



Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



**Actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres
de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas
de la Región Cusco, 2019**

Tesis presentada por:

Bach. Deriza Pila Carlos

Bach. Jahaira Beatriz Eguia Aldazabal

Para optar el título profesional de Psicóloga

Asesor:

Mg. Ps. Fabio Anselmo Sánchez Flores

CUSCO - 2020



Agradecimientos

A Dios por permitirnos cumplir esta meta en nuestras vidas.

A nuestras familias por su amor, motivación y apoyo incondicional, quienes son la fuente de nuestra inspiración durante todo este tiempo.

A cada uno de nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco, por los conocimientos otorgados y experiencia profesional durante nuestra formación académica.

A los integrantes de las tres instituciones educativas de la Región Cusco, por la apertura brindada para el desarrollo y la culminación del presente estudio.

Al asesor de tesis Mg. Ps. Fabio A. Sánchez Flores, por compartir sus conocimientos profesionales, su apoyo, motivación y la revisión continua de la presente investigación.

Deriza y Beatriz



Dedicatoria

A mis padres, Lucia y Gavino, quienes con su amor y apoyo me enseñaron a esforzarme por lograr mis metas y con sus consejos supieron inculcarme valores y principios que guían mi vida personal y profesional; gracias por sus palabras de aliento y apoyo incondicional.

A mis hermanas amadas en especial a Gloria, Florencia, Valentina, mi pequeña sobrina Frenzy, y a toda mi familia por su apoyo constante, comprensión y ser el soporte que necesitaba desde el inicio de mis estudios, gracias por compartir conmigo cada momento.

A la Dra. Martha González Pilares por su calidad humana y ética profesional por el interés puesto en el estudio y orientarme en el proceso de investigación, absolviendo las dudas pertinentes y generando en mi persona más procesos de aprendizaje.

A mis amigos y amigas, por su alegría, confianza y apoyo incondicional que me permite seguir adelante siempre.

Deriza Pila Carlos



Dedicatoria

En primera instancia se la dedico a mis padres, Carlos Eguia Gamarra y Rosa Aldazabal Flores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado, apoyado y orientado en cada etapa de mi vida y en ayudarme a llegar al punto donde me encuentro actualmente.

A mi amado hermano, cuñada y sobrino por motivarme cada día y tener fe en todo lo que hago.

A mi familia en general, tías, primos, primas, que siempre me dieron ánimos y consejos para seguir adelante en mis proyectos.

A mi amigo, Alex Zavaleta Montalván, por su motivación, recomendaciones y paciencia en ayudarme a concluir el presente estudio.

Y, por último, a mis amigas y amigos, quienes constantemente preguntaban y animaban para seguir adelante en cada etapa de mi vida.

Jahaira Beatriz Eguia Aldazabal



Índice

Capítulo 1: Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	13
1.2.1 Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3 Objetivos de la Investigación	15
1.3.1 Objetivo general.	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación	16
1.4.1 Conveniencia.....	16
1.4.2 Relevancia social.....	17
1.4.3 Implicancias prácticas.	18
1.4.4 Aporte teórico	18
1.5 Delimitación	19
1.5.1 Temporal.....	19
1.5.2 Espacial.....	19
1.6 Aspectos éticos.....	19
Capítulo 2: Marco teórico	20
2.1 Antecedentes del Estudio.....	20
2.1.1 Antecedentes del Extranjero	20
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	22
2.1.3 Antecedentes locales	24
2.2 Bases teóricas	27
2.2.1 Adolescencia	27
2.2.2 Actitud	32



2.2.3 Alimentación.....	32
2.2.4 Problemas nutricionales.....	38
2.2.5 Trastornos de la conducta alimentaria.....	39
2.2.6 Psicopatología clínica de los trastornos de la conducta alimentaria.....	45
2.2.7 Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.....	49
2.2.8 Familia.....	50
2.3 Hipótesis.....	51
2.3.1 Hipótesis general.....	51
2.3.2 Hipótesis Específicas.....	51
2.4 Variables.....	52
2.4.1 Identificación de variables.....	52
2.4.2 Subvariables.....	52
2.4.3 Operacionalización de la variable.....	53
2.5 Definición de Términos Básicos.....	57
Capítulo 3: Metodología.....	60
3.1 Tipo de Investigación.....	60
3.2 Diseño de Investigación.....	60
3.3 Población.....	61
3.3.1 Descripción de la población.....	61
3.4 Muestra y métodos de muestreo.....	65
3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	65
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	65
3.5.1 Técnicas.....	65
3.5.2 Instrumentos.....	66
3.6 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.....	69
3.6.1 Cuestionario de Actitud hacia la alimentación (EAT-26).....	69



3.7 Plan de Análisis de Datos.....	69
3.7.1 Análisis univariado.....	69
3.7.2 Análisis bivariado.....	70
Capítulo 4: Resultados de la Investigación	72
4.1 Resultados Respecto a los Objetivos Específicos.....	72
4.2 Resultados Respecto al Objetivo General.....	106
Capítulo 5: Discusión.....	108
5.1 Descripción de los Hallazgos más Importantes y Significativos.....	108
5.2 Comparación Crítica con la Literatura Existente	112
5.3 Implicancias del Estudio	115
Conclusiones.....	117
Sugerencias.....	120
Referencias Bibliográficas.....	122
Apéndices.....	134



Relación de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de la Variable	53
Tabla 2 Población de estudiantes de la I.E.P. Landazuri Ricketts - Cusco.....	61
Tabla 3 Población de estudiantes de la I.E.N. Clorienda Matto de Turner - Cusco.....	62
Tabla 4 Población de estudiantes de la I.E.N. Agustin Gamarra - Anta, Cusco.....	63
Tabla 5 Población de las estudiantes de las I. E. de la presente investigación.....	64
Tabla 6 Percentiles de las dimensiones anorexia nerviosa y bulimia del EAT-26.....	68
Tabla 7 Características de procedencia de las tres Instituciones Educativas	72
Tabla 8 Característica según tipo de familia de las tres Instituciones Educativas.....	73
Tabla 9 Características según modalidad de Educación Privada y Pública de las tres Instituciones Educativas.....	74
Tabla 10 Diferencia en las actitudes hacia la alimentación en general de las tres Instituciones Educativas	75
Tabla 11 Actitudes hacia la alimentación en general de la I.E. Clorinda Matto de Turner.....	76
Tabla 12 Actitudes hacia la alimentación en general de la I.E. Landázuri Ricketts.....	78
Tabla 13 Actitudes hacia la alimentación en general de la I.E. Agustin Gamarra.....	79
Tabla 14 Diferencia entre dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner.....	80
Tabla 15 Diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landazuri Ricketts	81
Tabla 16 Diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra	83
Tabla 17 Diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner	84
Tabla 18 Diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landazuri Ricketts	85



Tabla 19 Diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra	87
Tabla 20 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner	88
Tabla 21 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landazuri Ricketts.....	90
Tabla 22 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra	91
Tabla 23 Grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación con la modalidad de educación de las tres Instituciones Educativas.....	92
Tabla 24 Grado de diferencia entre la actitud hacia la alimentación con el tipo de familia de las tres Instituciones Educativas.....	94
Tabla 25 Grado de diferencia entre actitudes hacia la alimentación con la procedencia de estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas.....	95
Tabla 26 Existe diferencias significativas entre la dimensión "anorexia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	97
Tabla 27 Existe diferencia significativa entre la dimensión "bulimia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	100
Tabla 28 Existe diferencias significativas entre la dimensión "control oral" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	103
Tabla 29 Comparaciones múltiples de la actitud hacia la alimentación en general de las I. E. Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra de la Región Cusco.....	106



Relación de Figuras

Figura 1. Porcentaje de alumnas por sección I.E.P. Landazuri Ricketts.....	62
Figura 2. Porcentaje de alumnas por sección I.E.N. Clorinda Matto de Turner	63
Figura 3. Porcentaje de alumnas por sección I.E.N. Agustín Gamarra, Anta	63
Figura 4. Población de estudiantes de los centros educativos de la presente investigación	64
Figura 5. Características de procedencia de las tres Instituciones Educativas.....	72
Figura 6. Característica según tipo de familia de las tres Instituciones Educativas.....	73
Figura 7 Características según modalidad de Educación Privada y Pública de las tres Instituciones Educativas	74
Figura 8 Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes mujeres	75
Figura 9 Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E. Clorinda Matto de Turner.....	77
Figura 10 Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E.P. Landazuri Ricketts.....	78
Figura 11 Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E. Agustín Gamarra.....	79
Figura 12 Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner	80
Figura 13 Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts.....	82
Figura 14 Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra	83



Figura 15 Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia I.E. Clorinda Matto de Turner	84
Figura 16 Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landazuri Ricketts.....	86
Figura 17 Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra	87
Figura 18 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner	89
Figura 19 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landazuri Ricketts.....	90
Figura 20 Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra	91
Figura 21 Grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria con la modalidad de educación	93
Figura 22 Diferencia entre la actitud hacia la alimentación con el tipo de familia de las tres Instituciones Educativas	95
Figura 23 Grado de diferencia entre actitudes hacia la alimentación con la procedencia de estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	96
Figura 24 Existe diferencias significativas entre la dimensión "anorexia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	98
Figura 25 Grado de diferencia significativa entre la dimensión "bulimia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas	101
Figura 26 Grado de diferencias significativas entre la dimensión "control oral" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres Instituciones Educativas.....	104



