

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL 5TO
GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA
EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA, PUNO – 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIA ZULEMA ARUQUIPA ARUQUIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ.

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA
AUXILIADORA, PUNO – 2017**

TESIS PRESENTADA POR:

MARIA ZULEMA ARUQUIPA ARUQUIPA

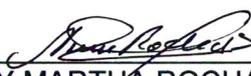
Fecha de sustentación: 29 – diciembre - 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:



DR. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA.

PRIMER MIEMBRO:



MC. TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL.

SEGUNDO MIEMBRO:



LIC. YANETH ROSARIO ZEGARRA PALOMINO.

DIRECTOR / ASESOR:

DR. CN. HAYDEE CELIA PINEDA CHAÍÑA.

PUNO – PERU

2017

Línea : Salud del recién nacido, del niño, escolar y adolescente

Área : Del adolescente

Tema : Trastornos de la conducta alimentaria

DEDICATORIA

A Dios, con amor por darme la fortaleza para superar las adversidades, quien guía mis pasos y me ilumina a cada momento mi vida.

Con infinito amor a mis queridos padres Alejandrino y Sofía, por su sacrificio, apoyo moral y espiritual que han hecho posible la culminación de ésta meta.

A mi querido hermano Alexis (+), por ser el ángel de mi guarda que cuida mi camino y a mi hermana Grudes por su apoyo.

A mi mejor amigo por el gran apoyo incondicional, por los buenos consejos y por impulsarme a ser cada día una mejor persona.

Zulema

AGRADECIMIENTO

- A Dios por acompañarme en mi camino y mostrarme el correcto sendero.
- A la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente acogiéndome durante ese tiempo.
- A los docentes formadores en la Facultad de Enfermería, por guiarme en la carrera profesional e impartirme conocimientos imprescindibles para desempeñarme como profesional de enfermería al servicio de mis semejantes.
- A los miembros del jurado calificador: Dr. Nelly Martha Rocha Zapana, MC. Tania Roxana Aguilar Portugal, Lic. Yaneth Rosario Zegarra Palomino, por su orientación, sugerencias, aportes, disponibilidad y paciencia que permitieron la culminación del presente trabajo de investigación.
- De manera especial a mi directora de tesis Dr. Cn. Haydee Celia Pineda Chaiña por su orientación, paciencia, apoyo durante el desarrollo y culminación del presente estudio de investigación.
- Al personal directivo, docentes y administrativo de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora de la ciudad de Puno, por brindarme la confianza y facilidades durante la ejecución de la presente investigación.
- A todas aquellas personas que de alguna u otra manera estuvieron apoyándome con sus valiosas sugerencias en el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE DE CUADROS	6
ACRÓNIMOS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. El problema de la Investigación.....	10
1.2. Antecedentes de la Investigación.....	12
1.3. Formulación del Problema	17
1.4. Importancia y Utilidad del Estudio	17
1.5. Objetivos de la Investigación.....	18
1.6. Caracterización del Área de Investigación.....	18
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA	19
2.1 Marco Teórico.....	19
2.2. Definición de Términos	38
CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	39
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	39
3.2. Población y Muestra de Estudio.....	40
3.3. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	41
3.4. Procedimientos de Recolección de Datos	42
3.5. Procesamiento y Análisis de Datos	43
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
4.1. Resultados.....	44
4.2. Discusión.....	48
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017.	44
CUADRO N°2: Nivel de conocimiento sobre anorexia en los adolescentes en terminos de: definición, causas, signos y síntomas y consecuencias.....	45
CUADRO N°3: Nivel de conocimiento sobre bulimia en los adolescentes en terminos de: definición, causas, signos y síntomas y consecuencias.	46
CUADRO N°4: Nivel de conocimiento sobre señales de alarma de la anorexia y bulimia y grupo de personas más propensas a sufrir anorexia y bulimia.	47

ACRÓNIMOS

TCA	: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
AN	: Anorexia Nerviosa.
BN	: Bulimia Nerviosa.
EAT	: Eating Attitudes Test (Actitudes ante la Alimentación).
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
LOPNA	: Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente.
ESO	: Educación Secundaria Obligatoria.
UNICEF	: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas.
DSM-IV-TR	: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
GABA	: Gamma- amino- butírico.
ITA	: Instituto de Trastornos Alimenticios.
OBE	: Oficina de Bienestar Escolar.
ATI	: Atención de Tutoría Integral
CDJ	: Centro de Desarrollo Juvenil

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno-2017. Se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno-2017. El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal con diseño simple; la población fue de 213 la muestra estuvo conformada 137 estudiantes del 5to año de secundaria. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y se utilizó como instrumento un cuestionario que consta de 10 ítems. Los resultados muestran que el 59.1% de adolescentes presentan un conocimiento deficiente, el 29.9% presentan un conocimiento regular y tan solo el 11.6% presentan un buen conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Se llegó a la conclusión que la mayoría de adolescentes presentan un conocimiento deficiente y regular sobre los trastornos de la conducta alimentaria, lo que puede repercutir negativamente en su calidad de vida conllevándolas a realizar conductas riesgosas que posteriormente pueden desencadenar anorexia y bulimia, a causa del desconocimiento.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, adolescentes, conocimientos.

ABSTRACT

The research study titled level of knowledge about eating disorder in adolescents 5th grade Maria Auxiliadora Secondary Emblematic School, Puno - 2017. It was conducted in order to determine the level of knowledge about eating disorder in adolescents of the 5th grade of Maria Auxiliadora Secondary Emblematic School, Puno - 2017. The study is of descriptive type, cross sectional with simple design; the population was 213 the sample consisted of 137 students of the 5th grade. For data collection, the survey technique was applied and the instrument use was a questionnaire consisting of 10 items. The results show that 59.1% of adolescents have poor knowledge, 29.9% have regular knowledge and only 11.6% have a good knowledge of eating disorders. It was concluded that most adolescents have poor and regulate knowledge of the eating disorder, which can adversely affect their quality of life conducting to make risky behaviors that can later trigger anorexia and bulimia, because of ignorance.

Key word: Eating disorder, anorexia, bulimia, teens, knowledge.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los adolescentes son problemas frecuentes que pueden tener un alto impacto en la salud y calidad de vida, con riesgo de retardo del crecimiento, desnutrición e incluso la muerte y generalmente se acompaña de alteraciones emocionales que comprometen su normal desempeño en diferentes áreas, los trastornos más conocidos que desarrollan los adolescentes son la anorexia y la bulimia⁽¹⁾.

Los adolescentes al ser el segmento de la población con mayor vulnerabilidad se encuentran en un proceso de construcción de identidad, poseen criterios y valores insuficientes que se les permita escapar a la presión de modelos estéticos vigentes, factor que viene acrecentando los trastornos de la conducta alimentaria⁽²⁾.

Se calcula que un 0.5 a 3 por ciento de adolescentes y jóvenes tienen anorexia nerviosa y estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes con preocupación anormal por el peso corporal, la edad promedio en la que estos trastornos se presenta es de 13 años y se desarrolla mucho más en mujeres, con una proporción de 9 a 1 con relación a los varones. En el caso de la bulimia, se estima que de un 0.6 a un 13 % de adolescentes padecen el trastorno⁽³⁾.

Un estudio realizado en España en el año 2005 acerca de los conocimientos sobre consecuencias de los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes, informó que los conocimientos sobre anorexia, bulimia son escasos en ambos sexos, desconociendo algunos aspectos importantes como la osteoporosis y las alteraciones cardiacas como consecuencias⁽⁴⁾.

En el Perú el estudio realizado en Cusco (2015), en la Institución Educativa Secundaria Clorinda Matto de Turner acerca de identificación del conocimiento de los adolescentes sobre anorexia y bulimia nerviosa, concluyo que el 51.3% de adolescentes

tienen un conocimiento deficiente y el 35.2% tienen un conocimiento regular y tan solo el 13.5% de adolescentes tienen un conocimiento bueno ⁽⁵⁾.

En Puno (2012), un estudio realizado sobre “Efectividad de la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimiento sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Claudio Galeno” concluyó que el 83.3% de los estudiantes tenían un conocimiento deficiente y regular solo el 16.7% de los estudiantes ⁽⁶⁾. En Puno, según registros del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, se detectaron 3 casos de anorexia en el año 2006, 2 casos en el año 2007, 1 caso en el año 2008, mientras en el año 2010 se atendieron 6 casos de los cuales el 83.3% fueron adolescentes de sexo femenino entre 15 a 18 años de edad y el 16.7% adolescente de sexo masculino de 17 años. Para el año 2012 de los 5 casos registrados, el 100% corresponden a adolescentes de sexo femenino en edades de 14 a 18 años, en el año 2015 se presentaron 7 casos de anorexia nerviosa, estos datos demuestran que el problema de trastornos de conducta alimentaria está presente en nuestro medio y viene aumentando en forma progresiva ⁽⁷⁾.

Existe antecedente que en la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, en el año 2011 se llevó a cabo una investigación con el fin de investigar conductas riesgosas en los adolescentes estudiantes de secundaria, concluyendo que el 41,8% de ellos presentaron conductas de alto riesgo ⁽⁶⁾. La Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora que alberga adolescentes entre 12 a 18 años de edad ⁽⁸⁾, podría presentar esta problemática, a razón de que el estudio fue en el 2011, considera la necesidad de buscar información actual sobre trastornos de la conducta alimentaria.

El problema se pone en evidencia en el Establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas en el año 2015; según informe verbal de profesional de trabajo social ⁽⁹⁾, se registró un caso de anorexia siendo un adolescente del sexo femenino procedente de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora. Así mismo a la información de la Asistente social de la oficina de Atención de Tutoría Integral de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora ⁽¹⁰⁾, refiere casos de adolescentes con alteraciones de la conducta alimentaria, a la evaluación del profesional de psicología, algunos de los adolescentes se sienten insatisfechas por la apariencia de su cuerpo lo que podría predisponer a conductas inadecuadas de alimentación.

Asimismo se ha identificado durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el centro de salud José Antonio Encinas, como también en el Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ) en el cual se ha visto estudiantes adolescentes que desconocían los temas sobre anorexia y bulimia como también con actitudes o prácticas de anorexia y bulimia. Estos adolescentes manifestaban que se sentían insatisfechas con la apariencia de su cuerpo y por ello de alguna manera realizaban acciones para bajar de peso.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional.

Medina M, Borges L. México (2010). Realizaron la investigación titulado: Identificación de conocimiento de los signos y síntomas y consecuencias de anorexia y bulimia nerviosa aplicado a estudiantes del Instituto Educativo Olinca-México, 2010. Tiene como objetivo: identificar el grado de conocimiento de signos y síntomas y consecuencias en los estudiantes con respecto a la bulimia nerviosa. El estudio es de tipo descriptivo está conformado por 455 estudiantes entre 15 a 17 años en el cual se utiliza como instrumento un cuestionario. Los resultados en anorexia se identifica: el 31.3% presentan un conocimiento regular y el 39.2% desconocen los síntomas de anorexia. En bulimia se identifica: el 39% presentan un conocimiento regular y el 41.1% desconocen los signos y síntomas. Con respecto a las consecuencias, en anorexia se identifica: el 45.8% desconocen las consecuencias de la anorexia nerviosa y un 38% presentaron un conocimiento regular, en el caso de la bulimia el 42.6% presentaron un conocimiento deficiente y el 31.2% presentaron un conocimiento regular sobre las consecuencias de bulimia. Conclusión que los estudiantes tienen un conocimiento regular y deficiente con respecto a los signos y síntomas y un conocimiento deficiente con respecto a las consecuencias de anorexia y bulimia⁽¹¹⁾.

Villanueva R, Laura E. Colombia (2011). Realizaron un estudio titulado: Conocimientos de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de la región Metropolitana-Colombia, tuvo como objetivo cuantificar e identificar el tipo de conocimientos de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes mujeres de la región metropolitana y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad. El método que utilizó fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 810 adolescentes entre 15 y 19 años de edad. A toda la muestra se aplicó la encuesta para medir el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados son: El

conocimiento de trastorno de conducta alimentaria en la población estudiada es de 52% conocimiento deficiente por parte de los adolescentes y el 36% de adolescentes presentan un conocimiento regular. Conclusión los adolescentes se hallan con un conocimiento deficiente y regular sobre el tema de trastornos de la conducta alimentaria, el estudio sirvió de dato resultante para aquellas instituciones perteneciente a la región que se dé la capacitación adecuada sobre dichos trastornos y disminuir el desconocimiento”⁽¹²⁾.

