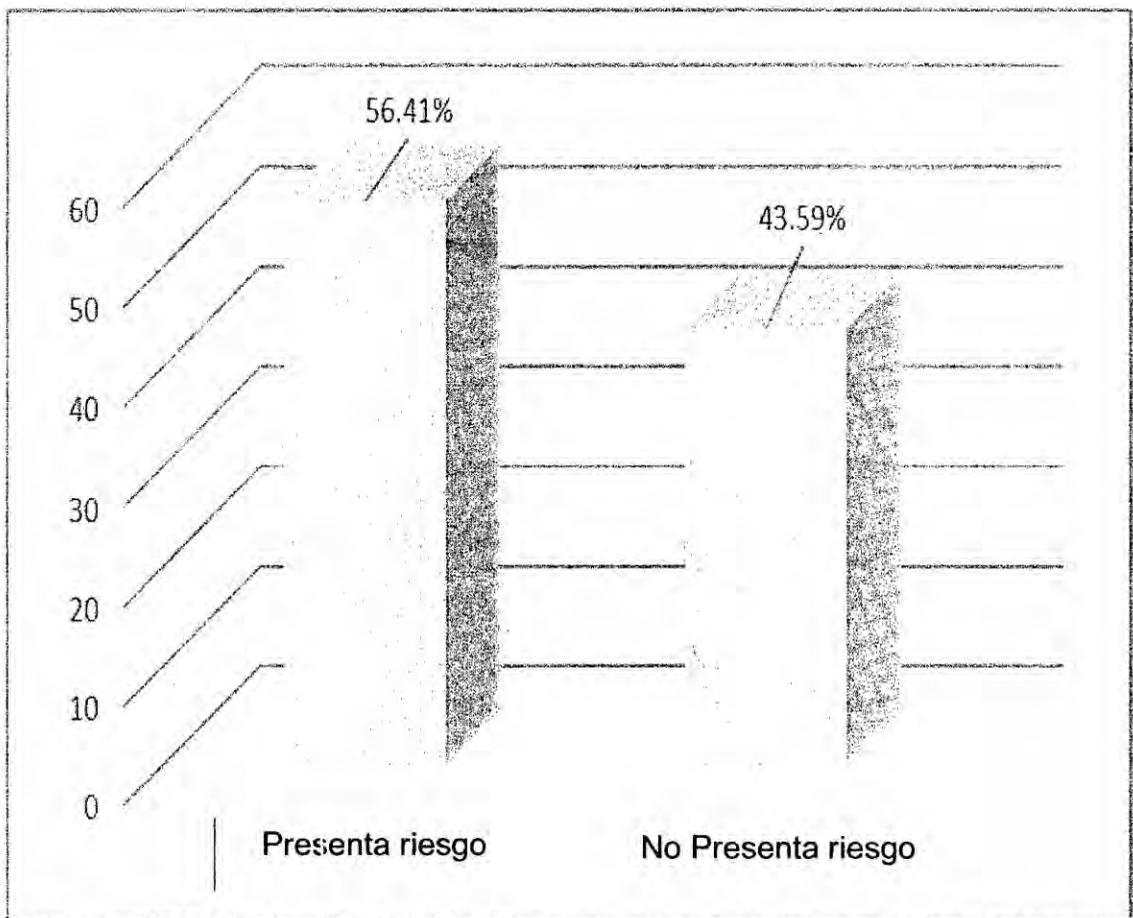
Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

El 56.41 % de los encuestados presentan riesgo de actitudes y el 43.59% de los encuestados no presentan riesgo de actitudes.

Los adolescentes al presentar riesgo de actitud van a estar propensos a desencadenar estos trastornos alimentarios, por ello se debe tomar medidas preventivas en el primer nivel de atención con una detección precoz y oportuna, garantizando así el desarrollo adecuado en esta etapa de vida.

GRAFICO N° 5.2

ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO -2013



Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

CUADRO N° 5.3

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA
EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO",
CALLAO -2013**

ACTITUDES		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
No presenta riesgo	N°	16	13	5	34
	%	20.51	16.67	6.41	43.59
Presenta riesgo	N°	8	13	23	44
	%	10.26	16.67	29.49	56.41
TOTAL	N°	24	26	28	78
	%	30.77	33.33	35.90	100