Figura 27 Media aritmética de la actitud en general de las tres Instituciones Educativas106



Resumen

La siguiente investigación tuvo objetivo describir las diferencias existentes entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas, Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra. Este estudio está enmarcado dentro del enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel comparativo. Se trabajó con una muestra de 341 escolares de 4° y 5° de secundaria provenientes indistintamente de las tres instituciones educativas seleccionadas. Se realizó análisis de la variable actitud hacia la alimentación y sus dimensiones Anorexia, Bulimia y Control Oral; utilizando como instrumento de recolección de datos el Cuestionario de Actitud hacia la Alimentación (EAT-26) de David Garner, Olmstead y Paul Garfinkel. Los resultados muestran que; existe diferencias significativas en las actitudes hacia la alimentación entre estudiantes de las instituciones educativas Agustín Gamarra y Clorinda Matto de Turner ($P = 0,034$) y Agustín Gamarra y Landázuri Ricketts ($P = 0,00$); no encontrándose diferencias entre Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts ($P = 0,114$), hallándose disimilitudes importantes entre las instituciones educativas del medio urbano en contraste con las del medio rural.

Palabras claves: Actitudes, alimentación, adolescentes, bulimia, anorexia, control oral.



Abstract

The following research is titled Attitudes towards nourishment in Female Teen Students of 4th and 5th Secondary School of three Educational Institutions of the Cusco Region, 2019. The objective of the research was to describe the differences in attitudes towards eating in female adolescent students in grades 4 and 5 of the educational institutions Clorinda Matto de Turner, Landázuri and Agustín Gamarra. The study is framed within the quantitative approach, non-experimental design and comparative level. I worked with a sample of 341 schoolchildren from 4th and 5th year of high school from the three educational institutions mentioned. The analysis was performed of the variable attitudes towards nourishment and its dimensions Anorexia, Bulimia and Oral Control; I have used as a data collection instrument The Eating Attitudes Test by David Garner, Olmstead and Paul Garfinkel. The results show that there are significant differences in attitudes towards food between educational institutions Agustín Gamarra y Clorinda Matto de Turner ($P = 0,034$), and Agustín Gamarra and Landázuri Ricketts ($P = 0,00$), finding no differences between Clorinda Matto de Turner and Landázuri Ricketts ($P = 0,114$), discovering important dissimilarities between the educational institutions of the urban environment in contrast to those of the rural environment.

Keywords: Attitudes, feeding, teens, bulimia, anorexia, oral control.



Capítulo 1: Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Institución Educativa de mujeres “Juan Landázuri Ricketts”, está ubicada en la Región y Provincia de Cusco, Distrito de Wánchaq. La Institución Educativa G.U.E. “Clorinda Matto de Turner” de mujeres, nivel secundario está ubicada en la Av. de La Cultura s/n. Región y ciudad del Cusco. La Institución Educativa “Agustín Gamarra”, nivel secundario está ubicada en la Región Cusco, Provincia y Distrito de Anta.

Actualmente una de las incidencias más latentes presentados en las estudiantes adolescentes mujeres de nuestra Región Cusco son los trastornos de la conducta alimentaria, como se evidencia en la investigación intitulada: “Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019”, donde la muestra está conformada por 264 adolescentes de los cuales el 71% de encuestados fueron de género femenino, 21 (8%) estudiantes presentaron factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en la Universidad Andina del Cusco, en cuanto a las escuelas profesionales encuestadas, el 34% medicina humana; 33% obstetricia, 14% psicología, 14% enfermería y 5% estomatología, concluyeron que 71% (n=188) fueron de sexo femenino y un 29% (n=76) de sexo masculino, a quienes se aplicó los siguientes instrumentos; el test Body Shape Questionnaire, el EAT-26 y datos generales de la población, para determinar si presentan o no trastornos de la conducta alimentaria y los factores asociados. La prevalencia del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Andina del Cusco es de 8% (n=21). Se evidenció una relación estadística significativa entre la presencia de trastornos de la conducta alimentaria y los factores



de riesgo que se estudiaron subvariables como la imagen corporal, actitud alimentaria, autoestima, depresión. También se evaluó la presencia de depresión y trastorno de la conducta alimentaria donde se obtuvo que un 32% (n=6) presentó ambos trastornos y 68% depresión. Evidenciándose la existencia de trastornos de la conducta alimentaria por la modificación de los estándares alimenticios debido a hábitos alimenticios alterados en la cantidad y calidad, usualmente los dos basados en esquemas cognitivos erróneos o patológicos en relación a su alimentación, distorsiones en la percepción y apreciación de su apariencia corporal acompañados del aspecto psicológico como inestabilidad, baja autoestima, carencia de habilidades para el control de impulsos, etc.

Cabe mencionar que la procedencia juega un rol muy importante en cuanto al riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, ya que actualmente en nuestra sociedad los medios de comunicación vienen influenciando significativamente en el tipo de alimentación y en el prototipo de belleza femenino con relación a la imagen corporal y peso, ya que en la zona urbana las adolescentes tienen mayor acceso a redes sociales, el poder adquisitivo es más alto, adquirir alimentos elaborados es más accesible a diferencia de las estudiantes adolescentes procedentes de la zona rural ya que ellas tienen limitaciones para el acceso a la tecnología, factor socioeconómico, mínimo consumo de alimentos procesados. Según Ponce en el 2014, realizó una investigación intitulada: “Conducta de riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia, bulimia), en las alumnas de 4° y 5° de secundaria de la I.E. Parroquial Padre Abad- Tingo María”; donde concluyó que las alumnas procedentes de la zona urbana tienen más probabilidad de riesgo en padecer trastorno de la conducta alimentaria, a diferencia de las adolescentes de la zona rural.

Con respecto a la familia es el sistema básico donde la adolescente adquirirá o desarrollará habilidades a nivel cognitivo, conductual, desarrollo emocional, social y la



capacidad para enfrentar y superar las dificultades que atraviese en cada ciclo vital, donde el adolescente por medio de una selección adquirirá un aprendizaje significativo, poniendo en práctica en su vida cotidiana, de acuerdo a la exigencia y organización de nuevos conocimientos, en base a contextos en el que se desenvuelva (Ausubel, 1986). Con respecto a la familia y el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, Aguilar, 2019, realizó un estudio intitulado: “Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa, 2019”, donde concluyeron la existencia de la relación estadísticamente significativa ($P < 0.005$) entre la disfunción familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, Arequipa 2019.

Por otro lado; con respecto a la modalidad de educación, diversos estudios evidenciaron la prevalencia en padecer trastornos de conducta alimentaria en relación a la modalidad de educación considerando un factor de riesgo en padecer dicho trastorno. Según Flores 2017, realizó una investigación intitulada: “Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad Arequipa, 2017”, se evidencio la presencia de conductas de riesgo hacia los trastornos de conductas alimentarias en las alumnas de colegios privados quienes presentaron una mayor predisposición a desarrollar anorexia y bulimia.

Se puede observar, que la práctica de restricción de los alimentos en la población femenina, surge como una sensación de satisfacción por cumplir los prototipos de belleza ideal; por lo tanto, tiene la percepción que los problemas que las asechan tanto físico y psicológico desaparecen (Herzog, Beresin y Charat, 2006).

Acerca de la problemática que se pretende investigar mediante este trabajo; la psicóloga de la I.E.P. Juan Landázuri Ricketts del Distrito del Cusco, nos refiere que “en los años que



labora en la institución, pudo observar que las adolescentes, no se alimentan saludablemente; en el sentido que, se compran en el quiosco comidas chatarras; así también, hay mayor consumo de frituras, snacks, gaseosas y menor consumo de frutas y otros alimentos saludables”; también manifiesta: “que los padres están más centrados en la educación de sus hijas y no en su alimentación”. A su vez, la subdirectora y la coordinadora del TOE (Tutoría y Orientación Educativa) de la G.U.E. Clorinda Matto de Turner; refieren que, se han dado casos de bulimia y sobrepeso en las adolescentes de dicha institución, por lo que tuvieron que derivar estos casos, a la psicóloga de la institución para su intervención, por la presencia de casos de bullying entre las adolescentes. Durante la entrevista con la psicóloga de la I.E. Mixto Emblemático Agustín Gamarra de la provincia de Anta - Cusco, nos manifestó que: “se están presentando casos de bulimia, atracones y lesiones en las adolescentes mujeres; así como, un descuido en su alimentación saludable, como la falta de consumo de proteínas, frutas y verduras”; también refiere que: “el profesor encargado de la coordinación del quiosco escolar, realizó una investigación dentro del centro educativo, sobre casos de “diabetes” relacionada con la alimentación, en el cual, obtuvo como resultado casos de alumnos de la institución con problemas de anorexia y diabetes”.