Núñez D⁽¹³⁾. Chile (2011). Realizó un estudio titulado: Conocimiento en los adolescentes sobre causas de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa del colegio Santa Cecilia de la Florida- Santiago. Tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre las causas de anorexia y bulimia nerviosa. El estudio realizado es de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra a utilizar es de 250 adolescentes de dicho colegio el estudio es aleatorio simple no probabilístico. Se aplicó una encuesta y los resultados son en el caso de la anorexia: 44.6% de adolescentes desconocen totalmente las causas de anorexia y solo 21.5% conocen la causa, en el caso de bulimia: 45.8% de adolescentes desconocen la causa y solo el 19.5% conoce la causa. Se llega a la conclusión que los adolescentes presentaron un conocimiento deficiente con referente a las causas de anorexia y bulimia pero también, se observa por los resultados que existe un buen porcentaje de adolescentes que se encontrarían en un conocimiento medio que no se ha de desestimar. Por lo tanto de dicho estudio se hace la recomendación a la Institución a reforzar y educar sobre el tema anorexia y bulimia ya que al desconocer conllevaría a actitudes de riesgo en los adolescentes como también a que el entorno desconozca dichos casos que pueden llevar a aumentar los casos de anorexia y bulimia en adolescentes.

González D, Rodríguez S⁽¹⁴⁾. Venezuela (2011). Realizaron un estudio titulado “Valoración del conocimiento y prevalencia sobre trastornos del comportamiento alimentario, anorexia y bulimia en estudiantes del Colegio la Consolación, Caracas”. El objetivo fue de evaluar el conocimiento de los estudiantes sobre anorexia y bulimia e identificar el grupo de prevalencia. El estudio es de campo correlacional de corte transversal, la muestra está conformada por 891 estudiantes, el instrumento es un cuestionario y Eating Attitudes Test-26 (EAT-26). Los resultados muestran un 50.5% con conocimiento deficiente y 33.3% conocimiento regular y el 16.2% conocimiento excelente. En causas: 46% de estudiantes desconocen la causa, el 39.7% conocimiento regular. En signos y síntomas: 39.2% conocimiento deficiente y el 45.6% conocimiento regular. En complicaciones: 50% conocimiento deficiente y el 39% conocimiento regular.

El grupo de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes de 14 a 16 de la Institución es del 1,9%. En mujeres: 3.49% prevalencia total, 0.35% anorexia nerviosa, 0.44% bulimia nerviosa y en varones: 0.27% prevalencia total, 0.0% anorexia nerviosa, 0.09% bulimia. Conclusión los estudiantes se encuentran con un conocimiento deficiente y regular sobre trastornos de la conducta alimentaria y la prevalencia se encuentra más en mujeres, estas cifras se encuentran en el límite inferior del intervalo construido a partir de los estudios realizados en otros lugares.

Pórtela D, Ribeiro G⁽¹⁵⁾. España (2012). Realizaron un estudio titulado: “Incidencia, conocimiento e identificación de las principales causas de los Trastornos Alimentarios en adolescentes de Colegio Buen Pastor Sevilla-España, 2012” El trabajo tiene como objetivo abordar temas actuales y relevantes acerca de la incidencia, el conocimiento de las causas de anorexia y bulimia nerviosa en los adolescentes e identificar las principales causas de trastornos alimentarios. La muestra estuvo constituida por 900 adolescentes, para la evaluación del conocimiento de causas de trastornos alimentarios se aplicó un cuestionario. Los resultados muestran que el 33% de los adolescentes desconocen la causa y el 49.6% de adolescentes presentaron un conocimiento intermedio y solo el 17.4% obtuvieron un conocimiento óptimo de dicho trastorno alimentario. En conclusión la mayor incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa se presenta a final de la adolescencia.

A nivel nacional.

Aliaga L, Lima (2010). Realizó el estudio titulado: “Síntomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia”. Tiene como objetivo identificar los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria. Resultados: De los 39 participantes, 24 (62%) fueron mujeres y 15 (38%) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9% tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de sub escalas tuvieron valores similares en ambos sexos. Conclusiones: Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la sub escala de obsesión por la delgadez⁽¹⁶⁾.

Arenas L, Guardamino N, Vivas C ⁽¹⁷⁾. Huancayo (2014). Realizaron el estudio titulado: "Nivel de conocimiento y práctica de conductas riesgosas de anorexia nerviosa y bulimia en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013". El objetivo general fue: determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013. La muestra estuvo conformada por 370 estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario, a quienes se les aplicó un cuestionario debidamente validado. Se obtiene el resultado que el 60% de estudiantes adolescentes desconocen sobre la anorexia y bulimia. En conclusión: existe una relación significativa inversa entre el nivel de conocimientos y práctica de conductas riesgosas sobre anorexia nerviosa de las estudiantes de la I. E. "Nuestra Señora del Rosario" Huancayo.

López R. Cusco (2015). Realizó el estudio titulado: "Identificación del conocimiento de los adolescentes sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en la Institución Educativa Secundaria Clorinda Matto de Turner Cusco". La investigación tiene como objetivo identificar en qué nivel de conocimiento se encuentran los adolescentes sobre anorexia y bulimia nerviosa. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 215 adolescentes, el instrumento que se aplicó es una encuesta. La investigación dio como resultado: 51.3% con conocimiento deficiente y el 35.2% con conocimiento regular y tan solo el 13.5% con conocimiento bueno. En la investigación también resalto que en la medición del conocimiento sobre la conceptualización el 53.8% de adolescentes conocen la conceptualización de anorexia y el 46.2% no tienen clara conceptualización de anorexia y el 51.6% de adolescentes conocen la conceptualización de bulimia nerviosa, el 48.4% desconocen la conceptualización de bulimia, dato que en los demás tipos de medición los adolescentes se encuentran con un conocimiento deficiente y regular teniendo un poco porcentaje de un conocimiento bueno en lo que es signos de alarma y complicaciones tanto de anorexia como de bulimia⁽⁵⁾.

Beltrán T ⁽¹⁸⁾. Tacna (2015). Realizó un estudio titulado "Evaluación del conocimiento de signos de alarma sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y sus consecuencias en adolescentes de la Institución Educativa María Ugarteche de Maclear". Tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de signos de alarma sobre anorexia y bulimia nerviosa y sus consecuencias en adolescentes. El estudio es de tipo descriptivo correlacional la muestra es de 340 estudiantes adolescente. Los resultados son: 44%

desconocen los signos de alarma, 38.6% con conocimiento regular y el 17.4% con conocimiento bueno. Los que más destacan son con autoestima baja con un 43% seguido de insatisfacción corporal con 35% y pérdida de peso con 22%. En los resultados de consecuencias: el 57% desconoce las consecuencias sobre anorexia y el 55.7% desconoce las consecuencias sobre bulimia. En conclusión los adolescentes tienen un alto desconocimiento sobre los signos de alarma de anorexia y bulimia que conlleva a una relación con el desconocimiento de las consecuencias.

A nivel local.

Ccari Y ⁽¹⁹⁾. Puno (2011). Realizó el estudio titulado: “Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora de Puno 2011”. Cuyo objetivo fue determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en las dimensiones: alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar. La investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal con diseño simple, la muestra estuvo conformada por 117 adolescentes de sexo femenino, de 14 a 16 años de edad, para la recolección de datos se aplicó como técnica la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario de 35 ítems. Los resultados muestran que el 41.8% de adolescentes presentan conductas de alto riesgo y 47.9% de mediano riesgo a la anorexia. Respecto a la dimensión alimentaria el 28.2% tienen conducta de alto riesgo y 53.9% conductas de mediano riesgo; en la dimensión psicoemocional tenemos que el 34.2% presentan conductas de alto riesgo y 47.9% mediano riesgo; en la dimensión psicocultural el 23.9% y 24.8% presentan conductas de alto y mediano riesgo respectivamente a la dimensión familiar 33.3% con conductas de alto riesgo y 36.8% mediano riesgo. Por lo que se concluye que la mayoría de las adolescentes tienen conductas de mediano y alto riesgo.

Ccuno T, Mestas F ⁽⁶⁾. Puno (2012). Realizó una investigación titulada “Efectividad de la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimiento sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la institución Educativa Claudio Galeno Puno-2012”. La muestra fue 18 estudiantes del 5to año de secundaria. Se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes. El estudio es de tipo pre-experimental con diseño de pre y post con un solo grupo para la selección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario. Los

resultados: en la evaluación inicial predomina el conocimiento deficiente 83.3% y 16.7% regular sobre el conocimiento de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. Y conocimiento regular el 83.3% sobre importancia y alimentación que deben evitarse y deficiente el 72.2% sobre falsos mitos de la alimentación. Respecto a imagen corporal, el 72.2% sobre los beneficios. En relación al auto concepto, el 83.3% tiene conocimiento regular. En autoestima, el 77.8% tiene conocimiento regular en definición. Después de la intervención educativa de enfermería debidamente sistematizada, el 100% obtiene un nivel de conocimiento bueno en definición de bulimia, definición de alimentación y ejercicio, el 94.4% en definición de anorexia, en actividades preventivas frente a la anorexia y bulimia.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno 2017?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de suma importancia debido a que proporciona información del nivel de conocimientos sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora. Por otro lado el trabajo de investigación contribuirá al conocimiento científico por la información actualizada, permitiendo ser una fuente de referencia para futuras investigaciones.

La investigación permitirá al docente de enfermería del área de salud mental y salud del escolar y adolescente, como también a los estudiantes de enfermería profundizar, sobre los temas de trastornos alimentarios y de esa manera enseñar fortalecer y ampliar los conocimientos cuando se difunda la información.

Así mismo tendrá un aporte para la Institución Educativa Secundaria ya que conociendo el problema permitirá abordarlo de manera más objetiva a través de intervenciones educativas tendientes a fortalecer las habilidades cognoscitivas del adolescente y promover mejoras en las conductas riesgosas de anorexia y bulimia nerviosa a través de la promoción de la salud, ya que el desconocimiento de estos trastornos alimenticios son un serio problema de salud pública.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno- 2017.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimiento sobre anorexia en los adolescentes en términos de: definición, causas, signos y síntomas, y consecuencias.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre bulimia en los adolescentes en términos de: definición, causas, signos y síntomas, y consecuencias.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre señales de alarma de la anorexia y bulimia y el grupo de personas más propenso a sufrir anorexia y bulimia.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. Ubicación del estudio:

El presente estudio de investigación se realizó en la Institución Educativa Secundaria Emblemática “María Auxiliadora, ubicada en el Jr. Manco Capac N° 146 – Puno, es una Institución Educativa mixta, de nivel secundario con 1071 alumnos desde 1ro hasta 5to grado, de los cuales existe un mayor porcentajes del sexo femenino que del sexo masculino, su infraestructura es de material noble, cuenta con amplios ambientes; aulas de innovación de cómputo y talleres; servicios higiénicos y amplios espacios de recreación como también de espacios para deporte, también cuenta con el pabellón administrativo, en la que se encuentra las oficinas de dirección, subdirección, oficina de bienestar escolar entre otros.

La Institución está comprometida a contribuir en la formación académica de la población estudiantil puneña; además de ser considerada una de las mejores Instituciones Educativas estatales de nuestra ciudad, conocidos por impartir buenos valores, cabe resaltar que cuenta con los niveles de inicial, primaria y secundaria.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, etimológicamente deriva del término latino “adoleceré” que significa crecer, desarrollarse y está definida como la etapa de desarrollo entre la niñez y la etapa adulta ⁽²⁰⁾.

Según el Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) concede una especial importancia a la tarea de llegar a los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos, la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias ⁽²¹⁾.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el concepto de adolescencia, como el periodo de la vida entre la maduración biológica, psíquica y social y el momento de asumir los roles y responsabilidades de los adultos, es así como se puede afirmar que los adolescentes comienzan a evaluar su capacidad en términos de desempeño esperando en los roles futuros, mientras enfrentan expectativas sociales nuevas relacionadas con la responsabilidad y la elección de formas ocupacionales ⁽²²⁾.

Etapas de desarrollo de la Adolescencia.

La Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente-LOPNA señala que al igual que el desarrollo físico y mental, la sexualidad se forma gradualmente y necesita pasar por una serie de etapas antes de completarse. ⁽²³⁾.