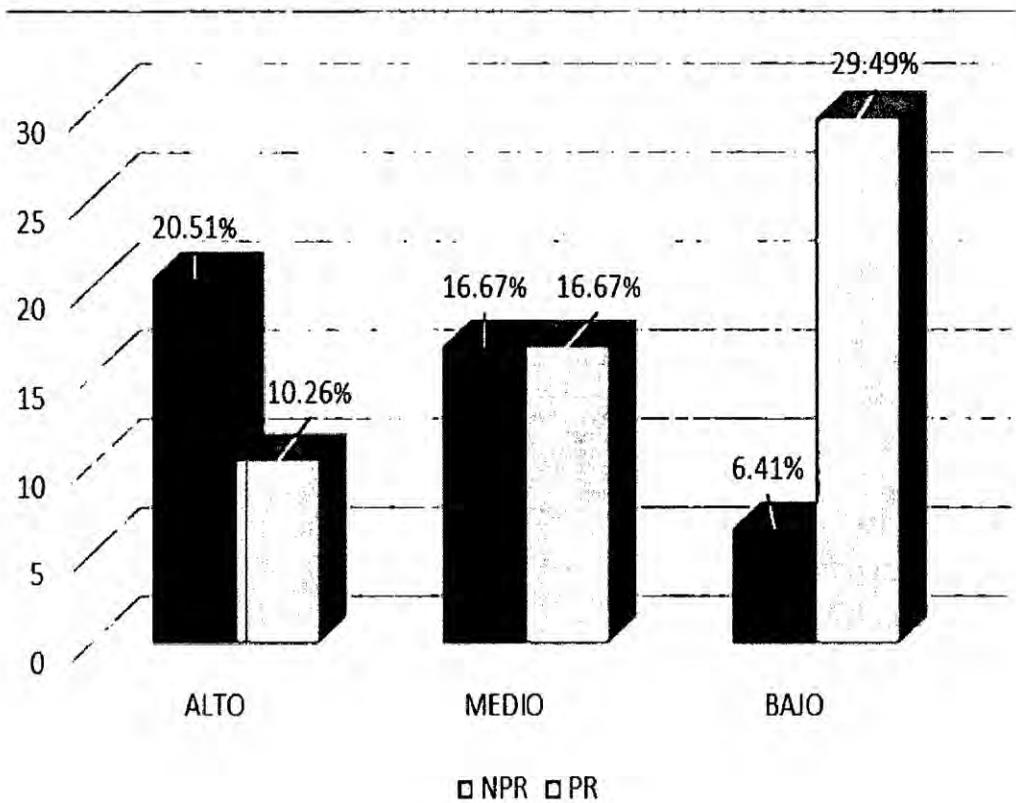
Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

El 56.41 % de los encuestados presentan riesgo de actitudes, de los cuales el 29.49 % manifiestan un nivel bajo de conocimientos sobre los factores de riesgo. Mientras que el 43.59% de los encuestados no presentan riesgo de actitudes, de los cuales el 20.51% manifiestan un nivel alto de conocimientos sobre los factores de riesgo.

El conocimiento es parte importante para el desarrollo de las actitudes de una persona. El adolescente con un conocimiento bajo tendrá conductas de riesgo que no solo interferirán en su vida futura sino también en su autocuidado, por lo contrario el adolescente con el suficiente conocimiento del tema no tendrán una actitud de riesgo hacia un trastorno alimentario garantizando así el desarrollo adecuado y pleno de su etapa de vida.

GRAFICO N° 5.3

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA
EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO",
CALLAO -2013**



Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

CUADRO N° 5.4

PRUEBA DE HIPOTESIS - RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013

Correlación de CHI²:

Resultados	El nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia
ch ² estadístico	13,755
ch ² critico	5.991
Grado de libertad (gl)	2
Significancia	0,05 (95%)
p	0,044
N	78

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral) $p < 0,05$; $0,044 < 0,05$

Al establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia mediante la prueba estadística de correlación de ch² se encontró que existe relación significativa inversa $p = 0,044 < 0,05$.

Por lo tanto con un nivel de confianza de 95% se puede afirmar que existe relación inversa entre el nivel de conocimiento y actitudes, por lo que se acepta la hipótesis de investigación, es decir que a menor conocimiento, los adolescentes asumirían mayores actitudes sobre factores de riesgo.

VI. DISCUSIÓN

6.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS

En cuanto a nuestros resultados relacionados con nuestra hipótesis, con un índice de correlación de 13,755; a un 0,05% (95%) y un grado de libertad de 2 y $p \text{ valor} = 0,044 < 0,05$, por lo cual validamos la hipótesis alterna el cual sugiere que el nivel de conocimiento se relaciona significativamente inversa con las actitudes sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia que manifiestan los adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013, validándola, en tal sentido se contrasta con la relación existente entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia que manifiestan los adolescentes, expresada a través del cálculo de nuestras dos variables tomadas a los 78 estudiantes.

6.2 CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES.

El presente estudio de investigación se realizó en la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”. Con el fin de determinar el conocimiento y las actitudes sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria. El tipo de estudio fue descriptivo-correlacional y de corte transversal; con una muestra de 78 estudiantes de una población de 117 estudiantes, en edades de 14 a 18 años, se les

aplico un cuestionario de conocimiento de 10 preguntas y una escala de actitudes de 26 ítems, se aplicó el instrumento de forma anónima a los estudiantes seleccionados habiéndoles explicado el porqué del estudio y ellos estuvieron acuerdo en participar en la investigación.

De acuerdo a la distribución de los estudiantes encontrando en el sexo femenino 42 (53.85%) y sexo masculino 36 (46.15%), las edades están entre los 14 y 18 años y predominando la edad de 16 años (51.29%), siendo este un colegio mixto donde predomina el sexo femenino, ya que en todas las secciones se muestra que hay más mujeres que hombres, al revisar el trabajo de Rivera Chamorro Diana Carolina, quien en su estudio realizado en Lima, muestra una población donde predomina el sexo femenino y la edad de 16 años; con características semejantes a nuestro estudio de investigación, que fue de utilidad para establecer similitudes en ambos grupos.

Respecto al nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia, 28 (35.90%) adolescentes presentan conocimiento bajo, es de preocupación ya que el conocimiento siempre ha sido una parte importante y necesaria para el desarrollo de los hábitos y actitudes de una persona, el cual lo podemos obtener de distintas maneras ya sea mediante una experiencia propia o referida, una educación formal o informal, este hecho se asemeja con el trabajo de Rivera Chamorro, Diana Carolina, realizados en los estudiantes de comas, quien utilizo un cuestionario tanto de conocimiento y conductas de riesgo, donde concluyo que el porcentaje con respecto a su conocimiento fue bajo (62%), esta es

una situación muy grave porque al no tener los conocimientos adecuados no podrán reconocer los factores de riesgo que pueden llevar a una persona a adquirir este trastorno de conducta alimentaria.