La observación en los quioscos escolares de las instituciones educativas, nos permitió conocer los tipos de productos que se expende a los estudiantes, se pudo ver que mayormente estos productos son conocidos como “comida chatarra”, evidenciando un mayor consumo en las estudiantes de frituras, snacks y gaseosas, y es menor el consumo de productos como frutas y otros alimentos saludables; a pesar, de que la oferta de alimentos en los quioscos es variada y esta al alcance de las estudiantes. Asimismo, la aplicación del estudio piloto del Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-26), como una técnica para corroborar la existencia e indicios del problema, nos brindó valiosa información, dándonos como resultado en la I.E.



Agustín Gamarra en 4° de secundaria, en el 16.7% se encuentra en riesgo de padecer Trastornos de la conducta alimentaria, en el 83.3% no riesgo, y en 5° de secundaria, en el 33.3% se encuentra en riesgo en padecer trastornos de la conducta alimentaria, y en el 66.7% no riesgo, se concluye que, en el 25% de las estudiantes adolescentes están en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria de la I.E. Agustín Gamarra- Anta. En la I.E. Clorinda Matto de Turner, se obtuvo como resultado en el 4° de secundaria, en el 50% se encuentra en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, en el 50% no riesgo, y en 5° de secundaria, en el 50% se encuentra en riesgo en padecer trastornos de la conducta alimentaria, y el 50% no riesgo. Se concluye que, en el 33.3% de las estudiantes adolescentes están en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria de la I.E. Clorinda Matto de Turner. Por otro lado; los resultados obtenidos en la I.E.P. Landazuri Ricketts, en 4° de secundaria, en el 75% se encuentra en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, en el 37.5% no riesgo, y el 5° de secundaria, en el 25% se encuentra en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, y en el 41.7% no riesgo. Se concluye que, el 33.3% de las estudiantes adolescentes están en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Dándonos como indicio de que las estudiantes estarían expuestas a padecer trastornos de la conducta alimentaria; complementado esto, con las manifestaciones que nos proporcionaron el personal administrativo y docente de las instituciones educativas, durante las entrevistas como parte de la presente investigación.

Según, afirmación de Ghaderi (2001), Díaz y Rodríguez (2003), la presión social existente hacia la mujer y la imagen corporal vinculada a una extrema delgadez, considerándose como principal causa de la alta incidencia en los últimos años de trastornos de conducta alimentaria, observándose la exigencia del entorno social desde tempranas edades en adolescentes mujeres, generando en ellas comportamientos alimentarios de riesgo como:



insatisfacción personal, baja autoestima, altos índices de auto exigencia e ideas distorsionadas hacia la alimentación y el peso; esto según datos estadísticos obtenidos recientemente.

Por su parte, Maganto y Cruz (2008) dice: el rango de edad más crítico es considerado el período entre los 13 y 19 años, en él se padecen trastornos de conductas alimentarias; hallándose en relación con esta etapa el desarrollo de la adolescencia, en la cual es importante la obtención de la identidad, integración y aceptación en su grupo de pares.

Son características cognitivas, conductuales, emocionales donde la persona que padece dicho trastorno, presenta resistencia a mantener su peso corporal dentro de los parámetros normales para su edad y talla, por una percepción distorsionada de su figura corporal. Es así que las personas se ven gordas a pesar de encontrarse por debajo de los límites saludables, dando inicio a obsesiones haciendo constantemente dietas. La restricción de la comida surge como sensación de que los problemas que les acechan desaparecerán (Herzog, Beresin y Charat, 2006).

Asimismo, presentan pensamientos erróneos con relación a la comida, peso y figura; no aceptan lo crítico de su estado de salud y durante el tratamiento sobrevalúan las medidas corporales, el peso corporal, originando resistencia en la adherencia al tratamiento. Donde prevalece la alteración cognitiva con alto contenido emocional. De la misma manera, se manifiesta un patrón de conducta desordenada e imprevisible, al principio con la alimentación, pero más adelante también con otros aspectos de su vida. La hipersensibilidad para detectar sensaciones internas, no les permite tolerar el percibir tener el aparato digestivo lleno, acompañado de hiperactividad por su esfuerzo de pérdida de peso, luego de ingerir alimentos. (Quality Plan For The National Health System of Spain, 2006-2010).

En la adolescencia, se presentan significativas variaciones tanto físicas como psicológicas, donde la conceptualización de la percepción de la imagen adquiere mayor



significancia (Olesti, 2007). Considerada como período fluctuante de tensión y estrés, donde los adolescentes afrontan diversos cambios, que surgen como respuesta social y cultural frente a ellos. De hecho, se presenta una excesiva angustia por el aspecto físico y sobredimensiones, en relación a la imagen corporal que afectan a los adolescentes de ambos sexos (Cruz y Maganto, 2002); (Grabe, Ward y Hyde, 2008); (Greenwood, 2009); (Olesti, 2007).

Estudios realizados en adolescentes indican que, es este el período donde se da una mayor valoración hacia la apariencia física y generando rechazo al propio cuerpo, debido al concepto de la identidad y el rol sexual, que exige el contexto social donde se desarrollan los adolescentes (Cash, 2004); (Grogan, 2007); (Grabe, S. Ward, L. y Hyde, J.S, 2008).

Existen datos estadísticos que refieren que; es en la adolescencia donde la imagen corporal es el componente más acentuado como indicador de realización personal en mujeres y varones, destacando en este aspecto, las adolescentes mujeres (Coleman, 2003). Es así que los adolescentes asumen conciencia de su propio cuerpo, acompañados de preocupación y desarrollando iconografías particulares de su físico (Papalia, 2005). Dando origen a que gran parte de adolescentes, experimentan insatisfacción por su apariencia, otorgándole mayor énfasis a los atributos físicos; si, la imagen corporal es percibida como negativa, dan lugar al inicio de trastornos de la conducta alimentaria (Rosenblum y Lewis, 1999). Asimismo, al dar mayor énfasis a lo físico, genera en ellos, ansiedad e inseguridad en el cual si esta imagen no corresponde a los estereotipos de belleza mostrados continuamente en los medios de comunicación masivos. Por lo tanto; es necesario inculcar, adecuados hábitos alimenticios en etapas previas a la adolescencia y explicarles que; alimentarse no es un tema de moda, si no de asegurarnos que el organismo tenga los nutrientes necesarios que les permita crecer, desarrollarse y mantener una buena salud mental y física.



En adolescentes mujeres, los trastornos de conducta alimentaria tienen que ser diagnosticadas, tratadas de manera oportuna y adecuada, ya que provocan considerables daños a la salud orgánica, emocional y social como: desnutrición severa, daño del tubo digestivo, hipertensión, cardiopatías, alteraciones bioquímicas en la sangre, cambios endócrinos y hormonales; como también, alteraciones psicológicas, incentivado por la opresión social y consecuentemente a ello la hospitalización y muerte en algunos casos (Bueno, 2003, Papalia, Wendkos y Duskin, 2005; Soutullo, 2004).

Los trastornos de la conducta alimentaria, son originados por factores biopsicosociales, constituyéndose de la interacción de la mayoría de los contextos donde se desenvuelve el ser humano. Por lo tanto; estos trastornos, son originados también por las constantes campañas de publicidad, relacionados con los prototipos de belleza instaurados por las mismas y la exigencia del contexto social de adolescentes perjudicándoles constantemente. Las adolescentes, al ser vulnerables en esta etapa de desarrollo se preocupan excesivamente por tener una figura esbelta con métodos autodestructivos, poniendo en riesgo su integridad física y psicológica resistiéndose al tratamiento (Barriguete y Tena, 2005).

No se conoce la etiología exacta de la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, se puede considerar una perspectiva multicausal, donde interactúan de manera simultánea factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales (Weltzin, Weisensel, Franzcyk, Bumelt, Klitz y Bean, 2005). Dichos agentes, además de ser quienes originan la patología, perturban la comunicación intrapersonal e interpersonal, llevando a presentar pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos. (Martínez, Guzmán, Harley, Morote y Calderón, 2003). Dichas características clínicas adquieren diversas causas, donde interactúan agentes predisponentes, precipitantes y de subsistencia presentes en un momento determinado.



Los sentimientos de autocontrol, los lleva a pesarse constantemente con una disciplina autoinducida y muy severa, acompañados de irritabilidad, fluctuaciones constantes; cambios de estados de ánimo, mintiendo continuamente e intolerantes a la frustración.