Adolescencia temprana (10-14 años)

Se inicia con la aparición del vello púbico y la menarquía o primera regla en la mujer y los sueños húmedos en el varón, como expresión del comienzo de la maduración sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se caracteriza por comportamientos

de extrema curiosidad por su cuerpo, fantasías sexuales, exploración del cuerpo, coquetería, amores platónicos. Básicamente están muy preocupados por sus cambios corporales y tiene gran incertidumbre por su apariencia física⁽²³⁾.

Adolescencia media (15-17 años)

En esta etapa se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadores de riesgo; esto porque tienen un pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance: esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad de estés periodo de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Están muy preocupados por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y están fascinados con la moda⁽²³⁾.

Adolescencia tardía (18-19 años)

Se caracteriza por la completa maduración física y el alcance de la mayoría de edad en el aspecto legal. Logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más estable, alcance de la identidad sexual y personal. El deseo ya no sólo responde a un estímulo o pulsión sexual, sino que el adolescente, comienza a buscar otros valores en sus relaciones sociales, como la confianza o la reciprocidad⁽²⁴⁾.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

a. Características biológicas.

La adolescencia es el tránsito entre la niñez y la edad adulta ocurre en lapsos variables y su duración depende de las circunstancias específicas del individuo como: la intensidad del crecimiento lineal, función hormonal, cambios en las emociones y sentimientos. Los cambios físicos marcan el comienzo de la adolescencia y los cambios intelectuales que permiten a los adolescentes pensar abstractamente. Además los cambios fisiológicos que incluyen la maduración total del cuerpo y sus funciones tendencia hacia la disminución de la actividad física o hacia la intensificación de la misma⁽²⁵⁾.

b. Características Psicológicas.

Pérez y Marván⁽²⁵⁾ mencionan que la característica psicológica es una crisis por la transición, la duración e intensidad siendo variables de acuerdo con la persona la cultura y su entorno social; también puede haber conflictos intelectuales, morales por descubrimientos y enfrentamiento de incoherencias entre teorías y realidades. Así como

aceptación o rechazo de la imagen corporal y los hábitos que se tiene pueden ocasionar aceptación o rechazo de sus compañeros.

c. Características sociales.

Las características sociales representan la necesidad de pertenencia, de identidad personal y de identidad con el grupo, establecer reglas propias, parámetros de valoración y juicio de sistemas sociales de actitudes y de compartimiento de los demás; establecimiento roles sociales y círculos sociales, propios del sexo así como la definición final de los comportamientos y actitudes varoniles o femeninas ⁽²⁶⁾.

2.1.3. NIVEL DE CONOCIMIENTO

El nivel de conocimiento es el producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia, se define también como el conjunto integrado por información: reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia que ha recibido una persona en forma general o personal ⁽²⁷⁾.

Para decirlo de otra manera, el conocimiento es un proceso activo, consiente, a través del cual se logra una nueva unidad de significado, implica el establecimiento de íntimas, mutuas y validas correspondencias entre el portador del conocimiento y el objeto conocido. El conocimiento surge en un tiempo y espacio específico, siendo este histórico y perspectivo, es falible y no absoluto o final. El conocimiento es actualizado permanentemente ⁽²⁸⁾. Cuando se afronta un tema muy complejo como es el conocimiento, muchas veces es necesario desmesurar sus partes integrantes con el fin de comprenderla, aun sabiendo que funciona como un todo. Entre las formas de conocimiento tenemos:

a) Conocimiento cotidiano, espontáneo o empírico

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

b) Conocimiento Científico

Es un producto de la investigación científica en cuya adquisición intervienen los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto, apoyados en la teoría científica ⁽²⁹⁾.

Según Platón ⁽³⁰⁾ el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Según Carrión ⁽³¹⁾ 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.

2.1.3.1. EVALUACIÓN DEL NIVEL CONOCIMIENTO

Al calificar normalmente debemos diferencial el conocimiento adquirido en el proceso de enseñanza - aprendizaje mediante una serie de valores numéricos ordinales. Los ítems de evaluación para medir los niveles de conocimiento son:

- **Bueno:** Denominado también optimo, porque hay adecuada distribución cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes la expresión es acertada y fundamentada.
- **Regular:** Llamada también “medianamente logrado” hay una integración parcial de ideas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos.
- **Deficiente:** Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados cerca del fundamento lógico ⁽³²⁾.

2.1.3.2. CALIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dentro del proceso de la evaluación algunas veces es necesario adjudicar un valor (una categoría) sobre los aprendizajes, para este propósito generalmente se emplean escalas con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la escala numérica o sistema vigesimal es mucho más objetiva al momento de la calificación ⁽³³⁾. Para la calificación o valoración se aplica la escala numérica (sistema vigesimal) escala que permite valorar rasgos de conocimiento subjetivo a través de escalas que indican el grado de intensidad en que un conocimiento se desarrolla, al que se le asigna los valores de 0 a 20 puntos según como corresponda o al nivel que llega el conocimiento. Este instrumento emite un juicio valorativo como: bueno, regular o deficiente, el mismo que requiere capacidad evaluada para ser interpretada en base a la siguiente tabla valorativa ⁽³⁴⁾.

Bueno = 16 - 20

Regular = 11 – 15

Deficiente = menor de 10

2.1.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

Definición:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) juegan un papel muy importante en una sociedad cambiante y altamente globalizada sobre todo en los adolescentes los cuales pasan por etapas adaptativas no solo en cuerpo y mente sino también conjugadas por el propio entorno produciendo en ellos mayor vulnerabilidad ⁽³⁾.

Los TCA son enfermedades psicosomáticas que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal los principales representantes de este grupo son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) ⁽³⁵⁾.

Para el estudio se toma como referencia a Loubat al tocar el tema cognoscitivo del adolescente como el de la estabilidad emocional y la personalidad, también se toma la referencia de otros autores ya que aporta al acumulo de información.

Loubat O. M ⁽³⁶⁾ indica que los trastornos alimentarios, en general, proviene de una percepción equivocada de su imagen corporal, y en la búsqueda errónea de la perfección de su cuerpo, adaptando así dentro de su estilo de vida comportamientos que según ellos aligeran su carga emocional de culpa pero que afecta gravemente a la salud física de su cuerpo.

García Rodríguez ⁽³⁷⁾ indica que, los trastornos alimenticios es la fobia a la obesidad, con el deseo irracional de estar delgada y una alteración del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente, con la percepción corporal que se le da a conocer al adolescente proveniente del entorno familiar y social.

Mataix J ⁽²⁶⁾ indica que desarrollar alguna alteración alimenticia no todo es dado por circunstancias de la vida ya que muchos trastornos alimenticios son provocados iniciando por el deseo más común en los adolescente ante algo que les haga sentir bien según su perspectiva parte desde una idea de saber y de buscar información en diferentes medios sobre temas que le llegan a interesar de ello uno de los indicios de estar propensos a

desarrollar algún trastorno alimenticio es que los adolescentes ante todo se informan ya que muchos adolescentes mantienen un despistaje de no ser identificado con dicho trastorno y marcan un límite hasta donde son capaces de llegar pero muy pocos de ellos llegan a controlar ya que nace el interés de querer más de lo logrado y desean disminuir más su peso, pasando a un trastorno crónico.

2.1.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a padecerlos particularmente en la adolescencia o la adultez temprana. La presencia de insatisfacción corporal o de conductas alimentarias anómalas es común entre la etapa de la adolescencia ⁽³⁸⁾. Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), son alteraciones graves y en la actualidad son un problema de salud pública y afecta principalmente el género femenino (90 a 95%) durante la adolescencia ⁽³⁹⁾. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años, factores demográficos relacionados con TCA incluyen sexo, edad, ser hijo único, familia mono parenteral, muerte de algún progenitor.

2.1.5. ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Definición:

Anorexia proviene del griego que significa “an” prefijo de carencia o privación y “orexis” apetito ⁽⁴⁰⁾. Es un desorden del consumo de alimentos caracterizado por la restricción en el consumo de alimentos, se identifica por un deseo intenso de perder peso, con miedo a la obesidad y alteración de la imagen corporal que les hace verse obesos pero que en realidad se encuentran delgados, además se establecen conductas como la restricción de alimentos, ejercicios físicos exagerado uso de laxantes y diuréticos denominadas conductas purgantes según sea el tipo anorexia nerviosa ⁽²⁶⁾.

Según Toro ⁽⁴¹⁾ define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

Según Way ⁽⁴²⁾ la define como una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; de modo que, la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, revisado (En inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ⁽⁴³⁾, DSM-IV-TR, la anorexia nerviosa: “consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo”.

2.1.5.1. EPIDEMIOLOGÍA

Desde el punto de vista epidemiológico supone una enfermedad poco frecuente, si bien potencialmente letal (5-10%) con una prevalencia que varía según los estudios, siendo la edad de inicio más frecuente en la adolescencia afectando predominantemente a mujeres. Esta enfermedad aparece con más frecuencia en los últimos años, las conductas anoréxicas, afectando generalmente a mujeres (era 10 veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino) y siendo más habitual en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta. Así el pronóstico en los varones era en general más difícil. A medida que nos acercamos al momento actual esta entidad se ha ido haciendo más frecuente, variando el patrón epidemiológico según el momento ⁽⁴⁴⁾.

2.1.5.2. FISIOPATOLOGÍA

Los cambios fisiopatológicos que se producen en la AN son parecidos a los observados en otros estados de inanición. Desde el punto de vista metabólico a parte de un intento de conservar la energía uno de los mecanismos más importantes es la cetoadaptación. A diferencia de lo que ocurre en otras situaciones de déficit de ingesta, en las que en un primer momento existe un aumento de la gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares, glicerol y lactato en la AN no se produce esta cetoadaptación y las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar sólo los depósitos grasos. Al mismo tiempo el perfil hormonal es característico: existe un descenso de la concentración de insulina IGF-1, catecolaminas y triyodotironina y un incremento del glucagón y de la hormona del crecimiento. Estas alteraciones nos hacen comprender los signos y síntomas que experimentan estos pacientes como son la intolerancia al frío, disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, estreñimiento etc. Cambios de semi inanición similares a los observados en la AN, se observan en los pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) ⁽⁴⁵⁾.

2.1.5.3. TIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

- **Anorexia restrictiva:** Se caracteriza porque el paciente restringe drásticamente su consumo de alimentos en especial los que contienen grasas y/o carbohidratos e incluso puede dejar de comer y realiza un ejercicio extremo durante todo el día y no recurre a purgas o atracones de comida normalmente.
- **Anorexia convulsivo /purgativa:** Se caracteriza porque además de limitar el consumo de alimentos el paciente recurre frecuentemente a atracones, además consume diuréticos y laxantes en grandes cantidades, se induce el vómito e incluso puede llegar a utilizar enemas para evitar que los alimentos ingeridos se asimilen normalmente y salgan rápido de su cuerpo ⁽⁴⁶⁾.

2.1.5.4. FASES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Fase I: Ocurre meses o años antes que comience el proceso de adelgazamiento, se caracteriza por la falta de autoestima y por el incremento de la inseguridad respecto a la apariencia física de uno mismo.

Fase II: La actitud anoréxica aparece plenamente, parece haber un temor irracional hacia el comer, que alcanza proporciones fóbicas. La mayoría de los anoréxicos se sienten más contentos y aliviados cuando comienzan sistemáticamente y exitosamente a reducir su ingestión de comidas y a perder peso.

Fase III: Aquí la gravedad de la enfermedad obliga a los anoréxicos a reconocer que tienen un problema. Durante esta etapa hacen algunos intentos infructuosos por comer más o por interrumpir sus frecuentes y a veces voluntarios vómitos de comida, aunque después de un ligero aumento de peso les entra el pánico y temen que sus delgados cuerpos se vuelvan voluminosos y poco atractivos ⁽⁴⁷⁾.

2.1.5.5. CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Las causas de la AN no se han establecido claramente, pero se sabe que es un trastorno multifactorial en el cual existen varias causas.

Autoestima baja:

La baja autoestima buscará continuamente la aprobación en los demás, persiguiendo para ello la perfección que marca la sociedad, al no aceptarse a sí mismas como personas

despreciarán cualquier parte de su cuerpo que no sea perfecta y harán todo lo que esté en su mano para cambiarlo, aunque tengan que poner su salud y su vida en juego al contrario la alta autoestima, tenga el cuerpo que tenga, se sentirá segura de sí misma, se valorará más y se aceptará sean cuales sean las partes de su cuerpo que no le gusten o cumplan los modelos marcados por la sociedad ⁽⁴⁸⁾.