Revisando la literatura es importante saber que la adolescencia es el proceso de transición de la infancia a la edad adulta en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan su variabilidad y su duración que influyen en cuanto a su conocimiento. Según Bertrand Russell, conocimiento es el conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, además implica todas las relaciones cognoscitivas atención, sensación, memoria, imaginación, creencia, duda, etc.; que establecen cierta correspondencia entre el sujeto un objeto, siendo el sujeto de carácter mental y el objeto de naturaleza indeterminada. Los conocimientos que presentan los adolescentes son en su mayoría son superficiales y carentes de sustentos, originados por la interacción con la sociedad, por experiencias previas y por la transmisión de generaciones. Por los cuales, no pueden generalizar la información presentada en diferentes contextos de la realidad.

Respecto a las actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia, se muestra que el 56.41 % de los encuestados presentan riesgo de actitudes; siendo este resultado una alarma, ya que estos adolescentes pueden desencadenar estas enfermedades. Este hecho se asemeja con el trabajo Piñeros Ortiz Sandra, realizado en estudiantes de

Colombia, quien utilizó el mismo Test de actitud (EAT-26), donde sus resultados detectaron 141 casos probables de trastorno de conducta alimentaria, la mayoría en mujeres, quien menciona que los trastornos de conducta alimentaria ocurren desde edades tempranas, existiendo una alta tasa de comorbilidad con trastornos afectivos. Esto lo corrobora, Rolando Pomalima, director del área de niños y adolescentes, del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (Minsa), quien menciona que entre los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de estos trastornos se encuentran los cambios corporales de la adolescente; críticas sobre su peso y figura corporal; rupturas con el enamorado; alejamiento de la familia; experiencias traumáticas, la baja tolerancia a la frustración; inseguridad; baja autoestima; tendencias obsesivo-compulsivas y sentimientos de inferioridad; influyendo también los factores familiares y socioculturales, como los medios de comunicación que fomentan la delgadez como ideal y requisito para el éxito social. Por lo cual recomienda desarrollar un estilo educativo asertivo, que favorezca el desarrollo y la autonomía de la adolescente.

Con respecto a la relación existente entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia, se muestra que el 56.41 % de los encuestados presentan riesgo de actitudes, de los cuales el 29.49 % manifiestan un nivel bajo de conocimientos sobre los factores de riesgos, es decir más de la mitad de los que presentan riesgo presentan conocimiento bajo estos datos son

muy parecidos según encontramos en el estudio Rivera Chamorro, Diana Carolina en el que relacionó los conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N°04 comas y en el cual tuvo como resultado que el 22.4% de los encuestados presentan riesgo de actitudes, de los cuales el 13.2% presenta conocimiento bajo.

A diferencia de este estudio en el nuestro se registró mayor porcentaje de riesgo a presentar un trastorno alimentario lo cual es preocupante ya que estos adolescentes se encuentran en peligro de que en un futuro si no cambian estas actitudes adquieran este trastorno.

Revisando la literatura, el conocimiento es parte importante para el desarrollo de las actitudes de una persona. El adolescente con un conocimiento bajo tendrá conductas de riesgo que no solo interferirán en su vida futura sino también en su autocuidado, por lo contrario el adolescente con el suficiente conocimiento del tema no tendrán una actitud de riesgo hacia un trastorno alimentario garantizando así el desarrollo adecuado y pleno de su etapa de vida.

VIII. CONCLUSIONES

1.- Se determina que existe relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes de la institución educativa Ramón Castilla Marquesado

2.- Se determinó que el 35.90% presenta un nivel de conocimiento bajo sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”.

3.- Se determinó en cuanto a las actitudes sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia, que el 56.41 % de adolescentes presenta riesgo en la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”.

4.- Finalmente podemos decir que se comprobó la hipótesis mediante la prueba estadística de correlación de Chi cuadrado, existiendo una relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes de la Institución Educativa Ramón Castilla Marquesado, con un nivel de significancia del 95% ($p=0.044$).

VIII. RECOMENDACIONES

1.- Los docentes de la Institución Educativa en la hora de tutoría deben preocuparse por brindar información de la conducta alimentaria, mediante talleres, reforzando el conocimiento y propiciando actitudes favorables de los alumnos sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia.

2.- La institución educativa debe establecer coordinaciones con los centros de salud, para que elaboren y desarrollen programas prevención de la enfermedad promoción de la salud, priorizando temas relacionado a los trastornos de la alimentación, alimentación balanceada y estilos de vida saludable dirigidos a propiciar actitudes favorables en los adolescentes.

3.- La institución educativa debe trabajar de la mano con la escuela de padres de familia en la labor educativa, para que realicen un adecuado acompañamiento y formación afectiva de sus hijos, en las distintas edades y contextos en que se desarrollan.