Se destaca también; la pérdida considerable de peso que los lleva a la desnutrición, manteniendo un peso por debajo de lo estimado para su edad e índice de masa corporal. En las adolescentes, es habitual la presencia de las alteraciones del ciclo menstrual o la ausencia del periodo menstrual (amenorrea). En los adolescentes varones se da el descenso de los niveles de testosterona. Siendo frecuentes las caries dentales, un ritmo cardiaco lento (bradicardia), sequedad de la piel, insomnio, pérdida del cabello, labios secos, dolores de cabeza y uñas frágiles (Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud España, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2012); definen la adolescencia como el “periodo donde el individuo adquiere madurez reproductiva, transitando por patrones psicológicos de la niñez a la adultez y donde se hace presente el deseo de establecer su independencia” (OMS, 2018); considerando la adolescencia la etapa entre 10 y 19 años de edad, según la Organización Mundial De la Salud (OMS, 2018) y, según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2012), considera la adolescencia la etapa comprendida entre las edades de los 12 y 17 años, 11 meses 29 días. Siendo una de las etapas de transición más importantes del ser humano. Durante la adolescencia se dan cambios a nivel psicológico, físico y social, la búsqueda de identidad, el crecimiento acelerado y la mayor exigencia académica; en relación a ello una dieta insuficiente puede perturbar el buen desarrollo y logros de estos aspectos. Es por este motivo, que es necesario la presencia de nutrientes básicos como son las proteínas, carbohidratos, cereales, frutas y verduras, zinc, hierro, calcio, fibra, almidones, omega 3, complejo B-12, vitamina A, D, C; para un buen desarrollo del organismo (MINSA, 2014, Nutrición y Alimentación del Adolescente entre los 10 a 19 años); pues, una



dieta monótona sin variedad de todos los grupos de alimentos, no cuenta con todos los nutrientes. Lograr que las adolescentes mujeres se alimenten de todo y saludable, no es tarea fácil debido a los cambios de interés influenciados en ocasiones por el grupo social, publicidad o estilos de vida, etc. (MINSA, 2014).

Este problema ha mostrado alta prevalencia en nuestro país y a nivel mundial, Stice y Bohon (2012), refieren que el 0.9% - 2.0% de las mujeres padecerán anorexia, anorexia subclínica padecerán el 1.1% - 3.0% de las mujeres adolescentes y 1.1% a 6% de mujeres padecerán bulimia, subclínica se presentarán el 2.0% a 5.4% en las mujeres adolescentes los últimos años. En julio del 2010 entre 7.3 % y 11.4% de más de 9,000 adolescentes que fueron parte del estudio en 17 ciudades del Perú presentaron complicaciones alimentarios como la bulimia y la anorexia, basados en investigaciones epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud (MINSA - 2010); (Pomalima, 2010), dichos estudios se realizaron en niños y adolescentes de dicho instituto de salud, donde podemos concluir que: “dichas enfermedades comprometieron el desarrollo saludable de la población adolescente, ya que se presentaron cambios en sus rutinas alimentarias y en su vida diaria, ocasionando complicaciones físicas y emocionales”. Generalmente, son adolescentes mujeres quienes adoptan medidas restrictivas en su alimentación, por miedo al incremento de masa corporal y peso. El estudio se llevó a cabo en 18 ciudades del Perú. En el año 2013 el total de casos de trastornos alimenticios fue 2,258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 bulimia, como se ha podido ver, a través de los cambios de actitudes hacia la alimentación, y dicho problema que surge en las estudiantes adolescentes mujeres por la percepción equivocada de su propio cuerpo relacionada a un aspecto estético que generan un deterioro en su salud; no se puede dejar de lado la preocupación que tienen las adolescentes mujeres por su imagen corporal, ese interés de tener el cuerpo perfecto, lo cual



las lleva a instaurar en su repertorio conductual, dietas estrictas para acercarse al prototipo de belleza, siendo influenciadas por referentes de las campañas publicitarias como son los modelos de dicha imagen publicitaria del momento, iniciándose serios trastornos de la conducta alimentaria; siendo necesario que su entorno primario familiar, transmita a los hijos respeto, amor y aceptación hacia su cuerpo, inculcando hábitos alimenticios saludables.

Según datos del 2013 en el Perú, la atención en servicios o consultas oscilan de 10 a 12 casos de anorexia y bulimia al día; refiere Nelly Canción psicóloga y directora de la asociación peruana “Vida mujer”, quien trabaja con niños (a), adolescentes y mujeres; durante el I Congreso Peruano de Trastorno de Conducta Alimentaria y el IX Congreso Hispano Latinoamericano de “trastornos de la conducta alimentaria” realizado en Lima donde se reunieron más de 300 expertos internacionales de la Academia Mundial de Desórdenes Alimentarios, donde dieron a conocer los siguientes temas de anorexia nerviosa, bulimia, trastornos por atracones y otros trastornos atípicos; vigorexia, ortorexia, comedor nocturno, comedor selectivo, alcoholoxia, diabulimia y otras variantes. Nelly Canción durante el congreso manifestó que, durante el 2011 se atendió 5 a 6 casos al día y en el 2013, esta cifra se fue incrementando, de los cuales fueron detectados entre 4 a 5 casos en Huancayo (Canción, 2013).

En Cusco, Quispe (2012), realizó una investigación intitulada: “Evaluación de la predisposición a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Cusco”, cuyo objetivo fue evaluar la predisposición a padecer trastornos de la conducta alimentaria en relación a las actitudes alimentarias anómalas, distorsión, insatisfacción de la imagen corporal e índice de masa corporal, en los adolescentes, en sus resultados se obtuvo 126 encuestados válidos, 77 mujeres, 47 varones. El 15% del total adolescentes presentó predisposición en padecer TCA, de estos el 10.3% es el sexo femenino y 4.7% masculino. El 16% presentó morbilidad frente a las actitudes alimentarias anómalas, de ellos el 4% presentó morbilidad aguda, 58% de adolescentes



evidencio una distorsión, y el 73% insatisfacción de la imagen corporal. En el 77% un estado nutricional normal. El 75% corresponden a un nivel socioeconómico medio. El 95% de adolescentes con actitudes alimentarias anómalas, mostraron predisposición a padecer TCA (P:0.000). El 84.2% con predisposición a TCA donde provenían de colegios nacionales, concluyendo la existencia de la predisposición en padecer TCA en los adolescentes de la ciudad del Cusco sin diferencia de nivel socioeconómico.

En relación a los datos anteriores, surgió la motivación para realizar la presente investigación, en vista de los altos índices de problemas alimenticios que se vienen presentando en nuestro país en las adolescentes mujeres. Además de conocer la realidad de cómo estas se alimentan y si cuentan con orientación psicológica y nutricional adecuada en sus lugares de procedencia, en nuestra sociedad y específicamente en la Región de Cusco.

Partiendo del principio de que, la alimentación juega un papel importante en el desarrollo físico y psicológico en esta etapa de su vida; y que muchas veces, se ven influenciadas por sus pares y medios de comunicación a seguir algunos patrones de belleza, que no son nada saludables, llegando a poner en riesgo su salud, alterar su calidad de vida y autoestima por la búsqueda de su identidad y aceptación con su entorno primario y social; se observó que existe riesgo a que las estudiantes adolescentes padezcan problemas con su alimentación; así, como puedan surgir mayor incidencia de casos de trastornos de la conducta alimentaria. El presente estudio, busca conocer las causas de la problemática y encontrar alternativas para que no pueda darse a futuro en un mayor grado de riesgo en la población estudiantil.

Por lo tanto, es importante la realización de esta investigación, porque los resultados servirán como información para futuros estudios relacionados a trastornos de la conducta alimentaria; así como base para la formulación de planes de proyectos de prevención de esta problemática, porque es importante conocer las actitudes hacia la alimentación y que



características y situaciones influyen en las estudiantes adolescentes mujeres; así, se conocerá los problemas existentes ante los trastornos alimentarios, lo que nos permitirá tomar acciones acerca de los peligros implicados en el bienestar psicológico y físico de esta población, lo que demanda en nosotros mayor atención ante cualquier indicio de presencia de la problemática, por medio de adecuadas y permanentes acciones de prevención, promoción y tratamiento. La información que se obtiene en los resultados será de mucha utilidad para nuevos estudios relacionados a esta problemática de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes mujeres lo cual será de beneficio para nuestra sociedad.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las diferencias entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características de procedencia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

2. ¿Cuáles son las características del tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

3. ¿Cuáles son las características según modalidad de educación privada y pública en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?



4. ¿Cómo son las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

5. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “anorexia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de Instituciones Educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

6. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “bulimia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de Instituciones Educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

7. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “control oral”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?

8. ¿Cuál es el grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Rickettsy Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia?

9. ¿Existe diferencias significativas entre las dimensiones "anorexia", "bulimia" y "control oral", en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?



1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo general.

Describir las diferencias en las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características de procedencia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

2. Establecer las características del tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

3. Describir las características según modalidad de educación privada o pública en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

4. Conocer las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

5. Establecer el grado de relación entre la dimensión “anorexia” con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de Instituciones Educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

6. Identificar el grado de relación entre la dimensión “bulimia” con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de



secundaria de Instituciones Educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

7. Identificar el grado de relación entre la dimensión “control oral” con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

8. Identificar la relación entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.

9. Describir si existe diferencia significativa entre las dimensiones “anorexia”, “bulimia” y “control oral”, en adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.

1.4 Justificación

1.4.1 Conveniencia.

Son múltiples los beneficios que otorgará esta investigación. La primera contribución será en el ámbito preventivo, por que llegaremos a conocer la actitud hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes mujeres y a la vez, entender cómo esto influye en ellas y así poder detectar el problema de manera precisa, oportuna y confiable. Así se dará a conocer los riesgos vinculados a la salud de la población del presente estudio, y consecuentemente estar atentos ante cualquier indicio de problema. En segundo lugar, la contribución de este estudio es dar un “tributo” a las mujeres adolescentes de la Región Cusco, teniendo como orientación el fomentar en ellas una alimentación saludable, así como promover su bienestar psicológico y físico.