Medios de comunicación:

Los medios de comunicación ejercen su influencia directamente e indirectamente al influenciar los valores que transmiten los grupos de socialización primarios como son la familia y la escuela, quienes se encargan de generar en primer lugar el espacio en el que se crean los valores de referencia, en general y en particular en relación al cuerpo y sus atributos. Así los medios de comunicación representan el principal vínculo de los estándares culturales de belleza asociados al cuerpo y esta presión por la delgadez para las mujeres se ha intensificado en los últimos años ⁽⁴⁹⁾.

Conflictos familiares:

Los problemas dentro del seno familiar pueden ser factor causal de las desviaciones de la conducta alimenticia, la influencia de la autoridad o falta de la misma de padres o madre u otro miembro de la unidad familiar podría ocasionar respuestas o conductas dañinas. Los conflictos intrafamiliares, especialmente con la figura materna y las familias de tipo disfuncional son otro factor que tradicionalmente se ha señalado como posible causante. Asimismo, la renuncia a alimentarse puede considerarse según algunos psicólogos como un acto de venganza hacia los padres ⁽⁵⁰⁾.

Rechazo al aumento de peso (obesidad):

Las adolescentes que sufren de este trastorno están obsesionadas por controlar su peso hay un miedo enorme frente a las exigencias del mundo son adolescentes exigentes consigo mismas, este temor le induce a adoptar un comportamiento dirigido a la pérdida de peso ya que detestan subir unos kilos ya que no se sienten bien con consigo mismas cuando observan que están aumentando de peso la mayoría de las personas con anorexia nerviosa, reducen drásticamente la cantidad de alimentos que ingieren limitando especialmente los ricos en carbohidratos y grasas detestan la idea de verse obesas ⁽⁵¹⁾.

Imagen corporal equivocada:

La persona percibe su cuerpo más grande, ancho y gordo de lo que es en realidad. Existe una pérdida de percepción del aspecto y una enorme distorsión del tamaño

corporal, aunque esta distorsión suele ser más común en aquellas personas en las que la enfermedad de anorexia nerviosa se encuentra más avanzada ⁽¹⁴⁾.

2.1.5.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA

Este trastorno se caracteriza por una pérdida significativa de peso provocada por la persona y por una percepción errónea del propio cuerpo y por ello los problemas se hacen evidentes en un espacio de tiempo relativamente corto. Los principales síntomas que determinan la aparición de la enfermedad son los siguientes:

Miedo intenso a engordar:

El sujeto es excesivamente sensible al hecho de poder ganar peso este temor le induce a adoptar un comportamiento dirigido a la pérdida de peso, la mayoría de las personas con anorexia nerviosa reducen drásticamente la cantidad de alimentos que ingieren, limitando especialmente los ricos en carbohidratos y grasas. Existen diferentes métodos de reducción de peso los vómitos provocados, el uso de laxantes, diuréticos o ejercicios intensos son los más comunes ⁽⁵²⁾.

Disminución de las horas de sueño:

La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es uno de los síntomas en los pacientes con anorexia y aunque son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, podemos destacar la ansiedad y la depresión asociada a la propia enfermedad y a los efectos secundarios a la automedicación recibida para bajar de peso alteran el patrón del sueño ⁽⁵³⁾.

Sensación de estar gorda:

Las personas con trastornos alimentarios especialmente tienen problemas con cómo representan, evalúan, sienten y viven su cuerpo. El cuerpo se ha convertido en el valor más importante que tienen como personas, lo que pone de manifiesto una de las características psicopatológicas básicas de estos trastornos su idea sobrevalorada de adelgazar ya que sienten que cada vez se ven gordas ⁽⁵⁴⁾.

Ejercicio físico excesivo:

El ejercicio compulsivo forma parte del tipo de anorexia nerviosa y se caracteriza por la actividad física enérgica y excesiva para quemar un hipotético exceso de calorías el cuerpo humano requiere de reposo para poder regenerarse por lo que un exceso de adrenalina y cortisol hormonas liberadas en el torrente sanguíneo durante la actividad

física puede dañar su sistema inmunológico. Por otra parte los adolescentes se encuentra en plena etapa de desarrollo y el ejercicio excesivo provoca el deterioro de las articulaciones, asimismo al quemar las calorías que tienen de reserva su crecimiento puede verse afectado⁽⁵⁵⁾.

Interrupción de la menstruación:

Perder o ganar peso de manera muy rápida no siempre es bueno, de hecho puede provocar alteraciones en nuestro organismo y entre ellas la interrupción de la regla, la acumulación de grasa en el organismo está muy relacionada con la ovulación tanto si se experimenta una reducción drástica como un aumento de la misma, el ciclo puede interrumpirse⁽⁵⁵⁾.

2.1.5.7. CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA

Estos trastornos que dañan gravemente y que si no se controlan pueden llegar a matar a la persona si se mantienen a largo plazo en adolescentes sin embargo, en la adolescencia las consecuencias tanto físicas como psicológicas son devastadoras peor es cuando más temprano aparecen y más se tarda en tratarlas. En el caso de los púberes el impacto sobre el cuerpo es tremendo hasta el punto de retrasar su desarrollo o en el peor de los casos que no se desarrolle adecuadamente⁽⁵⁰⁾.

Deterioro de calcio en los huesos (osteoporosis):

Las personas que tienen anorexia corren mayor riesgo de sufrir fracturas esqueléticas (roturas de huesos) cuando el inicio de los síntomas de anorexia se presenta antes de que se haya logrado la formación ósea máxima (normalmente desde la mitad hasta el final de la adolescencia) existe un mayor riesgo de osteopenia (disminución del tejido óseo) u osteoporosis (pérdida ósea). A menudo se encuentra una baja densidad ósea en las mujeres que tienen anorexia y es común la ingestión y absorción baja del calcio⁽⁵⁰⁾.

Riesgo a no embarazarse (menor fertilidad):

Desórdenes hormonales e infertilidad por la carencia de nutrientes el cuerpo deja de producir la misma cantidad de hormonas reproductivas la tiroides se desequilibra y aumenta la hormona cortisol. Esto conlleva períodos irregulares hasta amenorrea que con el tiempo culmina en esterilidad y osteoporosis, consecuencias en muchos casos irreversibles debido a la pérdida del ciclo menstrual y por desequilibrios hormonales y

por otra parte la malnutrición y la falta de vitaminas puede hacer imposible llevar a cabo un embarazo exitoso y por tanto provocar que el niño nazca con defectos ⁽⁵⁶⁾.

Infarto al corazón:

Aunque es difícil predecir qué pacientes anoréxicos podrían tener consecuencias cardiacas que ponen en peligro su vida a causa de su enfermedad, hasta el 95 por ciento de los pacientes anoréxicos hospitalizados tienen el pulso bajo. El daño del miocardio (músculo del corazón) que puede producirse como resultado de cambios en el latido cardiaco o vómitos repetidos, puede poner en peligro la vida. ⁽⁵⁷⁾.

Debilidad física:

La debilidad es la pérdida de la fuerza muscular, aunque muchos pacientes también utilizan el término cuando se sienten globalmente cansados o tienen limitaciones funcionales (ejemplo debido a dolor o movilidad articular limitada) la debilidad puede afectar algunos o muchos músculos y desarrollarse de forma súbita o gradual. La debilidad es la consecuencia de la restricción del consumo de alimentos ya que no se tiene una buena ingestión de alimentos y por ende no hay una buena absorción de nutrientes por parte del organismo ⁽⁵⁸⁾.

La Muerte:

La Anorexia es un desorden alimenticio y psicológico que va más allá del control del peso el enfermo inicia el régimen alimenticio para perder peso y continúa más allá de lo necesario ya que lo convierte en un símbolo de poder y control sobre su propio cuerpo hasta llegar al extremo de la inanición. También se debe al acumulo de consecuencias físicas se notan a simple vista los pacientes están demacrados, suelen tener frío y las extremidades de color azulado, presentan estreñimiento, presión baja, bradicardia, sensibilidad al frío e hipotermia. En la mayoría de los casos la amenorrea en el caso de mujeres es consecuencia de la pérdida de peso. Los vómitos y el abuso de laxantes pueden producir alcalosis e hipocalcemia y estas a su vez pueden causar crisis epilépticas o incluso arritmia cardiaca y por tanto la muerte ⁽⁵⁵⁾.

2.1.6. BULIMIA NERVIOSA (BN)

Definición:

Es un desorden del consumo de alimentos caracterizado por la excesiva ingestión de alimentos donde se tiene atracones de comida y luego se realiza maniobras inapropiadas

para eliminar las calorías ingeridas como provocación del vómito y el uso de laxantes y /o abusos de diuréticos y se alterna con periodos de restricción alimentaria generados por un sentimiento de culpa e insatisfacción de su imagen corporal y su relación con el peso (59).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una enfermedad donde se presentan episodios de ingesta excesiva de alimentos acompañada de una preocupación por el peso corporal, llevando a la persona a tomar medidas extremas para aminorar la ganancia de peso como consecuencia de la ingesta de alimentos (26).

2.1.6.1. EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino y es más frecuente que la anorexia nerviosa. El diagnóstico muchas veces es difícil por la ocultación de los síntomas y si bien es una enfermedad que se inicia en la adolescencia, puede pasar desapercibida y sólo ser descubierta después de muchos años a veces después de más de una década de sintomatología. Según el DSM-IV, la BN se presenta en el 1 al 3% de mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en el sexo masculino la prevalencia es 10 veces menor (60).

2.1.6.2. FISIOPATOLOGÍA

En el sistema límbico y las amígdalas son las áreas anatómicas a las que se les ha hecho responsable de la percepción de las emociones y estrategias relacionadas a la supervivencia humana, así como las sensaciones de placer y satisfacción. En estudios laboratorios, se ha encontrado que la disminución del ácido gamma-amino-butírico (GABA) se encuentran disminuidos en estados depresivos, que puede llevar a estados de tensión, fatigabilidad intensa, insomnio, irritabilidad, falta de percepciones reales sobre uno mismo y trastornos obsesivo compulsivos, que pueden dar origen a estímulos de deseo incontrolable por el consumo de alimentos, que no es regulado por el centro de la saciedad hipotalámico (hipotálamo ventral medial) y el centro del apetito (hipotálamo lateral) a través de la liberación de la serotonina, la que probablemente se encontraría disminuida en los pacientes con bulimia. El vaciamiento gástrico inadecuado, lleva a mayor producción de ácido gástrico con úlceras gastrointestinales y dolor abdominal el cual se incrementa ante la falta de alimento, conduciendo a estados de hipoglucemia con astenia, malestar general, cefalea, flatulencia, sensación de frío que empeoran a medida de que el consumo de alimento está privado. Los periodos de ayuno

por vómito inducido o uso de laxantes condiciona a la reducción de la secreción de insulina y aumento de los niveles de glucagón que transformarán a las proteínas del músculo en glucosa, además de la inducción de la lipólisis provocándose una pérdida rápida de peso y de agua más que de masa muscular ⁽⁶¹⁾.

2.1.6.3. TIPOS DE BULIMIA NERVIOSA

- **Bulimia purgativa:** Se caracteriza porque el paciente durante el episodio bulímico se auto induce el vómito uso excesivo de diuréticos, laxantes y enemas como consecuencia del remordimiento que tiene de haber consumido gran cantidad de alimentos.
- **Bulimia no purgativa:** Se caracteriza porque el paciente durante el episodio bulímico tiene conductas inapropiadas como el ayuno y/o practicar ejercicio intenso el uso de laxantes, diuréticos, enemas y la provocación de vómitos son poco frecuente ⁽⁴⁶⁾.

2.1.6.4. CAUSAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Influencia de los medios de comunicación:

Se han fijado estándares de belleza poco realistas, belleza que ha sido retocadas por la tecnología vendiendo la idea de que ser bonita es sinónimo de ser delgada. Esto lleva a una fuerte presión social hacia las mujeres que desean alcanzar esa perfección sin importar las consecuencias ⁽⁶²⁾. El problema inicia cuando las mujeres ven estos cuerpos de las modelos como la regla y no la excepción no solo ellas, sino también los hombres esperan que tengan un cuerpo así para catalogarlas como bonitas y merecedoras de atención ⁽⁶³⁾.