4.- Realizar investigaciones cualitativas para determinar la mejor forma de diseñar políticas, programas e intervenciones focalizadas y generales para incorporar en el diseño de la intervención a los elementos socioculturales y psicosociales, como afectos, representaciones, significados, valores, temores, expectativas, identidades, relaciones de género, que mediatizan las actitudes de los adolescentes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVARADO PARRA, Karla. "Factores socioculturales incidentes en el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes chilenas". Memoria para optar al Título Profesional de Socióloga. Santiago, Enero 2013.
2. AVELLANEDA NOVELLA, Sandra. "Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la pontificia Universidad javeriana. Bogotá 2009".
3. AZURIN SALINAS, Lissett y otros. Dimensiones de personalidad y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en jóvenes, 2009.
4. CABALLERO HUARCAYA, Lisbeth Karina. Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzáles de Fanning, 2007. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería Lima – Perú.
5. CISNEROS G, Fanny. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad del Cuaca. Programa de enfermería. Fundamentos de enfermería. Popayán, Febrero de 2005.
6. COMEN, Bruce I "Psiquiatría: Teoría y Práctica".España.1era Edición. Editorial McGraw-Hill-Interamericana d España, S.A. 2006 pág. 388-393.

7. DOMINGUEZ ARDILA, Ángeles María. "Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria". Tesis de grado. Universidad De La Sabana, Facultad de Medicina, 2012.
8. FERNANDEZ ARANDA, Fernando. Trastornos de la alimentación. Barcelona. Editorial Masson, 2004. pág. 151, 153, 155.
9. FERRO MORALES, Rosa Angela y Maguiña Cacha, Vanesa Jhoco. Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición. Lima – Perú, 2012.
10. GAFARO REYES, Alejandra. Anorexia y Bulimia. Colombia. Editorial Normal S.A. 2001. pág. 2, 81-86
11. GUADARRAMA GUADARRAMA, Rosalinda y Sheila Adriana Mendoza Mojica. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Universidad Autónoma de Estado de México junio- 2011.
12. PIÑEROS ORTÍZ, Sandra y otros. "Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca Colombia-2010"
13. PORLÁN, R., García, J.E. y Cañal, P. (Comps.) Constructivismo y enseñanza de las ciencias. Sevilla: Díada. 1988.

14. REBRACA SHIVES, Louise. Enfermería Psiquiátrica y de salud mental. Madrid. 6ta edición. Editorial McGraw-Hill interamericana de España, S.A. 2007. pág. 383.
15. Red de Salud de la Región del Callao-Boletín 20
16. RIVERA CHAMORRO, Diana Carolina. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas. TESIS para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú, 2009.
17. ROTONDO, Humberto. Compendio de Psiquiatría. 1era Edición. Editorial UNMSM Lima 2008, pág. 61
18. SILVA, Jaime. "Prevalencia de Trastorno Alimentario". Medicina vol: 67:6-10. Enero 2010.
19. TIMAMONES MADUEÑO, Francisco y Otros. "Anorexia y Bulimia Una experiencia única". Editorial Díaz de Santos, S.A. España, 2003 pág. 130,131,133
20. UNIKEL SANTONCINI, Claudia y otros. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. Septiembre-October, 2010.

ENLACES WEB

21. Diario Perú 21. Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia.

<http://peru21.pe/noticia/1311552/anorexia-afecta-800-mil-escolares>

22. Documentos Técnicos de Salud Pública. Trastornos del comportamiento alimentario. Edición: 07/2003 I.S.B.N.

www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf

23. Informe 21.com. Anorexia y bulimia: Enfermedades definidas por trastornos emocionales

<http://informe21.com/bulimia/anorexia-bulimia-enfermedades-definidas-trastornos-emocionales>

24. MONTEDÓNICO ARANCIBIA, Alejandra. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Memoria para optar al Título de Psicólogo Santiago, Noviembre de 2007.

www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/corada I/sources/corada I.pdf

25. NOUAIHED, Karina y otros. Charlas informativas de los riesgos generados por la obsesión de alcanzar la belleza física en los alumnos del ii año de ciencias del colegio "San Nicola", ubicada en la urbanización el parral de valencia, edo. Carabobo, Venezuela durante los meses de mayo a junio del año 2009.

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Anorexia-y-Bulimia/754180.html>

26. Revista Globedia.

<http://pe.globedia.com/casos-anorexia-bulimia-crecieron-ano>

27. Salud RPP Noticias. Carga genética y presión social causan bulimia y anorexia.

http://www.rpp.com.pe/2013-08-06-carga-genetica-y-presion-social-causan-bulimia-y-anorexia-noticia_619967.html

28. Teorías sobre las causas de la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (etiología).

<http://aupec.univalle.edu.co/piab/anorexia/teorias.html>

29. Test de la Conducta Alimenticia (EAT-26).

www.oocities.org/catedrabd/eat26.htm

30. TORO, Victoria. Qué es la adolescencia, conoce los cambios físicos, psicológicos y sexuales que está viviendo tu hijo.

<http://adolescentes.about.com/od/Salud/a/Qu-E-Es-La-Adolescencia.htm>

31. Trastornos de Alimentación en adolescentes de lima metropolitana: factores psicosociales

<http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario de Conocimiento.....	93
ANEXO 2: Test de Actitud Alimentaria.....	97
ANEXO 3: Autorización.....	98
ANEXO 4: Consentimiento informado	99
ANEXO 5: Matriz de consistencia.....	100
ANEXO 6: Juicio de expertos Instrumento Cuestionario de Conocimiento.....	101
ANEXO 7: Juicio de Expertos Instrumento Test de Actitud Alimentaria.....	102
ANEXO 8: Prueba de Confiabilidad Cuestionario de Conocimiento.....	103
ANEXO 9: Prueba de Confiabilidad Test de Actitud Alimentaria.....	104
ANEXO 10: Procedimiento para hallar la relación entre las variables - Prueba Chi cuadrado.....	105
ANEXO 11: Tabla de Chi Cuadrado.....	107
ANEXO 12: Prueba de Correlación de Pearson.....	108
ANEXO 13: Gráficos estadísticos.....	110

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO –2013

Objetivo: Recoger información acerca de los conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de anorexia y bulimia en las adolescentes del 5 año de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”.