1.4.2 Relevancia social.

En recientes estudios sobre esta problemática, se ha visto que los porcentajes estadísticos de adolescentes mujeres que sobrellevan trastornos alimentarios tienen un incremento constante y hasta cierto punto alarmante, sin embargo, dicha incidencia se minimiza, ya que este desorden continúa presente principalmente en la población femenina debido al desasosiego por el aspecto físico, el concepto de la imagen personal y corporal. Según datos estadísticos del MINSA (2014), en el año 2014 se registró un total de 1,062 personas que padecían alguno tipo de trastorno alimenticio. Según ese reporte, en el mes de junio, se atendió a 332 pacientes con anorexia y 185 con bulimia, estas cifras son en función a los casos asistidos en 25 regiones del Perú, dichos trastornos suelen aparecer en edades de 12 a 17 años, enfatizando que de cada 10 pacientes 9 son mujeres.

Debido a esta situación, la finalidad esencial que surge a partir de nuestra investigación, es conocer las actitudes hacia la alimentación de estudiantes adolescentes del sexo femenino de 4° y 5° de secundaria de la Región Cusco, para contribuir en esta población el fomento de un adecuado bienestar físico, psicológico y una alimentación saludable; porque hoy en día se considera esta problemática desde una perspectiva multicausal, que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales que se interrelacionan entre sí en las adolescentes mujeres. Dicho esto, esta investigación brindará un gran aporte a nivel local y regional. Por lo tanto; será de mucha importancia que los conocimientos logrados en esta investigación, tengan incidencia positiva en las adolescentes, padres de familia, educadores, sociedad, y profesionales vinculados a la salud nutricional y mental de nuestra sociedad, y el entorno familiar de la población de mujeres adolescentes del Cusco y porque no del país.



1.4.3 Implicancias prácticas.

El presente estudio de las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes, permitirá obtener un conocimiento y diagnóstico comparativo que se presentan en las variables de la investigación. Con esto pretendemos que instituciones y organizaciones nacionales e internacionales vinculados a la salud, formulen nuevos programas para mejorar la calidad de vida nutricional y psicológica de las estudiantes adolescentes mujeres de la Región Cusco, permitiendo el tratamiento oportuno y adecuado para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a las variables del presente estudio, tanto a nivel local como nacional.

Debido a que el tema de investigación es de actualidad, se espera obtener resultados trascendentales que apoyen a promover el conocimiento de las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes mujeres del 4° y 5° de secundaria de las tres instituciones educativas de la Región Cusco inmersas en el estudio.

1.4.4 Aporte teórico

Se ha revisado diversos trabajos de investigaciones relacionadas con esta problemática. Con este proyecto de investigación, pretendemos hacer una comparación de los datos logrados en años anteriores, con datos que lograremos en la actualidad, y de esta manera colegir si la prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios se mantienen, o existen diferencias de orden ascendente o descendente respecto a trabajos anteriores, de esta manera aportar teóricamente a la comprensión del problema y posibilitar un mejor abordaje práctico del mismo, a fin de mitigar sus consecuencias en las adolescente de nuestro medio; en este sentido, replicar el estudio con tres poblaciones distintas entre sí, pero que representan las características más generales de las modalidades de educación en el medio peruano, nos brindará información de valor teórico relevante que podrá ser tomado como referente para nuevos estudios locales,



nacionales e internacionales, permitiendo la apertura hacia una mayor profundización y contrastación de los resultados que se obtengan con el presente estudio.

1.5 Delimitación

1.5.1 Temporal

La delimitación de la presente investigación está determinada al tiempo de duración de la investigación, por lo que los resultados de la misma se deberán generalizar tan sólo al periodo en el cual se realizará la evaluación y procesamiento de los resultados. Por lo tanto, los datos se deben generalizar al tiempo que dure el proceso de la investigación.

1.5.2 Espacial

El presente estudio, está delimitado espacialmente a la población en la que se aplicarán los instrumentos de recolección de información, por lo que los resultados deben generalizarse a la misma y a contextos semejantes a la muestra de la presente investigación, no debiendo generalizarse a poblaciones distintas tanto en el contexto espacial o geográfico.

1.6 Aspectos éticos

En la presente investigación se aplicará la aceptación del consentimiento informado para ser parte de la evaluación, brindándoles la suficiente información a cada una de las escolares, sobre los objetivos del estudio y la privacidad en el manejo de los datos, y de igual manera a sus padres o tutores, quienes son los que deben autorizar dicha evaluación y la confidencialidad según el artículo 87° de la ética profesional.

Se adjunta un ejemplar de la ficha de consentimiento informado en el Apéndice D.

Cabe aclarar que la aceptación de ser parte del estudio es una condición indispensable para ser incluidas dentro de la investigación, de ahí que también sea uno de los criterios de exclusión el hecho de rechazar o abandonar la evaluación en el momento que consideren conveniente.



Capítulo 2: Marco teórico

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes del Extranjero

Mendoza, Gonzales y Silva (2013), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAN), realizaron un estudio intitulado: “Autopercepción ideal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes”. El objetivo fue advertir la relación entre la auto descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género, las conductas y las actitudes hacia la alimentación, así como investigar si existen incompatibilidades entre las tres dimensiones. La muestra estuvo compuesta por 232 mujeres adolescentes con edades entre 13 y 18 años, en la que se empleó la prueba de Actitudes Hacia la Alimentación y el Inventario de Masculinidad y Feminidad en las dimensiones ¿Cómo soy?, ¿Cómo me gustaría ser? y ¿Cómo debe ser una mujer? De sus resultados, llegaron a la conclusión que la autopercepción contrasta del ideal personal y aún más del precepto social; así mismo, que la subordinación y el machismo, que integran las características negativas de la feminidad y masculinidad proporcionalmente, son los roles que más se correlacionan con las actitudes negativas hacia la alimentación.

Guillermo (2012), de la Universidad Abierta Interamericana de Argentina, realizó un estudio intitulado: “Hábitos alimentarios en escolares adolescentes”. Cuyo fin fue estudiar y cotejar los hábitos alimentarios de las adolescentes de las instituciones nacionales y privadas. La muestra estuvo compuesta por 80 estudiantes, de estos participantes 40 son de escuela privada y 40 de la escuela nacional dentro de las edades entre 16 y 18 años, en la que se aplicó



una encuesta cerrada, estilo diario de frecuencia para examinar los hábitos alimenticios de esta población. De acuerdo a los resultados obtenidos concluyeron que; los hábitos alimenticios de los adolescentes que concurren a la institución educativa privada e institución educativa nacional no presentaron incompatibilidades significativas, en el único área donde coexiste una marcada diferencia entre ambos grupos es en la frecuencia con que realizan actividades físicas, es aquí donde los adolescentes de la institución educativa privada reflejaron una incidencia semanal considerable con respecto a los estudiantes de la institución educativa pública. También existe una considerable predisposición a conductas perjudiciales para la salud de los adolescentes de la institución educativa privada, como el consumo de bebidas alcohólicas que se dan con una frecuencia preocupante en más del 50% de los participantes, el consumo habitual de alimentos procesados como son snacks con elevado contenido de sodio, y la concurrencia a lugares donde se expenden comida rápida donde los alimentos tienen elevados niveles de grasas saturadas, frituras y bebidas azucaradas, así también el consumo de dulces o galletas a diario.

Negrete (2015), de la Universidad Autónoma de Barcelona, España; realizó un estudio intitulado: “Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México”. El objetivo fue investigar los problemas de la conducta alimentaria por medio de un estudio epidemiológico con adolescentes escolarizados del estado de Nayarit de México. La población está conformada de 2449 encuestados, donde 1142 son varones y 1307 mujeres, participaron 27 instituciones públicas y privadas, donde 6 pertenecían a áreas rurales y 21 a áreas urbanas, donde se aplicó el test de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Eating Attitudes Test (EAT-26), Cuestionario de Influencias de Modelo Estético Corporal (CIMEC-26) y Eating Disorder Examination (EDE). De sus resultados llegaron a la conclusión que, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el Estado de Nayarit, anorexia es 0,45% y bulimia



nerviosa es 2,8%, donde también concluyen que las mujeres son las que muestran mayor influencia de los estereotipos de belleza. Las actitudes alimentarias inadecuadas son acompañados de una mayor distorsión donde el peso y la figura, son conceptualizados como angustiantes en el que son las mujeres quienes presentan considerables porcentajes de limitación dietética, vómito autoinducido, así como el empleo de purgantes con la finalidad de mantener el peso ideal, en función de áreas de procedencia, se observó que en el área urbana los porcentajes de antecedentes de obesidad son mayores en comparación al área rural. La aflicción es en relación a la cantidad de alimento que se ingiere, calorías, peso y la apariencia; así como la conducta restrictiva y estas actitudes distorsionadas se exterioriza particularmente en poblaciones provenientes del área urbana; en relación al sexo, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria siendo significativa en el género femenino a diferencia del género masculino, siendo en las zonas urbanas donde se dan una incidencia significativa global de trastornos de la conducta alimentaria que en áreas rurales.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Montoya, Y. y Quenaya, A. (2014), de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) de Perú; realizó un estudio intitulado: “Influencias de los medios de la comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentarias en escolares mujeres en Lima”. Cuya meta fue evaluar si existe asociación entre los modelos de imagen corporal mostrados por los medios de comunicación y el riesgo de TCA en adolescentes escolares mujeres de Lima. La muestra estuvo compuesta por 483 escolares con edades mediana de 12 mayor a 17 años, en la que se utilizó la prueba de Actitudes Hacia la Alimentación (Eating Attitudes test -26) y la persuasión por parte de los medios de comunicación con el Cuestionario sobre Actitudes Socioculturales, con Respecto a la Apariencia (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3). De estos resultados llegaron a la conclusión que; cuanta más persuasión



reciban de los medios de comunicación mayor es la predisposición de padecer TCA en estudiantes mujeres en Lima - Perú.