Rechazo al sobrepeso:

Estos adolescentes suelen dirigir sus miedos y preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza, la preocupación principal es el miedo a ganar peso y convertirse en personas con sobrepeso, este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso ⁽³⁸⁾.

Confusión de su identidad propia:

Quizás la tarea más importante de la adolescencia consiste en la búsqueda (o más bien la construcción) de la propia identidad es decir, la respuesta a la pregunta "quién soy en realidad." Los adolescentes necesitan desarrollar sus propios valores opiniones e

intereses y no sólo limitarse a repetir los de sus padres. Han de descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus logros, desean sentirse amados y respetados por lo que son y para eso han de saber primero quienes son ⁽⁵⁵⁾.

Imagen corporal equivocada:

La distorsión de la imagen corporal consiste en la percepción alterada de las dimensiones y otras características físicas del propio cuerpo, la apreciación de la imagen corporal propia tiene carácter subjetivo y con mucha frecuencia no corresponde con la realidad, el fenómeno de la distorsión de la imagen corporal adquiere gran relevancia en los pacientes afectados de estos trastornos⁽³⁸⁾.

Autoestima baja:

La baja autoestima es el hecho de no aceptarse tal y como son, se ha convertido en una de las principales causas que ha llevado a muchas mujeres a sufrir enfermedades tan graves como son la anorexia y la bulimia, trastornos alimenticios que conducen a la muerte si no se sabe tratar adecuadamente a las personas que las padecen, la autoestima es la conciencia que tenemos de nosotros mismos y está relacionada con nuestra propia aceptación ⁽⁶⁴⁾.

2.1.6.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA BULIMIA

Obsesión por la comida:

Los adictos a la comida se encuentran atrapados en una obsesión que no pueden controlar cuando no están comiendo, ellos están pensando en la próxima merienda experimentando antojos para ciertos tipos de alimentos. No todos los adictos a la comida tienen bulimia que se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de comida y la eliminación de los alimentos a través de vómitos o laxantes. Las personas con anorexia pueden ser adictas a la comida también, pero hacen todo lo posible para no comer. ⁽⁴⁶⁾.

Provocarse el vómito después de comer:

La persona que sufre de bulimia nerviosa exhibe preocupación constante por los alimentos y por el efecto que su ingestión en cantidades exageradas tiene sobre tu peso y forma del cuerpo, entre los métodos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, el más común es la inducción del vómito entre el 80 y el 90 % a veces vomitan después de comer pequeñas cantidades de alimentos de tanto usar los dedos para

provocar los vómitos salen callosidades en las manos, la tercera parte de los pacientes recurren a otras conductas de purgas como los laxantes y diuréticos y rara vez usan los enemas⁽⁶⁵⁾.

Insatisfacción de la apariencia de su cuerpo:

Pero la insatisfacción no sólo aparece en personas con sobrepeso, si no que debido a los modelos de belleza impuestos en los últimos años, las personas con un peso normal también tienden a sentirse insatisfechas con su imagen corporal muy especialmente en la adolescencia⁽⁶⁶⁾.

Ejercicio físico excesivo:

Para intentar alcanzar ese ideal irracional, mucha gente acude a las dietas y en algunas personas esto acaba dando paso a los denominados trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia. Asimismo, algunas personas que se acaban frustrando porque la dieta no les da los resultados deseados empiezan a hacer ejercicio compulsivamente para acelerar la pérdida de peso⁽⁵⁷⁾.

Cambios de humor:

En vez de la depresión bien definida y la manía o hipomanía, los signos más sobresalientes del trastorno bipolar en niños y adolescentes pueden incluir temperamento explosivo cambios de humor, comportamiento irresponsable y agresión. En ciertos casos estos cambios tienen lugar en unas pocas horas o bien menos – por servirnos de un ejemplo un pequeño puede tener períodos intensos de vértigo, largos períodos de llanto y ataques de ira explosivos en un día⁽⁶⁷⁾.

2.1.6.6. CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA

Perdida de los ciclos menstruales:

La bulimia y otros problemas alimenticios que reduzcan la absorción de los nutrientes necesarios para el cuerpo pueden producir trastornos en el sistema endocrino. Otro de los motivos por los que se puede retrasar o incluso faltar la regla es por el hierro⁽¹⁴⁾.

Problemas gastrointestinales:

Por otro lado, los adolescentes con bulimia también sufren daños en el esófago, riñones y úlceras a nivel estomacal. Las bulímicas presentan un vaciado gástrico retardado

y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento ⁽⁶⁸⁾.

Desnutrición:

Los bulímicos se caracterizan por los atracones de comida y luego vomitar para que el alimento no sea asimilado en ese afán de eliminar la comida ingerida en exceso se barren todos los nutrientes del cuerpo. La desnutrición y la debilidad es la consecuencia directa de vomitar para querer adelgazar nada mejor que una dieta saludable para lograr ese cometido ⁽⁴⁵⁾.

Convulsiones:

Pueden presentarse de dos formas mediante episodios bulímicos o atracones descontrolados o con el auto provocación de vómitos. Con frecuencia esto supone después el auto provocación de vómitos que le reduce momentáneamente la ansiedad generada. Almacenan comida en sitios insospechados la desmenuzan en el plato o coleccionan recetas de diversos platos de una forma compulsiva ⁽⁶⁹⁾.

Deterioro de la memoria:

Sufrir un trastorno alimenticio durante más de diez años afecta la capacidad de procesar información de los enfermos, según un estudio elaborado por el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA). El paciente que sufre de anorexia o bulimia por 1 a 4 veces la posibilidad de presentar un deterioro en funciones como la memoria inmediata atención, capacidad viso constructivo y funciones ejecutivas ⁽¹⁾.

2.1.7. SEÑALES DE ALARMA DE ANOREXIA Y BULIMIA

La Guía de las Actividades Preventivas en el Adolescente de la Asociación Médica Americana (GAPA-AMA) recoge que conductas de mantenimiento crónico de pérdida de peso y mala imagen corporal debería alertar para realizar una valoración más profunda con el fin de descartar el diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia se definieron como signos de alerta los siguientes ⁽⁵⁸⁾:

- **Pérdida de peso inexplicada:** La restricción alimentaria conduce a una gran pérdida de peso, malnutrición, osteoporosis detención del crecimiento y alteraciones endocrinológicas como amenorrea entre otras.

- **Tendencia a ser perfeccionista:** El perfeccionismo es un rasgo de carácter que llevado al extremo, lejos de permitir a la persona perfeccionista mejorar, le crea una permanente sensación de satisfacción con todo lo que hace.
- **Preocupación excesiva por su aspecto físico:** Existe la realización excesiva compulsiva de hacer ejercicios físicos, la actividad física va ocupando cada vez más tiempo y espacio comparado con otras actividades.
- **Ausencia o pérdida de menstruación:** Las mujeres con anorexia y bulimia nerviosa a menudo experimentan amenorrea. Como resultado y en forma de protección para el cuerpo el aparato reproductor se “cierra” dado que está gravemente desnutrido.
- **Baja autoestima:** Las personas con baja autoestima tienen deteriorada la imagen clara sobre sí mismos.
- **Consumo excesivos de líquidos:** Se puede presentar en la anorexia y bulimia, porque el problema viene de los trastornos en la alimentación, existe la imagen concebida que muestra a las grandes estrellas consumiendo agua mineral porque el concepto de belleza es asociado con el consumo de agua⁽⁷⁰⁾.

2.1.8. PREVENCIÓN

La prevención de los TCA se debe realizar desde todos los factores etiológicos considerados como factores desencadenantes dado mayor importancia a los factores socioculturales es de vital importancia el trabajo con la familia ya que este es el pilar desde donde se fortalecen las creencias, hábito y actitudes de las personas además se debe trabajar en coordinación con la institución educativa debido a que es el apoyo cuando se encuentran deficiencias en la familia, la prevención se realiza en tres niveles⁽⁴⁸⁾.

Prevención primaria:

Dentro de esta parte del programa se manejan los aspectos que pueden llegar a desencadenar los TCA y busca reducir la incidencia de esta, dentro de los 3 niveles de prevención la primaria es la más difícil de llevar a cabo pero realmente cuando se logra es la que muestra mejores resultados a largo plazo. En esta fase se trabajan aspectos que faciliten el desarrollo de la enfermedad como los son:

- Información.
- Modificación de conductas.
- Identificación de grupos a riesgos.

- Acción sobre estereotipos.
- Trabajo con la familia.
- Educación escolar.
- Actividad física.
- Estilos de vida saludable.

Prevención secundaria:

En esta fase de la prevención tiene como fin reducir los tiempos entre la aparición del TCA y el inicio del tratamiento adecuado busca hacer un diagnóstico temprano y a tiempo de la enfermedad se debe realizar el tratamiento correcto y prevención de recaídas:

Prevención terciaria:

Esta enfoca a evitar posibles complicaciones y reducir los síntomas generados por el TCA, haciendo parte del tratamiento es la que mayor costo tiene y no tiene efecto sobre la incidencia de la enfermedad. No ha sido lo suficientemente utilizado y explorado debido a que algunos profesionales de la salud consideran que los TCA pueden evolucionar solos favorablemente sin tener en cuenta las posibles complicaciones y consecuencias que una enfermedad como esta puede causar ⁽⁴⁸⁾.

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios superado únicamente por el que experimentan los lactantes, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos, el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia ⁽⁴⁷⁾.

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo ⁽³⁰⁾.

Trastornos de la conducta alimentaria: Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial ⁽³⁹⁾.

Anorexia nerviosa: La anorexia nerviosa es una enfermedad compleja con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas que afecta principalmente a mujeres adolescentes. Se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas o purgaciones cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar ⁽⁴³⁾.

Bulimia nerviosa: La bulimia nervosa es un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce de forma compulsiva un ciclo de atracón-purgación. Empieza generalmente en mujeres adolescentes cuando intentan dietas restrictivas fracasan y reaccionan comiendo excesivamente, en respuesta a los excesos los pacientes se purgan vomitando tomando laxantes o diuréticos (forma purgativa) en otros casos realizan dietas severas o ejercicio físico intenso para compensar el atracón (forma restrictiva) ⁽⁴³⁾.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal.

Descriptivo: Porque permitió describir la variable de estudio, es decir conocer cómo se encuentra el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes.

Transversal: Debido a que se estudia la variable en un solo momento.

3.1.2. Diseño de investigación.

Corresponde al diseño descriptivo simple, este diseño permitió recolectar la información actualizada con respecto al conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

A este tipo de diseño corresponde el siguiente diagrama:

M ----- O

Dónde:

M= Representa la población de estudio adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno-2017.

O= Representa la información obtenida sobre nivel de conocimientos de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.2.1 Población.

La población estuvo conformada por 213 estudiantes adolescentes matriculados que cursan el 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, 2017.

3.2.2. Muestra.

La muestra se obtuvo de forma no probabilística por conveniencia y estuvo conformada por 137 estudiantes adolescentes que cumplen los siguientes criterios.

El tamaño la muestra está calculada con la siguiente fórmula:

Fórmula de muestreo no probabilístico.

$$n = \frac{N * z^2 p * q}{e^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

z^2 = Valor de la distribución normal estándar asociado al 95% de confianza (1.96).

p = Proporción proporcional de ocurrencia del evento (0.5).

q = Proporción proporcional de no ocurrencia del evento (0.5).

N = Tamaño poblacional.

e^2 = Error muestral (0.05).

Remplazando la fórmula:

$$n = \frac{213 (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2(213 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 137$$

- Criterios de inclusión:
 - Adolescentes que cursan el 5to año de secundaria.
 - Adolescentes matriculados y que asisten regularmente.
- Criterios de exclusión:
 - Adolescentes que no acepten voluntariamente participar en la encuesta
 - Adolescentes que no asistan a clases el día que se aplique la encuesta

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica:

Encuesta: Es una técnica que permitió obtener la información respecto a los conocimientos que tienen sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora.

3.3.2. Instrumento:

Cuestionario adaptado por la investigadora de Ccuno & Mestas ⁽⁶⁾ que permitió registrar las respuestas de los adolescentes sobre los conocimientos de los trastornos de la conducta alimentaria. Este consta de 10 ítems con alternativa múltiple estructurado de la siguiente forma:

- Escala de calificación del instrumento:

La evaluación del instrumento se realiza en base al esquema de calificación como se muestra en la tabla siguiente, donde cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta y se califica individualmente.