Instrucciones: Marca con un aspa dentro de los paréntesis (x), la respuesta que UD. Considera correctamente. Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial. Agradeceremos su colaboración y participación.

SECCION I: DATOS GENERALES

1.- Año de estudio:

2. Sección:

3. Género: (F) (M)

4.- Señale Ud. La edad que tiene.

a) 14 años ()

b) 15 años ()

c) 16 años ()

d) 17 años ()

e) 18 años ()

SECCION II: Conocimiento sobre factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la anorexia y bulimia.

1. Marque usted respecto al concepto de Anorexia:

- a. Es la pérdida de apetito debido a un desorden mental, cuando se niega mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad.
- b. Es el aumento de apetito de una persona.
- c. Es cuando la persona mantiene su peso.
- d. Es la pérdida de apetito debido a un desorden genético.

2. Marque usted respecto al concepto de bulimia:

- a. Es un trastorno alimentario y no psicológico.
- b. Es una enfermedad en la cual la persona come en exceso y siente una pérdida de control, utiliza luego diversos métodos como vomitar o consumir laxantes para evitar el aumento de peso.
- c. Son aquellas personas que no intenta eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.
- d. Es un desorden no alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico.

3. A que genero afecta más la anorexia y Bulimia:

- a. La anorexia y bulimia afecta más a los hombres que a mujeres.
- b. La anorexia y bulimia afecta a hombres y mujeres por igual.
- c. La anorexia y bulimia afecta más a las mujeres que a los hombres.

- d. La anorexia y bulimia no afecta a ninguno.
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la Anorexia?
- a. Fatiga, diarrea, caída del cabello y estreñimiento.
 - b. Pérdida de peso, piel seca y amarillenta, ejercicios compulsivos y debilidad.
 - c. Dolor de cabeza, vómitos, estreñimiento y piel seca.
 - d. Baja autoestima, vómitos, poco ejercicio y debilidad.
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la Bulimia?
- a. Compulsión por comer, vómitos, deshidratación, aumento y descensos de peso bruscos.
 - b. Compulsión por comer, caries dental y pérdida de peso.
 - c. Vómitos, aumento y descensos de peso bruscos.
 - d. Deshidratación, sudoración, fiebre, dolor de estómago.
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo físicos de la Anorexia y bulimia?
- a. El tener una discapacidad es un factor para desarrollar la Anorexia y Bulimia.
 - b. La insatisfacción con la figura es un indicador de anorexia o bulimia.
 - c. El abuso sexual es determinante de la anorexia o bulimia.
 - d. La estatura y color de la piel son determinantes para desencadenar anorexia y bulimia.
7. ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos de la Anorexia y bulimia?
- a. La dificultad para demostrar ira, enojo, produce anorexia o bulimia.

- b. La discriminación no es un indicador para desencadenar Anorexia y Bulimia.
 - c. Las personas introvertidas (calladas, sumisas, tímidas) tienden a desarrollar anorexia y bulimia.
 - d. Las personas con baja autoestima desarrollan anorexia y bulimia.
8. ¿Cuáles son los factores de riesgo socioculturales de la Anorexia y bulimia?
- a. El ser muy delgado es más atractivo y aceptado por la sociedad.
 - b. Los modelos publicitarios no influyen en la decisión de las personas.
 - c. La moda y televisión desencadenan la anorexia y bulimia.
 - d. a y c.
9. ¿En qué clases sociales se desarrollan la anorexia y bulimia?
- a. Las clases sociales altas.
 - b. Las clases sociales medias
 - c. Las clases sociales bajas
 - d. Todas
10. ¿Cuáles son los factores familiares de la Anorexia y bulimia?
- a. La anorexia se da para evitar la separación de los padres.
 - b. La crítica excesiva de los padres sobre la figura de los hijos desencadena anorexia o bulimia.
 - c. La relación negativa madre e hijos son desencadenantes de la anorexia y bulimia.
 - d. b y c

ANEXO 2

SECCION III: Test de Actitud Alimentaria.

EAT-26

Nº	Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	Siempre	Generalmente	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
1	Pienso que siempre me miran porque estoy gorda						
2	Evito comer cuando tengo hambre						
3	Me preocupo por los alimentos						
4	He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7	Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8	Siento que los demás quieren que yo coma más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11	Me preocupo por estar más delgada						
12	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13	Los demás piensan que estoy muy delgada						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15	Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16	Evito los alimentos que contienen azúcar						
17	Como alimentos dietéticos (Light)						
18	Siento que la comida controla mi vida						
19	Mantengo un control de mi ingesta						
20	Siento que los demás me presionan para comer						
21	Pienso demasiado en la comida						
22	Me siento culpable después de comer dulce						
23	Sigo conductas de dieta						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26	Tengo el impulso de vomitar luego de come						

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA
SEGURIDAD ALIMENTARIA

Callao, 6 de Noviembre de 2013

Oficio N° 001 DEPE-EPE

Señora

Directora Rosa Amelia Lévano Sarmiento:

Presente

De mi consideración

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Callao, la presente tiene la finalidad de presentar ante vuestra institución a las alumnas: Alejandro Bustamante Judith, Atencio Rios Judith, Carrera Calderón Edith; quienes realizarán su estudio de investigación titulado **"Nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao-2013"**, a partir del 11 de noviembre al 22 de noviembre del 2013.