Ponce (2014), de la Universidad de Huánuco - Perú, de la Escuela Profesional de Enfermería, realizó un estudio intitulado: “Conducta de riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia y bulimia) en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la institución educativa parroquial Padre Abad de Tingo María”. El objetivo del estudio fue delimitar conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la Institución Educativa Parroquial Padre Abad. Para lo cual se trabajó con una muestra 100 alumnas, a quienes se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26. Obteniendo como resultado que; la edad media de las estudiantes es de 15 años. El 85,0% procede de zona urbana. El 23,0% presenta riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia y/o bulimia). El 57,0% se considera obesa. El 37,0% y un 30,0% se encuentra inconforme con su cuerpo y su imagen correspondientemente. El 37,0% práctico dieta en un momento determinado y el 52,0% preferiría ser esbelta. La conclusión fue que: menos del 50,0% de las alumnas presenta predisposición de padecer trastorno de la conducta alimentaria; donde el residir en zona urbana estaría vinculado a padecer trastornos de la conducta alimentaria además de sentimientos de disconformidad hacia sí mismo tanto corporal y física, haciendo uso de prácticas nada saludables como dieta para ser más delgadas.

Flores (2017), de la Universidad Católica San Pablo de Arequipa - Perú, de la Escuela Profesional de Psicología, realizó un estudio intitulado: “Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa”. Cuyo objetivo fue conocer la relación entre el funcionamiento familiar y predisposición de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria, procedentes de instituciones educativas privadas y públicas. Para ello



se empleó una muestra de 746 estudiantes de nivel secundario (254 varones y 492 mujeres) del distrito de Cerro Colorado, Arequipa; el 69% constituyen los alumnos de instituciones privadas y el 31% los alumnos de instituciones nacionales, a ellos se aplicó tres pruebas, las cuales cuentan con validez y confiabilidad adecuada y pertinente: El test de Actitud hacia la alimentación (EAT-26), el instrumento de confirmación de TCA (M.I.N.I), y el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL). De sus resultados concluyeron que: hay una mayor prevalencia de casos de anorexia y bulimia en colegios privados en comparación a los colegios estatales. A nivel de estratos socioeconómicos se concluyó que: hay diferencias en bulimia en instituciones particulares que, en nacionales, y no en anorexia donde no existe una diferencia significativa al realizar la comparación. En cuanto al sexo se confirmó mayor incidencia de casos en mujeres en comparación a los varones, y en cuanto a la edad se halló que tanto estudiante de cuarto y quinto grado de secundaria presentan una alta predisposición a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

2.1.3 Antecedentes locales

Mamani (2011), de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco, realizó el estudio intitulado: “Rasgos psicológicos de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas del tercero, cuarto y quinto grado de secundaria de las instituciones educativas Educandas, Comercio 41 y Clorinda Matto de Turner, Cusco”. El objetivo fue conocer los rasgos psicológicos de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de tercero, cuarto y quinto grado de secundaria de las instituciones mencionadas. La población estuvo conformada por 2,453 alumnas, de las cuales el 32,78% son estudiantes de la I.E. Educandas; el 26, 66%, de la I.E. Comercio 41; y el 40, 56%, de la I.E. Clorinda Matto de Turner; con edades de 15 a 17 años; en la que se aplicó la prueba Eating



Disorder Inventory - 2 (Inventario de Desórdenes de la Ingesta- 2) EDI-2. De sus resultados concluyeron lo siguiente:

Las alumnas de dichas instituciones tienden a tener rasgos psicológicos con mayores puntuaciones de perfeccionismo, ascetismo, impulsividad y miedo a la madurez indicando que las alumnas buscan la perfección por medio de la autodisciplina, el sacrificio y se encuentran convencidas de que los demás esperan de ellas resultados excepcionales, volviéndose este más peligroso al ser acompañado por temores frente a cambios y situaciones nuevas en ocasiones acompañados de sentimientos de pérdida de control, de modo que la restricción alimentaria suele ser un mecanismo que emplean para evitar la madurez psico-biológica y conservar la apariencia prepuberal.

Los rasgos psicológicos de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria según la edad, se presentaron mayor cantidad de rasgos con significancia alta, entre los 16 y 17 años como perfeccionismo, ascetismo, impulsividad, miedo a la madurez y sintomatología bulímica, lo cual revela que a medida que la edad avanza se desarrollan rasgos psicológicos. En cuanto al grado de escolaridad, las alumnas del cuarto y el quinto grado presentaron mayor número de rasgos psicológicos, revelando así que cuanto más se acerca la culminación de la etapa de la adolescencia para darse inicio a la adultez, el riesgo aumenta.

Huayllani (2016), de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina del Cusco, realizó el estudio intitulado: “Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de la institución educativa Cecilia Túpac Amaru”. El objetivo fue conocer los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de dicha institución. La población estuvo compuesta por 480 y la muestra estuvo conformada de 187 estudiantes, en la que se aplicó un cuestionario sobre trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes, que se estructura en dos partes, la primera fue recolección de datos generales (edad, sexo, grado



de estudios, residencia); la segunda parte estuvo relacionada a la recolección de datos de acuerdo al análisis de su comportamiento alimentario en forma general. Respecto a datos estadísticos de trastornos de la conducta alimentaria, los resultados muestran que, el 40% tiene iniciativa por comer alimentos con pocas calorías, el 24% nunca come cuando no tiene hambre, el 42% tiene a menudo autocontrol en las comidas, el 40% siempre come en exceso; sobre el consumo de azúcar, el 78% a menudo evita comerlo, el 40% siempre evita comer alimentos ricos en hidratos de carbono, el 44% a menudo corta trozos de comida en pedazos pequeños. El 44% a menudo cuenta las calorías de los alimentos que ingieren. El 56% a menudo evita comer cuando sienten hambre; sin embargo, el 46% nunca asume el compromiso de hacer dieta, pero el 58% a menudo se sirven una ración menos a la de los demás. Respecto al uso de pastillas para bajar de peso; el 48% lo hace a veces, el 52% nunca consume diuréticos, el 63% nunca toman laxantes, el 80% nunca se hacen masajes para reducir el peso, pero beben altas cantidades de líquido para eliminar la grasa. La mitad de los encuestados sueña con ser flaca (o), igual porcentaje se compara siempre, el 62% nunca tiene dificultad para relacionarse con los demás, el 50% de los escolares se comparan con otros, el 64% siempre se preocupan por tener grasa en el cuerpo, el 58% nunca tienen deseos de hacer ejercicios para quemar calorías, el 90% siempre desean ser más delgados, el 90% siempre tienen obsesión por la forma y el peso, raramente vomitan; el 36% comen en exceso a escondidas raramente. Se aprecia que, el 88% de escolares nunca comen en exceso.

Gil (2013), de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina del Cusco; realizó el estudio intitulado: “Evaluación de la predisposición a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del Cusco”. La finalidad fue evaluar la propensión a padecer trastornos de la conducta alimentaria en referencia a las actitudes alimentarias anómalas, distorsión, insatisfacción de la imagen corporal e índice de masa corporal en adolescentes de la ciudad del Cusco. La muestra estuvo compuesta de 126 adolescentes conformada por mujeres y



varones con edades comprendidas entre 15 a 19 años, a quienes se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias, Test de la Siluetas, Test de Graffar y Grumberg y la Ficha de obtención de datos generales, como también recojo de medidas antropométricas como peso y talla para la obtención del índice de masa corporal. De sus resultados concluyeron que: el 15% del total de adolescentes presento predisposición a adquirir trastornos de la conducta alimentaria, el 10,3% correspondió al sexo femenino y 4,7% al masculino. El 16% presentó morbilidad frente a las actitudes alimentarias anómalas, de los cuales; el 4% presentó morbilidad aguda. El 58% de los adolescentes presentó distorsión y el 73% disconformidad con su apariencia corporal. El 77% con estado nutricional normal, el 75% corresponde a un nivel socioeconómico medio. El 95% de los adolescentes con actitudes alimentarias anómalas tenía predisposición a trastornos de la conducta alimentaria ($p=0.000$). 15 de los 19 estudiantes considera que los horarios de alimentación son variables, el 41% comen porque llegó la hora de hacerlo, el 64% comen hasta saciarse, el 44% de los estudiantes cuestionados sienten satisfacción después de haber ingerido los alimentos, el 40% respondieron que sienten que deben moderar su consumo de alimentos, el 40% de los estudiantes se halla insatisfecho con su peso, el 59% no ha practicado alguna conducta asociada a la alimentación y el 69% de los estudiantes indican que ninguna persona influye sobre ellos en lo que a su conducta alimentaria se refiere.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Adolescencia

Definición. Tiene su inicio en la pubertad desde los 10 a 12 años. Es aquí donde se evidencian los inicios de las variaciones físicas, dando inicio al transcurso del desarrollo emocional, transcurriendo del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, es aquí donde los adolescentes van creando sus juicios personales; en el aspecto social, va dejando su etapa infantil empezando a socializar con los adolescentes, pero no es aprobado por completo por los



adolescentes, generando en las mujeres y varones adolescentes un desequilibrio social, así como en el contexto familiar, constituyendo un componente fundamental, que podría ocasionar problemas psicológicos como la depresión y ansiedad, que va repercutiendo a nivel conductual originando aislamiento. Dichos procesos son denominados “transición de la adolescencia”; también se presentan un periodo de transición en el contexto donde se desenvuelven, como la escuela, compañeros y responsabilidades. La familia y los padres son el factor principal en como el adolescente asume este proceso, puesto, así como el apoyo y la autoridad le permitirá definir su personalidad y enfrentar la ansiedad que le ocasiona abordar estas variaciones (Papalia, 2001).