INTERROGANTES	VALORACIÓN		
Ítems evaluados con una sola respuesta	Bueno (2 puntos)	Regular (1 punto)	Deficiente (0 puntos)
Anorexia - 1	(respuesta correcta)	-	(respuesta errada)
Bulimia - 5			
Anorexia y bulimia - 10			
Ítems evaluados con respuesta múltiple	Bueno (2 puntos)	Regular (1 punto)	Deficiente (0 puntos)
Anorexia - 2, 3, 4	4- 5 (respuesta correcta)	2- 3 (respuesta medianamente correcto)	0- 1 (respuesta errada)
Bulimia - 6, 7, 8, 9			

3.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento adaptado

- **Validez:**

1. El instrumento adaptado se sometió a consideración de juicio de 3 expertos teniendo 2 enfermeras y 1 psicóloga.
2. Para la validez de contenido se aplicó el coeficiente de validez por Aiken obteniendo un coeficiente de 0.89.
3. Se realizó una prueba piloto en estudiantes adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Independencia Nacional, los adolescentes fueron elegidos conforme a los mismos criterios de inclusión y seleccionadas al azar. Se realizó un ajuste al instrumento, para hacer más fácil su comprensión, según el siguiente cuadro:

AFIRMACIÓN	AJUSTE
Es un desorden alimenticio y se caracteriza por la restricción de alimentos.	Es un desorden alimenticio caracterizado por la disminución en el consumo de alimentos.
Es un desorden alimenticio caracterizado por la excesiva ingestión de alimentos seguido por el vómito.	Es un desorden del consumo de alimentos, caracterizado por la exagerada ingestión de alimentos seguido por el vómito auto inducido.
Medios de comunicación.	Influencia de medios de comunicación que muestran modelos de belleza delgadas.

- **confiabilidad:** Haciendo el uso del paquete SPSS 23 se procesó los resultados de la prueba piloto donde se aplica la fórmula alfa de Crombach, cuyo resultado es: 0.827 el cual es excelente según el criterio de George y Marelly ⁽⁷¹⁾.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Fase de Coordinación:

- Se solicitó carta de presentación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, ante la Institución Educativa para la ejecución del presente proyecto.
- Se coordinó con el director, el subdirector, el encargado de la oficina de bienestar escolar (OBE), docentes y auxiliares; los horarios del curso de

tutoría con la finalidad de establecer el cronograma para la aplicación del instrumento.

b) Fase de Ejecución:

- Se explicó a los adolescentes brevemente las instrucciones sobre el llenado del cuestionario sobre los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia).
- Se repartió el asentimiento informado después se repartió el cuestionario, previo acopio y firma de la hoja de asentimiento informado.
- Después de transcurridos 20 minutos aproximadamente, se procedió a recoger los cuestionarios.
- Finalmente se agradeció a los estudiantes su participación y colaboración.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

a) Plan de procesamiento:

- Se inicia con la codificación en Microsoft Excel y en el software estadístico programa SPSS 23 para procesar la información.
- Se elaboró las tablas correspondientes..
- Se realizó el análisis y la interpretación de los resultados.

b) Plan de análisis de datos:

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. La representación es la siguiente:

❖ Porcentaje:

$$P = \frac{X}{N} (100)$$

Dónde:

P= Porcentaje.

X= Número de casos.

N= Tamaño de la muestra.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. O.G

CUADRO 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA
AUXILIADORA, PUNO – 2017**

NIVEL DE CONOCIMIENTO.	Nº	%
CONOCIMIENTO BUENO.	16	11.6%
CONOCIMIENTO REGULAR.	41	29.9%
CONOCIMIENTO DEFICIENTE.	81	59.1%
TOTAL	137	100%

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

Como se muestra en la tabla 1. Respecto a conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria, se observa que 59.1% de los adolescentes presentan un conocimiento deficiente, 29.9% presentan un conocimiento regular, y el 11.6% de adolescentes presentan un buen conocimiento.

4.1.2. O. E 1

CUADRO 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANOREXIA EN LOS ADOLESCENTES EN TÉRMINOS DE: DEFINICIÓN, CAUSAS, SIGNOS Y SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS

ANOREXIA	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Definición de anorexia	71	51.8	-	-	66	48.1	137	100
Causas de anorexia	25	18.2	52	37.9	60	43.7	137	100
Signos y síntomas	26	18.9	56	40.8	55	40.1	137	100
Consecuencias	23	16.7	46	33.5	68	49.6	137	100

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

Como se muestra en la tabla 2. Se observa que el 51.8% de las adolescentes tienen un buen conocimiento respecto a la definición de anorexia, el 48.1% presentan un conocimiento deficiente, En términos de causas de anorexia el 43.7% de adolescentes presentan un conocimiento deficiente, el 37.9% de adolescentes presentan un conocimiento regular y el 18.2% presentan un buen conocimiento. En término de signos y síntomas, el 40.8% de adolescentes tienen un conocimiento regular, el 40.1% de adolescentes tienen un conocimiento deficiente y 18.9% de adolescentes tienen un buen conocimiento. En términos de consecuencias de la anorexia, el 49.6% de adolescentes tienen un conocimiento deficiente, el 33.5% de los adolescentes presentan un conocimiento regular y el 16.7% de adolescentes presentan un buen conocimiento.

4.1.3. O. E 2

CUADRO 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES
EN TÉRMINOS DE: DEFINICION, CAUSAS, SIGNOS Y SINTOMAS Y
CONSECUENCIAS**

BULIMIA	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Definición	72	52.5	-	-	65	47.4	137	100
Causas	32	23.3	52	37.9	53	38.7	137	100
Signos y síntomas	23	16.8	62	45.2	52	37.9	137	100
Consecuencias	22	16	51	37.2	64	46.7	137	100

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

Como se muestra en la tabla 3. Se observa que el 52.5% de las adolescentes tienen un buen conocimiento respecto a la definición de anorexia, el 47.4% presentan un conocimiento deficiente, En términos de causas de anorexia el 38.6% de adolescentes presentan un conocimiento deficiente, el 37.9% de adolescentes presentan un conocimiento regular y el 23.3% presentan un buen conocimiento. En término de signos y síntomas, el 45.2% de adolescentes tienen un conocimiento regular, el 37.9% de adolescentes tienen un conocimiento deficiente y 16.8% de adolescentes tienen un buen conocimiento. En términos de consecuencias de la anorexia, el 46.7% de adolescentes tienen un conocimiento deficiente, el 37.2% de los adolescentes presentan un conocimiento regular y el 16% de adolescentes presentan un buen conocimiento.

4.1.4. O. E 3

CUADRO 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE ALARMA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA Y GRUPO DE PERSONAS MÁS PROPENSAS A SUFRIR ANOREXIA Y BULIMIA

Nivel de conocimiento sobre	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Señales de alarma de anorexia y bulimia.	29	21.1	53	38.6	55	40.1	137	100
Personas más propensas a sufrir anorexia y bulimia.	72	52.5	-	-	65	47.4	137	100

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

Como se muestra en la tabla 4. Se observa con referente a los signos de alarma el 40.1% de los adolescentes presentan conocimiento deficiente y el 38.7% con conocimiento regular y tan solo el 21.1% con conocimiento bueno.

Respecto al grupo de personas más propensas a sufrir anorexia y bulimia el 52.5% de adolescentes conocen el grupo de personas más propensas y el 47.4% se encuentran con conocimiento deficiente.

4.2. DISCUSIÓN

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están considerados como enfermedades psicosomáticas que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, los principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) ⁽³⁵⁾. Loubat ⁽³⁶⁾ indica que los trastornos alimentarios, en las personas provienen de una percepción equivocada de su imagen corporal, en la búsqueda errónea de la perfección de su cuerpo, adaptando así dentro de su estilo de vida comportamientos que según ellos aligeran su carga emocional de culpa pero que afecta gravemente a la salud física de su cuerpo.

La presente investigación, sobre trastornos de la conducta alimentaria dan a conocer que la mayoría de adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora muestran un nivel de conocimiento deficiente y regular esto podría indicar que desconocen sobre los trastornos de la conducta alimentaria que más influye a este grupo etario siendo anorexia y bulimia. Los adolescentes al encontrarse en un periodo de aprendizaje pero la insuficiente educación y el desinterés mismo, no muestran buenos resultados porque los adolescentes establecen características sociales en su identidad personal como también la identidad con el grupo de su entorno, al establecer reglas propias, parámetros de valoración y estos establecen roles sociales propios del sexo y la edad mostrándolos con su comportamiento y actitudes ⁽²⁶⁾. Por la etapa de vida que trascurren, son más vulnerables a presentar conductas inapropiadas de la alimentación, estos adolescentes tienen el pensamiento de que a ellos jamás les ocurrirá algo siendo todo lo contrario son generadores de riesgos. Tales resultados tienen similitud con el de Villanueva R ⁽¹²⁾, López R ⁽⁵⁾, Núñez D ⁽¹³⁾, Beltrán T ⁽¹⁸⁾, Medina M ⁽¹¹⁾ encontrando adolescentes con conocimiento deficiente y regular, al contrastar los estudios dan a conocer la problemática importante que se presenta en nuestro medio.

Con respecto al conocimiento sobre anorexia y bulimia en términos de: definición, causas, signos y síntomas y consecuencias se obtiene conocimientos deficiente y regular, pero se identifica que la mayoría de adolescentes presentan un nivel de conocimiento bueno, con respecto a la definición podrían atribuirse a que el termino de anorexia y bulimia son conocidos por divulgación social y medios de información que dan a conocer de ello, por su incremento de casos en esta población etaria, según Mataix ⁽²⁶⁾ el

desarrollar alguna alteración alimenticia no todo es dado por circunstancias de la vida ya que muchos trastornos alimenticios son provocados iniciando por el deseo es más común en los adolescente ante algo que les haga sentir bien según su perspectiva parte desde una idea de saber y de buscar información en diferentes medios sobre temas que le llegan a interesar de ello uno de los indicios de estar propensos a desarrollar algún trastorno alimenticio es que los adolescentes ante todo se informan ya que muchos adolescentes mantienen un despistaje de no ser identificado con dicho trastorno. También estudios reciente están reconociendo como problema de salud pública debido a un porcentaje aceptable de adolescentes que desconocen y su mitad asumen prácticas inadecuadas sin tener en cuenta sus efectos colaterales que se ocasionan y ocasionando a la sociedad una gran preocupación al presenciar a los adolescentes de hoy con una preocupación por su apariencia física y un alto índice de insatisfacción corporal ya que carecen de una autovaloración de sí mismos ⁽⁶⁾.

La identificación de conocimiento sobre las causas de anorexia y bulimia van de conocimiento deficiente a regular, existe autores como: Gardarillas A ⁽⁴⁸⁾ y Vasco M ⁽⁶⁴⁾ que sostienen que las causas de la anorexia no se han establecido claramente. Pero se sabe qué los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí ⁽⁴⁸⁾. Según Pórtela ⁽¹⁵⁾ la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión, la cual tiene similitud con el estudio, podrían ser algunas de las causas en la que los adolescentes son expuestos a riesgos ya que los medios de comunicación que muestran un prototipo de mujeres extremadamente delgadas y esbeltas hace a que los adolescentes realicen comparaciones con respecto a la apariencia física. Y sobre todo la autoestima baja buscara siempre la aprobación en los demás, persiguiendo la perfección que es marcada por la sociedad al no aceptarse tal como son, despreciaran cualquier parte de su cuerpo ⁽⁴⁸⁾.

En términos de signos y síntomas de la anorexia y bulimia los resultados muestran conocimiento regular a deficiente, los trastornos de la conducta alimentaria engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal ⁽⁷²⁾. Y el primer síntoma es el miedo a engordar

ya que el adolescente es excesivamente sensible al hecho de poder ganar peso y este temor le induce a adoptar un comportamiento inadecuado a la pérdida de peso ⁽⁵²⁾. En el caso de la bulimia el síntoma más común es el provocarse el vómito después de comer para evitar el aumento de peso ya que el 80 y el 90% vomitan después de comer y la tercera parte de los pacientes recurren a otras conductas como los laxantes y diuréticos ⁽⁶⁵⁾, con el fin de lograr un peso corporal inferior al actual y con el mantenimiento de estas conductas inapropiadas se llegara a un deterioro funcional en los sistemas reproductivo, digestivo, cardiovascular que con el tiempo limitan la capacidad para realizar normalmente sus actividades físicas y mentales.