Señora directora, agradeceré a usted, brindarle las facilidades para el desarrollo de su estudio de investigación cuya evaluación estará a cargo de la Lic. Celso Escobar, Jefe de enfermería del C.S Ramón Castilla.

Sin otro particular, es ocasión propicia para expresarle las muestras de mi especial consideración personal y mi sincero agradecimiento.

Atentamente

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Rosa Amelia Lévano sarmiento

Se le solicita su autorización para que pueda participar en forma voluntaria y anónima en el estudio que tiene como objetivo recoger información sobre los **“Nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”**, se aplicara dos cuestionarios el primero mide el conocimiento sobre los factores de riesgo de anorexia y bulimia y el otro para medir las actitudes sobre la conducta alimentaria que constan de 10 y 26 preguntas respectivamente, las cuales son de tipo cerrado.

Ya que su participación es voluntaria, puede interrumpir el llenado de la encuesta cuando desee, sin presentar ningún riesgo e incomodidad. Se deja también en claro que usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico, pero su ayuda contribuirá a recoger información sobre los Conocimientos y Actitudes sobre los factores de Anorexia y Bulimia.

Se garantiza la plena confiabilidad de los datos obtenidos y que solo serán usados por la investigadora para cumplir los objetivos de la presente investigación.

Yo **Rosa Amelia Lévano sarmiento**, manifiesto que he sido informado/a sobre los objetivos y de la aplicación de un cuestionario con preguntas, donde se encontrara con 10 ítems para el conocimiento y 26 ítems para la actitud tipos de respuestas dicotómicas y múltiples el cual se aplicara en **los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado” Callao**, por lo tanto doy el consentimiento de participar voluntariamente del estudio.

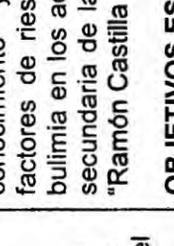
Firma del Director

Firma de la investigadora

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5^{to} de secundaria de la institución educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013”

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5 año de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao-2013?</p>	<p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.</p> <p>Identificar las actitudes sobre los factores de riesgo de anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.</p> <p>Relacionar el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao - 2013.</p>	<p>H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.</p> <p>H₁: Existe relación significativa inversa entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao.</p>	<p>El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo–correlacional y corte transversal, porque nos permitirá describir y mostrar los fenómenos o hechos.</p> <p>DISEÑO: Es no experimental.</p> <p>Se expresa gráficamente de la siguiente manera.</p> <p>Dónde:</p> <p>X : Trastorno de la Conducta Alimentaria</p> <p>Y : Desarrollo Social</p> <p>n : Muestra</p> <p>r : Relación</p> <p>o : Observaciones</p> 	<p>Población: Está constituida por 117 adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado.</p> <p>Muestra: Está constituida por 78 adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, para lo cual se aplica el muestreo probabilístico de tipo Aleatorio Simple y Estratificado.</p> $n = \frac{E^2}{Z^2 \cdot p} + \frac{S^2}{N}$ <p>MUESTREO ESTRATIFICADO</p> <p>Son 6 secciones del 5to de secundaria</p> $F = \frac{n}{N}$ <p>Donde:</p> <p>F = Es la constante que se utiliza para hallar la muestra Estratificada</p> <p>n = Tamaño de la muestra</p> <p>N = Tamaño de la población</p> $F = \frac{144}{350} = 0.4114 = 0.41$

ANEXO 6

TABLA DE CONCORDANCIA

JUICIO DE EXPERTOS

**INSTRUMENTO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMINIA**

ITEM	JUECES						TOTAL (p)
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	0,015625
6	1	1	1	1	1	1	0,015625
7	1	1	1	1	1	1	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	0,015625

Si $p < 0,05$ concordancia significativa

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05; por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

ANEXO 7

TABLA DE CONCORDANCIA

JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO: ACTITUD SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMINIA

ITEM	JUECES						TOTAL (p)
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	0,015625
6	1	1	1	1	1	1	0,015625
7	1	1	1	1	1	1	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	0,015625

Si $p < 0,05$ concordancia significativa

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05; por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO 8

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

ALPHA DE CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento de nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia, se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de ALPHA DE CRONBACH, aplicándose la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde

- S_i^2 : Es la varianza de la suma de los ítems.
- $\sum S_i^2$: Sumatoria de la varianza de los ítems.
- k : Es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = \left(\frac{10}{10-1} \right) \left(1 - \frac{2.183}{20.05} \right)$$

$$\alpha = \left(\frac{10}{9} \right) \left(1 - 0.10 \right)$$

$$\alpha = (1.11) (0.9)$$

$$\alpha = 0.99$$

$$\alpha = 1$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser: $\alpha > 0.5$, por lo tanto el instrumento a utilizar es confiable al tener como $\alpha = 1$

ANEXO 9

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

ALPHA DE CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento del test de actitud alimentaria (EAT-26), sobre los factores de riesgo de la anorexia y bulimia, se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de ALPHA DE CRONBACH, aplicándose la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde

- S_i^2 : Es la varianza de la suma de los ítems.
- $\sum S_i^2$: Sumatoria de la varianza de los ítems.
- k : Es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = \left(\frac{26}{26-1} \right) \left(1 - \frac{10,426}{50,49} \right)$$

$$\alpha = \left(\frac{26}{25} \right) \left(1 - \frac{10,426}{50,49} \right)$$

$$\alpha = (1.04) (1-0,2064)$$

$$\alpha = (1.04) (0.79)$$

$$\alpha = 0.8216$$

$$\alpha = 0.82$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser: $\alpha > 0.5$, por lo tanto el instrumento a utilizar es confiable al tener como $\alpha = 0.82$

ANEXO 10

PROCEDIMIENTO PARA HALLAR LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA

- Planteamiento de la hipótesis:

H₀: No existe relación significativa entre el conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes de 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”.