Etapas de la adolescencia.

Según, Papalia (2001), menciona las etapas de la adolescencia:

Adolescencia temprana. Tiene su inicio desde los 10 a 12 años. En esta etapa los adolescentes experimentan los primeros cambios físicos al mismo tiempo del inicio de la madurez psicológica, transcurriendo del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, es aquí, donde va adquiriendo sus propios juicios, en el aspecto social deja el interés de relacionarse con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, lo que le genera grados de ansiedad y depresión que influirán continuamente en su conducta ocasionando aislamiento temporal, presentándose algunas crisis propias de esta etapa sumado a estos cambios a nivel familiar, educativos, amistades y responsabilidades. Donde los padres y la familia son el soporte fundamental para enfrentar los cambios que viven los adolescentes, al mismo tiempo la autoridad de sus padres les permitirá construir su propia identidad.

Adolescencia intermedia. Tiene su inicio durante los 14 y 15 años de edad. En esta etapa se da un grado de habituación y aprobación de sí mismo, el adolescente va reconociendo sus habilidades personales y sus limitaciones como tal, integrándose a su grupo el cual le da cierto grado de confianza y bienestar al asentar vínculos sociales con sus pares, siendo aceptados por los



grupos de adolescentes, que va disminuyendo progresivamente la posibilidad de rechazo de sus progenitores que podría darse en ocasiones, relegando la admiración y respeto por sus padres.

Piaget (1973), señala que la adolescencia es la etapa donde se adquiere un alto desarrollo cognitivo (operaciones formales), desarrollándose el pensamiento abstracto que le permite pensar de una manera nueva y flexible en la adquisición de nueva información, permitiéndole discernir alternativas de posibilidades y someterlas a pruebas de hipótesis.

El razonamiento hipotético deductivo, según Jean Piaget (1973), le proporciona una herramienta en la resolución de problemas, permitiéndole desarrollar estrategias funcionales para desenvolverse en el entorno familiar y social.

Adolescencia tardía. Comienza desde los 17 a 18 años. Es en esta etapa que disminuye la celeridad de desarrollo y se recupera la simetría de los diferentes componentes corporales; estos cambios le generan cierto grado de bienestar ayudándoles a enfrentarse de manera óptima a las vicisitudes en la adquisición de su identidad, desarrollando mayor dominio de los estados de ánimo, obteniendo entereza y autonomía. Experimentando circunstancialmente grados de ansiedad, al sentirse presionada por las obligaciones, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el entorno familiar y social, para aportar económicamente, aún no lograron la madurez tanto psicológica y física (Papalia, 2001).

El comportamiento en la etapa de desarrollo de la adolescencia está marcado por la fluctuación de las metas, conceptos y aspiraciones provenientes por la búsqueda de su identidad personal. Es aquí en la que los estados emocionales son fluctuantes y acelerados, y pueden estar separados de cualquier otra causa visible (Martínez y Costa, 1996).

En cuanto al crecimiento de los adolescentes. Se evidencian tres elementos importantes en la adolescencia a tener en cuenta para entender los cambios que se dan en la personalidad de los



adolescentes dentro de esta etapa de desarrollo; estos elementos son: físicos, psicológicos y socio cognitivos, dándose de manera simultánea entre sí (Gumucio, 2001).

Desarrollo de la adolescencia

Se presenta en las siguientes partes:

Desarrollo físico. Las variaciones físicas vitales durante la adolescencia conllevan alternancias de la creencia corporal, siendo esta la percepción propia del concepto en relación a la proyección de su figura; es en esta etapa fundamental la adaptación física, emocional y biológica, para llegar a tener una identidad propia, así como la aprobación de sí misma/o y de su nueva apariencia física. (Castellano, 2004).

Desarrollo psicológico. Los cambios psicológicos en la adolescencia se producen de la competencia y flexibilidad de la forma particular de pensamiento que se posee y que incrementa el discernimiento, percepción y criterio propio. Su desarrollo cognitivo está marcado por el pensamiento abstracto, es así que el adolescente tiene la capacidad de plantear, experimentar, evaluar y comprobar presunciones, siendo necesario aprendizajes, conocimientos previos y demostrables, ampliando la posibilidad de considerar adquirir nuevas habilidades dentro de su repertorio personal de planificación (Craig, 2001).

Desarrollo social. En esta etapa de culminación de la adolescencia y el inicio de la etapa adulta, se deja de lado la etapa infantil para lograr un concepto de sí mismo. Por lo tanto, esta identidad personal adquirida le permite haber desarrollado habilidades y valores tanto éticos y morales propios, autonomía, elección de una carrera profesional y un rol bio-psicológico. Dicho de otra manera, ser responsable de sus propias decisiones y aceptar sus consecuencias, asumir una identidad clara de sí mismo, y posteriormente, ser capaz de tener una responsabilidad laboral y formar un hogar. (Gumucio, 2001).



Para Erickson, la integración de la identidad llega a ser la primera limitación en los adolescentes, ya que deberán superar con el fin de lograr una transición óptima hacia la adultez, dando inicio a la vida adulta con estabilidad y coherencia de lo que ahora son y adaptarse tanto biológicamente y socialmente al entorno, donde se desenvuelven.

Los adolescentes perciben variedad de conductas y roles representados por medio de diversos entornos los que irán adoptando como referentes, los mismos que evaluarán y decidirán imitarlos, descartar o incluirlos dentro de su repertorio conductual lo que determinará su juicio personal, planteándose preguntas: ¿Cómo?, ¿Para qué? y ¿Por qué? (Erickson, 1971).

Con respecto a su edad, las investigaciones muestran que los TCA se están iniciando en edades muy tempranas de desarrollo, siendo la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) la edad fluctuante es entre los 15 a 25 años. Donde, la mayoría de casos es la anorexia nerviosa diagnosticados en adolescentes, presentándose menos casos en adultas (Pawluck y Gorey, 1998). Los Trastornos de la conducta alimentaria se dan mayormente en mujeres adolescentes (Toro, 2004), siendo estas quienes muestran desaprobación por su cuerpo ya sea por sobrepeso, creencias de un cuerpo delgado o en función a los estereotipos (Montero, Morales y Carbajal, 2004), al pertenecer a contextos donde se resalta lo esbelto del cuerpo y donde se rechaza el sobrepeso (Neumark- Sztainer et al. 2010, Eisenberg y Neumark, 2010). Es en la adolescencia, donde se adoptan e instauran los estereotipos de la imagen corporal y belleza, debido a muchos agentes tanto biológicos, psicológicos, personales, culturales y las interrelaciones con sus pares, propios en esta etapa de desarrollo para la adquisición de la imagen corporal. Gran número de adolescentes mujeres manifiestan inconformidad en cuanto al aspecto corporal como secundante de la inquietud por poseer una silueta esbelta, siendo importante en su desarrollo intrapersonal e interpersonal, asociados a la belleza física (Markey, 2010).



Es en la adolescencia donde los adolescentes están más expuestos con respecto a los estereotipos de belleza. Estando caracterizados por diversas mutaciones fisiológicas, cognitivas, psicológicas y fundamentalmente social los mismos que ocasionan inquietud por el aspecto físico. Las adolescentes mujeres se interesan más por estar dentro de los prototipos de belleza establecidos asociados a la esbeltez, dejando de ser adecuados y saludables en correspondencia a su talla y edad, y los adolescentes varones se interesan más por el desarrollo de los músculos (De Gracia, Marco y Trujano, 2007, McArthur, Holbert y Peña, 2005; Raich, 2001).

2.2.2 Actitud

Las actitudes influyen en el pensamiento y categorizan a las personas en su entorno social y la percepción de su entorno, permitiéndole moldear y ser flexibles en sus juicios, los que se reflejan en la conducta guiándolas en dirección de sus creencias personales (Perloff, 2003).