Estos trastornos pueden dañar gravemente al organismo los cuales las consecuencias son también desconocidas o regularmente conocidos por los adolescentes. Turón ⁽⁵⁹⁾ sostiene que la bulimia nerviosa al igual que la anorexia es un trastorno psicológico que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal generado por disturbios entre las sensaciones de hambre y saciedad y si los adolescentes persisten con acciones de perder peso y si no se controlan pueden llegar a ocasionarse serios problemas de salud. Sin embargo, en la adolescencia las consecuencias tanto físicas como psicológicas son devastadoras, peor es cuando más temprano aparecen y más se tarda en tratarlas, el impacto sobre el cuerpo es tremendo, hasta el punto de retrasar su desarrollo o en el peor de los casos que no se desarrolle adecuadamente como es en el caso de las que presentan anorexia corren mayor riesgo de sufrir osteoporosis, infarto al corazón o incluso la muerte. porque que va más allá del control del peso ya que el paciente inicia el régimen alimenticio y continua exigiéndose más de lo necesario ya que lo convierte en un símbolo de poder y control sobre su propio cuerpo hasta llegar al extremo de la inanición también se debe al acumulo de consecuencias físicas ya que suelen tener frio y las extremidades de color azulado, presentan estreñimiento, presión baja, bradicardia, en la mayoría de los casos la amenorrea en caso de mujeres y esto es consecuencia de la pérdida de peso, los vómitos, el abuso de laxantes pueden producir alcalosis e hipocalcemia y esta a su vez pueden causar crisis epilépticas o incluso arritmia cardiaca y por lo tanto la muerte ⁽⁵⁵⁾.

Con respecto al conocimiento sobre señales de alarma de anorexia y bulimia los adolescentes presentan un conocimiento deficiente y regular. La Guía de las Actividades Preventivas en el Adolescente de la Asociación Médica Americana (GAPA-AMA) recoge que conductas de mantenimiento crónico de pérdida de peso y mala imagen corporal debería alertar para realizar una valoración más profunda con el fin de descartar el

diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia ⁽⁵⁸⁾. El conocimiento sobre el grupo más propenso a sufrir anorexia y bulimia, los resultados muestran un mayor porcentaje de adolescentes quienes reconocen que son el grupo de personas que están más propensos a sufrir anorexia y bulimia. Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a padecerlos, particularmente en la adolescencia. La presencia de insatisfacción corporal o de conductas alimentarias anómalas es común entre la etapa de la adolescencia ⁽³⁸⁾. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), la BN se presenta en el 1 al 3% de mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en el sexo masculino la prevalencia es 10 veces menor. Los trastornos del comportamiento alimentario son alteraciones graves y en la actualidad son un problema de salud pública y afecta principalmente el género femenino (90 a 95%) durante la adolescencia ⁽³⁹⁾. González y Rodríguez ⁽¹⁴⁾ resalta que las adolescentes mujeres son más propensas a sufrir dichos trastornos a diferencia de los varones.

Los resultados son de gran importancia al darnos a conocer la situación actual sobre el nivel de conocimiento del adolescente, lo que demuestra que la mayoría de adolescentes desconocen el tema lo que significa que están predispuestos a realizar conductas inadecuadas de alimentación.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora presentan en su mayoría conocimientos deficientes y regulares sobre trastornos de la conducta alimentaria con respecto a la anorexia y bulimia nerviosa.

SEGUNDA: Los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora poseen conocimiento deficiente y regular en términos de definición, causas, signos y síntomas y consecuencias sobre anorexia y bulimia. Sin embargo, más de la mitad de los adolescentes encuestados conocen la conceptualización de anorexia y bulimia ya que este problema se está dando a conocer a toda la población por ser los trastornos más comunes y practicados por los adolescentes, en los demás términos los adolescentes desconocen.

TERCERA: Los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora tienen en su mayoría un conocimiento deficiente con respecto a las señales de alarma de anorexia y bulimia y un conocimiento bueno sobre el grupo de personas más propensas a sufrir anorexia y bulimia debido a que son informados por medios externos que son el grupo etario con mayor vulnerabilidad a sufrir dichos trastornos ya que son las que más se preocupan por su aspecto físico.

RECOMENDACIONES

A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA

- A la encargada de la Oficina de Bienestar Escolar de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora se recomienda incluir en las áreas de tutoría, talleres de información sobre dichos temas de importancia que beneficie al adolescente, como también exigir una mayor supervisión del desarrollo de temas en sus horas destinadas.
- Realizar evaluaciones periódicas a los adolescentes en la Institución Educativa aplicando un instrumento que les ayude a identificar el nivel de educación como también un test que ayuden a identificar trastornos de la conducta alimentaria para la prevención.
- Realizar capacitaciones a docentes como también a los padres de familia de los estudiantes de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora sobre la salud del adolescente para que puedan reconocer alguna conducta inadecuada a identificar factores de riesgo y ofrecer consejería a los adolescentes.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- A los docentes de la asignatura de salud del escolar y adolescente enfatizar la educación en los estudiantes de enfermería sobre trastornos de la conducta alimentaria.

A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

- A los estudiantes de la Facultad de Enfermería durante las prácticas pre-profesionales en la asignatura de enfermería en salud del escolar y adolescente, profundizar el tema sobre trastornos de la conducta alimentaria para mejorar la educación de los adolescentes y así realizar la promoción y prevención de salud.
- A los estudiantes de Facultad de Enfermería se les sugiere continuar investigando sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes a fin de proponer alternativas de solución.
- A los estudiantes de la Facultad de enfermería se les recomienda realizar una adecuada validación del instrumento con el fin de obtener un buen resultado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bay L. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio de pediatría. Buenos Aires. 2005 Julio; I(4).
2. Benett J. Trastornos actitudes y conductas alimentarias en chicas adolescentes: estudio basado en colegios de medicina. Tesis Doctoral. Universidad San Paulo; 2001. Report No: ISSN.
3. Gómez C. La adolescencia y los trastornos alimenticios. [En línea]; 2012 [citado 9 Marzo 2017]. Disponible en:
<http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Wed/vercontenido.aspx?ID=1007668>.
4. Gorrotxategi P. Conocimiento y actitudes sobre los trastornos del comportamiento alimentario. De la iglesia de la calle. 2009 Mayo; 11(17).
5. Yancaya L, Hernández M. Influencia de una intervención educativa de enfermería sobre anorexia en el nivel de conocimiento de alumnos en la I.E.N°2015 "Manuel Gonzales Prada". Tesis de grado. Lima: Universidad de Cayetano Heredia; 2016. Report No: ISSN.
6. Ccuno T, Mestas F. Efectividad de la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimiento sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Claudio Galeno. Tesis de licenciatura. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2012.
7. Informática. Casos de anorexia. Informe estadístico. Puno: Hospital Regional Manuel Nueñez Butrón, Puno; 2011.
8. Oficina de computo de Maria Auxiliador. 2017.
9. Ramos M. 2017 Diciembre 15.
10. Perez H. 2017 Diciembre 15.
11. Ramos M. Identificación de conocimiento de los signos y síntomas y consecuencias de anorexia y bulimia nerviosa. Delta. 2012. Enero; I(4): p. 134.
12. Loreto M, Zubarew M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Chilena de Nutrición. 2006 Junio; I(12).

13. Núñez D. Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. Red Medic. 2011 Mayo; 3(2).
14. Gonzáles D. Valoración del conocimiento y prevalencia sobre trastornos del comportamiento alimentario. Tesis de Licenciamiento. Venezuela: Universidad Central Caracas, Caracas; 2013. Report No: ISBN.
15. Portela D, Riveiros G. Causas de riesgos de trastornos Alimentarios en los adolescentes. La vanguardia. 2012 Julio: p. 66.
16. Aliaga L, Cruz T. Actitud y factores de riesgo frente a factores alimenticios (Anorexia y Bulimia) en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
17. Arenas L, Fuentes N, Vivas L. Nivel de conocimiento y práctica de conductas riesgosas de de anorexia en estudiantes del colegio nuestra Señora del Rosario. Tesis de grado. Huancayo: Facultad de enfermería; 2014 Marzo. Report No: ISBN.
18. Beltrán T. Evaluación de signos de alarma sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y sus consecuencias en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Tacna;; 2015.
19. CCari Y. Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria "María Auxiliadora". Tesis de Grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2012.
20. Medina M, Pineda S. Manual de prácticas clinicas para la atención del adolescentes. Segunda ed. Sebastian , editor. México: universo; 2013.
21. El Fondo de las Naciones Unidas para le Infancia. Adolescencia y juventud. [En linea]. [citado 10 Mayo 2017]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html.
22. Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana teoría y aplicación. In. Buenos Aires: Panamericana; 2004. p. 44.
23. Unidas FdPdIN. Educación de la Sexualidad y Salud sexual y reproductiva. In. Caracas: Ignaka C.A; 2010.
24. Mejía G. Guía didáctica para jovenes. In. Costa Rica: EUNED; 2006.
25. Pérez A, Marvan L. Manual de dietas terapéuticas. La prensa médica. 2006.

26. Mataix J. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. *Nutrición y Alimentación Humana*. 2015 Junio; II(4).
27. Contreras M. ¿ Que es el nivel de conocimiento? [En línea]; 2011 [citado 9 Diciembre 2017]. Disponible en:
http://www.ejecutivodigital.com.mx/seccion_home.asp?noticia_id=728&seccion_id=289.
28. Torres C. The University. [En línea].; 2012 [citado 9 Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>.
29. Ruíz F. Trastornos de la conducta alimentaria y el conocimiento. In Tapia , editor. *El conocer y el saber*. Arequipa: Blanco Díaz; 2012. p. 77.
30. Platón. *Filosofía del conocimiento*. In.; 2000. p. 365.
31. Carrión I. *El conocimiento y su aplicación*. In. México; 2008.
32. Huertas W, Gomez J. *Tecnología Educativa*. In: *Retablo Papel*; 2001. p. 123.
33. Docentes Mp. Ministerio de Educación Programa de formación continua de Docentes en servicio de la educación. In. Lima-Perú; 2002. p. 130.
34. Educación Md. Programa de formación continua de docentes en servicio de la educación. In *Manual para docentes*. Lima; 2010. p. 130.
35. Staudt M. Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa. *Posgrado de la cátedra de medicina*. 2006; 4: p. 24-30.
36. Loubat M. Factores de riesgo en la adolescencia. [En línea]; 2006 [citado 15 Junio 2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524104>.
37. García F. Las adoradoras de la delgadez, anorexia nerviosa. In Ruíz Palomino D, editor. *Enfermedades que prevalecen en la sociedad oculta: Díaz de Santos S.A*; 1993. p. 204- 208.
38. Álvarez G. *Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria*. Salud Pública. 2009; 4.
39. Baile J. *Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes*. Tesis Doctoral. Lima: Universidad San Borja, Lima; 2013. Report No: ISBN.
40. Nova E. *Evolución del estado nutricional de paciente con anorexia nerviosa*. Tesis pre profesional. España: Universidad Complutense de Madrid,

Madrid; 2012. Report No: ISSN.

41. Toro C, Martínez E. La evaluación de la influencia sociocultural sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. Segunda ed. Duran P, editor. Barcelona: Medellín; 2010.
42. Way K. Anorexia nerviosa, bulimia, causas, consecuencias y su recuperación. *Bien de Salud*. 2010 Mayo; 3(12).
43. Mentales MDyEdlt. Anorexia nerviosa. *Medic*. 2012 Junio; 6(23).
44. Chinchilla. Trastornos de la alimentación. In. México; 1995. p. 453.
45. Soto A. Anorexia nerviosa. In Zea , editor. Trastornos de la conducta alimentaria. Chile: Latina; 2010. p. 240- 257.
46. López J, Valdez M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In Cruz V, editor. Manual de Trastornos mentales: Masson; 2009. p. 140-150.
47. Hidalgo M. Trastornos de la conducta alimentaria- Anorexia y Bulimia. In Bulimia Nerviosa. España; 2008. p. 959-972.
48. Gardarillas A, Rosario C. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. *El cuidado de mi Salud*. 2009 Mayo; I(12).
49. Garner T. Influencia de medios de comunicación en Trastornos alimenticios. In Federick , editor.. Buenos Aires; 2000. p. 187-198.
50. Castellón Alcaras M. Anorexia un problema social. *Salud y Enfermedad*. 2012 junio; 5(6).
51. Córdoba J. Anorexia, miedo a engordar. *AMMBAR*. 2012 Julio; 5(6).
52. Pérez W. Trastornos de la conducta alimentaria. In Beltrán J, editor. *Psicología sociocultural*.: Díaz; 2010. p. 198-200.
53. Educación Md. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria. 2015 Febrero;: p. 34-40.
54. Perpiña S. Percepción de la imagen corporal. *Medic*. 2011 Julio; 14.
55. Lara R. Ella hoy. [En línea]; 2016 [citado 24 Setiembre 2017]. Disponible en:
<http://www.ellahoy.es/salud/articulo/exceso-de-ejercicio-fisico-consecuencias-y-como-evitarlas/163907/>.