H₁: Existe relación significativa inversa entre el conocimiento y actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes de 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”.

- **Estadística de prueba:** Cuando sea $\alpha = 0.05$, es posible mostrar que la estadística de prueba adecuada es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando H_0 es verdadera χ^2 sigue una distribución aproximadamente χ^2 con $(r-1)(c-1) = (2-1)(3-1) = 2$ **grados de libertad**
- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor calculado de χ^2 es mayor o igual que el valor dado por la tabla de chi cuadrado el cual es 5.991 para un grado de libertad igual a 2.

ACTITUDES	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	ALTO	MEDIO	BAJO	
NPR	16	13	5	34
PR	8	13	23	44
TOTAL	24	26	28	78

- **Cálculo de la estadística de prueba:** El Chi cuadrado calculado es 13.17.

O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² / E
16	10.4615385	5.53846154	30.6745562	2.9321267
13	11.33333333	1.666666667	2.777777778	0.24509804
5	12.2051282	-7.20512821	51.9138725	4.25344753
8	13.5384615	-5.53846154	30.6745562	2.26573427
13	14.66666667	-1.666666667	2.777777778	0.18939394
23	15.7948718	7.20512821	51.9138725	3.28675491
Total				13.1725554

- **Decisión estadística:** Dado que el valor calculado de la estadística de prueba excede el valor crítico de chi cuadrado, se rechaza la hipótesis nula H_0 porque $13.17255 > 5.991$
- **Conclusión:** Se concluye que el nivel de conocimiento se relaciona con las actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia en los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado".
- **Valor de p:** Puesto que 13.17255 es mayor que 5.991 entonces $p < 0.05$

ANEXO 11

DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO X2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v= Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,0115	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1780	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

ANEXO 12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA

Correlación de Pearson

		NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUDES
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Correlación de Pearson	1	-.304(**)
	Sig. (bilateral)		.007
	N	78	78
ACTITUDES	Correlación de Pearson	-.304(**)	1
	Sig. (bilateral)	.007	
	N	78	78

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

r: -0.304 (Coeficiente de correlación de Pearson)

p: 0.007 (valor p)

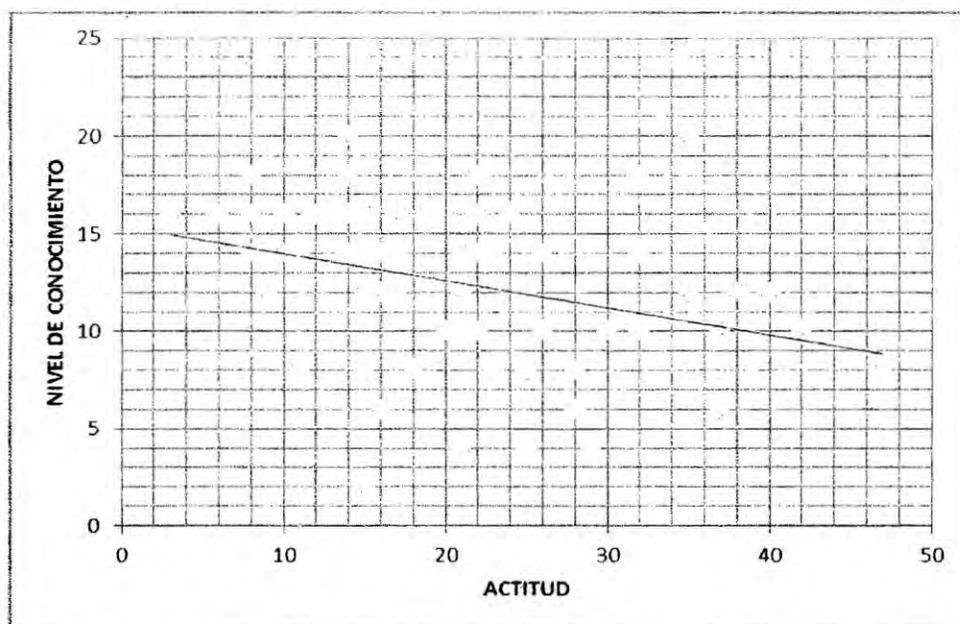
N: 78 (Número de datos de muestra analizada)

μ: 0.01 (Nivel de Significancia).

Interpretación:

- El valor de la correlación (-0.304) indica correlación inversa negativa (a mayor conocimiento menores actitudes).
- Como $p < \mu$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.
- Lo cual indica que existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre factores de riesgo de la anorexia y bulimia.

**GRAFICA DE DISPERSION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
ACTITUDES SOBRE: FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y
BULIMIA**



*Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa
"Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013*

Se puede observar una gráfica de dispersión para las dos variables, la cual indica que existe correlación negativa entre ambas variables.

La interpretación estadística se basa en el coeficiente de correlación de Pearson y evidencia una correlación negativa ($r = -0.304$), la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.007$). Por ende significa que a puntajes altos del nivel de conocimiento le corresponden puntajes bajo de actitud.

ANEXO 13

CUADRO A

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA SEGÚN EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO -2013

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15	1	1.28	0	0	2	2.56	3	3.84
16	15	19.23	14	17.95	11	14.10	40	51.29
17	7	8.97	8	10.25	7	8.97	22	28.21
18	1	1.28	4	5.13	8	10.26	13	16.66
TOTAL	24	30.77	26	33.33	28	35.9	78	100

Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

Del total de encuestados prevalece la edad de 16 años de los cuales el 19.23% presenta conocimiento alto, el 17.95% conocimiento medio y el 14.10% conocimiento bajo

CUADRO B

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO -2013

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F	14	17.95	13	16.615	15	19.23	42	53.85
M	10	12.82	13	16.615	13	16.67	36	46.15
TOTAL	24	30.77	26	33.23	28	35.9	78	100

Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

El 53.85% son de sexo femenino de las cuales el 19.23% presenta conocimiento bajo, 17.95% conocimiento alto y el 16.615% conocimiento medio.

CUADRO C

ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "RAMÓN CASTILLA MARQUESADO", CALLAO

SEXO	ACTITUD				TOTAL	
	No presenta riesgo		Presenta Riesgo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F	19	24.36	23	29.49	42	53.85
M	15	16.23	21	26.92	36	46.15
TOTAL	34	43.59	44	56.41	78	100

Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

El 53.85% son de sexo femenino de las cuales el 29.49% presenta riesgo de actitud y el 24.36 no presenta riesgo de actitud. El 46.15% son de sexo masculino, de los cuales el 26.92% presenta riesgo de actitud y el 16.23% no presenta riesgo de actitud.

CUADRO D

ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA SEGÚN EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013

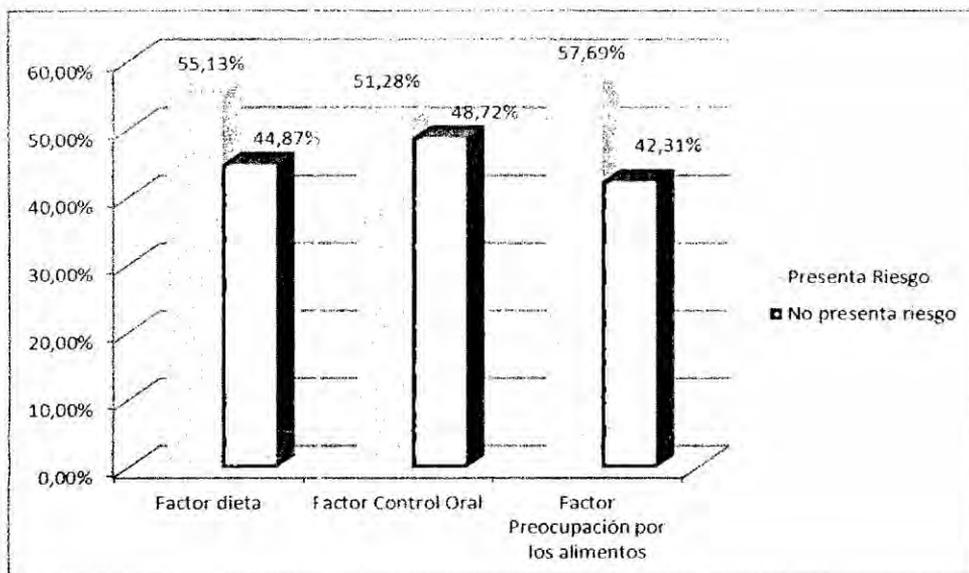
EDAD	ACTITUD				TOTAL	
	No presenta riesgo		Presenta Riesgo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15	1	1.28	2	2.56	3	3.84
16	22	28.21	18	23.08	40	51.29
17	9	11.54	13	16.67	22	28.21
18	2	2.56	11	14.10	13	16.66
TOTAL	34	43.59	44	56.41	78	100

Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado”, Callao -2013

Los adolescentes de 16 años es la más predominante en nuestro estudio el 51.29% son de esta edad. De un 56.41% del total de adolescentes que tienen riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria, el 23.08% son adolescentes de 16 años y un 16.67% de 17 años.

GRÁFICA A

FACTORES DE RIESGO SOBRE DE LA ANOREXIA Y BULIMIA SEGÚN EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “RAMÓN CASTILLA MARQUESADO”, CALLAO – 2013



Fuente: instrumento aplicado a los adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa "Ramón Castilla Marquesado", Callao -2013

En cuanto al Factor dieta, se encontró que el 55.13% presenta actitudes de riesgo y el 44.87% no presenta riesgo. Mientras que en el Factor Control Oral, se encontró que el 51.28% presenta actitudes de riesgo y el 48.72% no presenta riesgo y en el Factor preocupación por los alimentos, se encontró que el 57.69% presenta actitudes de riesgo y el 42.31% no presenta riesgo.

Estos factores van a propiciar actitudes riesgosas en los adolescentes, ya que busquen tener un cuerpo esbelto, evitando alimentos con demasiadas calorías, procuraran no ingerir alguna comida principal durante el día, aduciendo que las demás personas están empeñadas en que suba de peso.