56. Sánchez T. Complicaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Ok diario. 2013 Agosto; 10(6).
57. Ruelas S. Trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. Alternativas nutricionales. 2013 julio; 3(2).
58. Paniagua H. Signos de alerta de los trastornos de la conducta alimentaria y depresión. Salud Pública. 2003 Junio; II(3).
59. Turón V. Trastornos de la alimentación. Mi salud. 2014 Mayo; III(9).
60. Méndez F. Bulimia nerviosa. Salud y bienestar. 2004 Mayo; II(4).
61. Rodrigues J, Contreras C. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. Biomédica. 2011 Junio; 8: p. 181-191.
62. Ferris D. Bulimia en adolescentes. 2003 julio; 3(1).
63. Calaf. Psicopatología. [En línea].; 2012 [citado 22 Agosto 2017]. Disponible en: <http://estimaco.blogspot.com/2012/02/inventario-de-imagen-corporal-para.html>.
64. Vasco M. Anorexia, bulimia y la autoestima baja. 2012 Diciembre; 6.
65. Duarte M. Bulimia nerviosa. Femenina. 2013 Abril; 10.
66. Arela L. Satisfacción e Insatisfacción corporal en los adolescentes. Tesis de Licenciatura. Callao:, Lima; 2011.
67. Delgado G. Guía de psicología. [En línea].; 2014 [citado 10 Setiembre 2017]. Disponible en: <http://guiapsicologia.com/trastorno-bipolar/>.
68. Arce C. Problemas de los trastornos de la alimentación. Salud y bienestar. 2010 Setiembre.
69. Leo J. Trastornos de la alimentación en escolares. Bella. 2009 Enero; 6(4).
70. Gómez J, Gaito L. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. In Tito A, editor. Lima: Ferrer; 2008. p. 39-90.
71. Hernández s. Metodología de la investigación. In HILL G, editor.. México: Mac; 2010.
72. Román E. Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa en la salud del adolescente. Tesis doctoral. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2010. Report No: ISBN.

ANEXOS

ANEXO A OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE
Nivel de conocimiento	El conocimiento es un conjunto de ideas y nociones adquirido en forma empírica, científica y/o técnica a través de información que ha recibido una persona en forma general o personal Sobre trastornos de la conducta alimentaria principalmente de anorexia y bulimia.	ANOREXIA Definición	Es un desorden alimenticio caracterizado por la disminución en el consumo de alimentos.	-Bueno -Deficiente	2 0
		Causas de anorexia	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima baja. • Medios de comunicación, • Conflicto familiar. • Rechazo al aumento de peso (obesidad). • Imagen corporal equivocada. 	- Bueno - Regular -Deficiente	2 1 0
		Signos y síntomas de anorexia.	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo intenso a engordar. • Disminución de las horas de sueño. • Sensación de estar gorda. • Ejercicio físico excesivo. • Interrupción o retraso de la menstruación. 	- Bueno - Regular -Deficiente	2 1 0
		Consecuencias de la anorexia.	<ul style="list-style-type: none"> • La muerte. • Deterioro de calcio en los huesos. • Riesgo a no poder embarazarse. • Infarto del miocardio • Debilidad física. 	- Bueno - Regular -Deficiente	2 1 0
		BULIMIA Definición	Es un desorden del consumo de alimentos caracterizado por la exagerada ingestión de alimentos seguido por el vómito auto inducido	-Bueno -Deficiente	2 0

Van...

...Vienen

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE
Nivel de conocimiento	El conocimiento es un conjunto de ideas y nociones adquirido en forma empírica, científica y/o técnica a través de información que ha recibido una persona en forma general o personal Sobre trastornos de la conducta alimentaria principalmente de anorexia y bulimia.	Causas de bulimia.	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de los medios de comunicación. • Rechazo al aumento de peso (obesidad). • Confusión de su identidad propia. • Imagen corporal equivocada. • Autoestima baja. 	- Bueno - Regular - Deficiente	2 1 0
		Signos y síntomas de bulimia	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesión por la comida. • Provocarse el vómito después de comer. • Insatisfacción con la apariencia de su cuerpo. • Ejercicio físico excesivo. • Cambios de humor. 	- Bueno - Regular - Deficiente	2 1 0
		Consecuencias de bulimia.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de los ciclos menstruales. • Problemas gastrointestinales. • Desnutrición • Convulsiones • Deterioro de la memoria. 	- Bueno - Regular - Deficiente	2 1 0
		Señales de alarma de la anorexia y bulimia.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso. • Tendencia a ser perfeccionista. • Preocupación excesiva por su aspecto físico. • Ausencia de la menstruación. • Baja autoestima. 	- Bueno - Regular - Deficiente	2 1 0

ANEXO B**ASENTIMIENTO INFORMADO**

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería.

INVESTIGADORA: María Zulema Aruquipa Aruquipa.

TÍTULO: Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Emblemática María Auxiliadora, Puno-2017

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA, PUNO - 2017

Habiendo sido informado (a) del propósito del estudio, así como los objetivos y teniendo confianza de que los resultados de esta investigación serán utilizados sólo para fines de la investigación acepto participar voluntariamente en la presente investigación.

Alumno(a)

ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO FACULTAD DE ENFERMERÍA CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Instrucciones:

Este cuestionario mide el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) es muy importante que conteste con sinceridad, se le garantiza absoluta reserva y confidencialidad. Usted encontrara preguntas, algunas con respuesta múltiple en el deberá marcar con una equis (x).

Datos generales:

Nombre:.....

Sexo: (M) (F) Edad:.....Año de estudio:sección:

1. ¿Cuál de estas proposiciones considera como la definición de anorexia?

- a) Es el aumento de peso en un adolescente.
- b) Es un desorden alimenticio caracterizado por la disminución en el consumo de alimentos.
- c) Es un desorden alimenticio caracterizado por el consumo abundante de alimentos.
- d) Es el aumento del deseo por la comida.
- e) Ninguna de las anteriores.

2. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son las causas de la anorexia.

- a) Autoestima baja. ()
- b) Influencia de medios de comunicación que muestran modelos de belleza delgadas. ()
- c) Conflictos familiares. ()
- d) Rechazo al aumento de peso. ()
- e) Imagen corporal equivocada (insatisfacción con la apariencia de su cuerpo). ()

3. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son los signos y síntomas de la anorexia.

- a) Miedo intenso a engordar. ()
- b) Disminución de las horas de sueño. ()
- c) Sensación de estar gorda. ()
- d) Ejercicio físico excesivo. ()
- e) Interrupción de la menstruación. ()

4. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son las consecuencias de la anorexia.

- a) La muerte. ()
- b) Deterioro de calcio en los huesos. ()
- c) Riesgo a no poder embarazarse. ()
- d) Infarto al corazón. ()
- e) Debilidad física. ()

5. ¿Cuál de estas proposiciones considera como la definición de bulimia?

- a) Es perder el interés por la comida.

- b) Es un problema de los adolescentes ocasionado por el auto prohibición del consumo de los alimentos.
- c) Es un desorden del consumo de alimentos caracterizado por la exagerada ingestión de alimentos seguido por el vómito auto inducido.
- d) Es la pérdida del control en el consumo de alimentos.
- e) Ninguna de las anteriores.

6. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son la causa de la bulimia.

- a) Influencia de los medios de comunicación que muestran modelos de belleza delgadas.
- b) Rechazo al aumento de peso.
- c) Confusión de su identidad.
- d) Imagen corporal equivocada.
- e) Autoestima baja.

7. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son los signos y síntomas de la bulimia.

- a) Obsesión por la comida.
- b) Provocarse el vómito después de comer.
- c) Insatisfacción con la apariencia de su cuerpo.
- d) Ejercicio físico excesivo.
- e) Cambios de humor.

8. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son las consecuencias de la bulimia.

- a) Pérdida de ciclos menstruales.
- b) Probabilidad a sufrir problemas gastrointestinales.
- c) Desnutrición.
- d) Convulsiones.
- e) Deterioro de la memoria.

9. Marque, cuáles de las alternativas considera usted que son las señales de alarma de la anorexia y bulimia.

- a) Pérdida de peso.
- b) Tendencia a ser perfeccionista.
- c) Preocupación excesiva por su aspecto físico.
- d) Ausencia de menstruación.
- e) Baja autoestima.

10. Reconozca el grupo de personas más propenso a sufrir anorexia y bulimia.

- a) Los adolescentes.
- b) Las adolescentes.
- c) Los niños.
- d) Las madres que sufren menopausia.
- e) Ninguna de las anteriores.

ANEXO E

VALIDEZ DE CONTENIDO MEDIANTE EL COEFICIENTE “V” DE AIKEN.

PREGUNTAS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	SUMA	“V” Aiken: S/ (n (c-1))
ITEM 1	1	1	1	3	1
ITEM 2	1	1	1	3	1
ITEM 3	1	1	1	3	1
ITEM 4	1	0	1	2	0.666666667
ITEM 5	1	1	1	3	1
ITEM 6	1	1	1	3	1
ITEM 7	1	1	1	3	1
ITEM 8	1	1	1	3	1
ITEM 9	1	0	1	2	0.666666667
ITEM 10	0	1	1	2	0.666666667
TOTAL	9	8	10	27	8.98
N= 10					COEFICIENTE “V” DE AIKEN 8.98/10= 0.898

COEFICIENTE “V” DE AIKEN

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Dónde:

S: Sumatoria de las respuestas o acuerdos de los expertos por cada ítem.

n: Número de expertos.

N: Número de ítem.

c: Número de valores en la escala de valoración.

ANEXO F

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos.

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,827	,860	10

*Para la validación se tiene el Alfa Cronbach de 0,827.

*Para la confiabilidad se tiene el Alfa de Cronbach de 0,860.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
ITEM 01	1.47	0.915	15
ITEM 02	1	0.655	15
ITEM 03	1.2	0.414	15
ITEM 04	0.4	0.507	15
ITEM 05	1.33	0.976	15
ITEM 06	0.87	0.64	15
ITEM 07	1.2	0.414	15
ITEM 08	0.6	0.507	15
ITEM 09	1.13	0.352	15
ITEM 10	1.2	1.014	15

ANEXO G

Cuadro A.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE ALARMA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA, PUNO – 2017

SEÑALES DE ALARMA DE ANOREXIA Y BULIMIA.	TOTAL			
	N°	%	N°	%
Pérdida de peso.	68	49.60	137	100
Tendencia a ser perfeccionista.	20	14.50	137	100
Preocupación excesiva por su aspecto físico.	49	35.70	137	100
Ausencia de menstruación.	36	26.20	137	100
Baja autoestima.	83	60.50	137	100

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

ANEXO H

Cuadro A.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL GRUPO DE PERSONAS MÁS PROPENSO A SUFRIR ANOREXIA Y BULIMIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA, PUNO 2017

GRUPO DE PERSONAS MÁS PROPENSAS A SUFRIR ANOREXIA Y BULIMIA.	TOTAL	
	N°	%
Los adolescentes.	30	21.80
Las adolescentes.	72	52.50
Los niños.	16	11.60
Las madres que sufren menopausia.	10	7.20
Ninguna de las anteriores.	9	6.50
TOTAL.	137	100

Fuente: Base de datos del instrumento de aplicación.

EVIDENCIA



Instalaciones de la
Institución Educativa
Secundaria
Emblemática María
Auxiliadora.

Dádeles a conocer
sobre el motivo de la
encuesta



Empezando a distribuir
el cuestionario.