La actitud está conformada por pensamientos, emociones y siendo reflejados en la conducta que es propia de una persona, estas han sido adquiridas o aprendidas en la niñez y en la adolescencia mediante la observación, imitación y la socialización, existen actitudes que los favorece en su crecimiento saludable, como también hay actitudes desfavorables que los perjudica.

Una definición clásica de actitud planteada por Allport, la considera como “un estadio de tendencia psicológica, comprendido por aprendizajes previos que irán influenciando de manera directa y continua en cómo piensa, siente y actúa en torno a su rol y el contexto en el que se desenvuelva” (Allport, 1935; Baró, 1988).

2.2.3 Alimentación

La alimentación según lo define la real academia española, es la acción de proporcionar alimentos al organismo, incluyendo la selección, preparación e ingesta. Proporcionando



nutrientes y vitaminas que se transformarán en energía como finalidad para la conservación de la salud y la prevención en relación a problemas de salud. Favoreciendo en esta etapa de la adolescencia el desarrollo físico y mental adecuado considerados fundamentales (Real Academia Española, 2014).

La alimentación se da ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nutrientes y energía para el correcto funcionamiento de nuestro organismo, para lo cual el ser humano ha desarrollado habilidades que le permiten obtener fácilmente los alimentos, pudiendo encontrar hoy en día muchas más variedades de ellos de acuerdo a la necesidad personal.

La psicología y la alimentación. La psicología es una ciencia cuyos objetivos son estudiar y entender el crecimiento psicológico y comportamental del ser humano.

Es aquí donde nace o poco antes, donde las personas desarrollamos la base psicológica y conductual llamada identidad. La personalidad se adquiere desde la interrelación mente, cuerpo y contexto. Donde la conciencia trabaja simultáneamente con todos los estímulos recibidos sean estos internos o externos, están sujetos de manera continua a evaluar situaciones y dando como resultado nuevas emociones, sentimientos y conductas. Es así donde estos agentes de la alimentación, son valorados significativamente por las personas, donde además son estimulados de manera interna y externa. Es así que la nutrición esta directamente relacionada con el aspecto psicológico, repertorio conductual e ineludiblemente con la personalidad que se va consolidando. También, la nutrición del recién nacido está asociado al vínculo con su madre, el niño experimenta sentimientos y emociones agradables como: el placer de alimentarse, protección, cariño y amor o también sentimientos desfavorables como: apetito, enfado, inseguridad, desajuste emocional, temor y dentro de otras necesidades no cubiertas en esta etapa. Los componentes de la nutrición que actúan en la adquisición de la personalidad que se va formando desde edades muy tempranas, se da desde su nacimiento. Podemos concluir que la



alimentación está estrechamente relacionada con la personalidad constantemente a lo largo del ciclo de vida. Las familias van adquiriendo variados estilos de nutrición en diversos contextos como pueden ser: celebraciones, eventos, reconocimientos, roles, retribuciones, etc. Constantemente la población y sus autoridades están más atentos en controlar su peso corporal considerado el aspecto más importante en la salud; y, además, de la presión social existente por ser poseedora de una silueta delgada, dándole mayor valor a la imagen que se posee y no tanto así a las habilidades de las personas. Sin embargo, los esfuerzos están direccionados al aspecto médico y de los fármacos, así como en dietas y ejercicios. Siendo así necesario un trabajo multidisciplinario con participación de: médicos, psicólogos, nutricionistas y docentes, los que darán un gran aporte con su trabajo en la personalidad del ser humano, con el fin de brindarles apoyo y favorecer a la adquisición de comportamientos adecuados, que ayuden al control de un peso saludable. La nutrición del ser humano, es un proceso vital durante todo el ciclo de vida; es esta la base primordial de la personalidad vinculada íntimamente al aspecto psicológico, al concebir un concepto positivo o negativo de sí mismo. Por ello, la preocupación por el control del peso en niños, adolescentes y adultos, necesita ser considerado como factor relevante para considerar una nutrición saludable orgánica, además de un bienestar psicológico. De este modo los psicólogos por medio de la psicoterapia, representan un rol fundamental en el abordaje terapéutico responsable en el control del peso saludable, tanto por razones de salud física, mental y de belleza (Ruiz, 2003).

La psicología, alimentación y su utilidad. La alimentación ha sido definida como la base para entender el comportamiento que tenemos frente a la comida (Cabrera, 2015).

Si se tiene una concepción positiva de la alimentación sumará en la práctica del deporte de manera idónea, en el manejo de las emociones es necesario la orientación y supervisión de un nutricionista para la implementación de un plan dietético. Los factores emocionales, no son



los únicos aspectos fundamentales para lograr la adherencia a un plan alimenticio saludable y estar dentro de un peso adecuado y saludable, para evitar repercusiones negativas futuras en nuestra salud orgánica; sino; que la psicología al ser una ciencia contribuye también con conocimientos y fundamentos válidos y confiables por su evidencia científica para mejorar la experiencia al momento de alimentarse.

La psicología de la nutrición, aborda varios aspectos del bienestar humano, así como, mejorar el bienestar psicológico del ser humano, los restaurantes hoy en día utilizan recursos psicológicos para que los clientes estén más satisfechos con lo que comen e incluso incrementen el consumo de alimentos tanto en la frecuencia y cantidad. (Corbin, 2010).

Alimentación en la etapa de la adolescencia. Las exigencias en cuanto a la alimentación de los adolescentes tanto de mujeres como de varones, están directamente vinculadas con el desarrollo biológico y las variaciones propias de la pubertad. En su mayoría los varones maduran un par de años posterior a las mujeres. Es en la niñez, donde las necesidades de nutrición de las niñas y niños son iguales o semejantes; es, en inicios de la pubertad donde se da una diferencia significativa, haciéndose más notorios en la culminación de la adolescencia, debido a los distintos aspectos y funciones fisiológicas propias del organismo como por el sexo; en las adolescentes mujeres es necesario mayor consumo de hierro y ácido fólico necesario para la menstruación, como también en embarazadas y un mayor aporte de proteínas en los varones que contribuyen en el desarrollo de masa muscular (MINSA, 2006).

La promoción de hábitos alimenticios saludables antes y durante la adolescencia, deberán ser en función a los cambios que se van dando en la obtención de su identidad personal, así como el establecimiento de su emancipación, búsqueda de nuevos patrones de socialización, preocupación por la figura corporal, etc., siendo los que condicionarán a partir de este momento sus estilos de vida y la incorporación de patrones alimenticios. Los adolescentes dan mayor



atención al aspecto corporal predisponiéndoles a menudo a desarrollar dietas auto inducidas nada saludables con la finalidad de cumplir prototipos de belleza física, continuamente persuadidas por los medios de comunicación audiovisuales y spots publicitarios del momento, que pueden dar inicio a trastornos de la conducta alimentaria como son: anorexia, bulimia y vigorexia mayormente en los varones. Por tanto; es muy necesario que, en el ambiente familiar y escolar, estar atentos a estos agentes vinculados directamente con la autoestima, la admiración y aceptación por su propio cuerpo, de manera simultánea favorecer en la adquisición de hábitos saludables de nutrición y de calidad de vida. Son escasas las investigaciones donde se muestre la necesidad de instaurar hábitos alimenticios saludables en los adolescentes y, por lo tanto, instaurar ingestas recomendadas y necesarias para esta población, que solo se obtiene de la derivación de estudios en niños y adultos. De los estudios en niños se obtuvo datos relacionados con las necesidades de desarrollo y en relación a los estudios en adultos relacionados a las necesidades por el mantenimiento de una alimentación especial de acuerdo a la edad y etapa de vida en la que se encuentre (MINSa, 2006).

Las aspiraciones de alimentación a lograr durante la adolescencia se darán en función a la celeridad de desarrollo y a las variaciones en la combinación corporal que se presentan en la adolescencia (MINSa, 2006).



Causas del desequilibrio alimentario en la adolescencia. Podemos encontrar tres: practicas nutricionales poco habituales: trastornos de la conducta alimentaria, rutinas deportivas de alta competencia y demanda. Las practicas nutricionales en los adolescentes se caracterizan por: a) frecuentes limitaciones en la ingesta de alimentos, como, no desayunar y no almorzar; b) ingerir alimentos diferentes al ambiente familiar; c) consumo de altas cantidades de alimentos procesados como: snacks, golosinas y galletas; d) restaurantes de comida rápidas y, e) práctica de diversas dietas sin tener la orientación de un nutricionista.

El sobrepeso y obesidad están sujetas a un alto valor calórico, por una mayor ingesta de productos de contenido excesivo de grasas saturadas, sodio y azúcares, y una disminución gradual del consumo de frutas y verduras, además de la práctica de deportes que contribuyan a la eliminación de calorías por el consumo de estos productos muy elaborados, se pueden evidenciar porcentajes significativos en los niños y adolescentes. La obesidad constituye en cualquier etapa de desarrollo un problema de salud pública prioritario, considerando sus repercusiones peligrosas en el desarrolló biopsicosocial.

Las limitaciones conscientes de nutrición e ingerir alimento con bajos aportes nutricionales, podrían derivar en trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa, que afecta principalmente a adolescentes, presentándose más casos en mujeres, de cada 10 - 1 padece dicho trastorno. Donde los criterios clínicos están establecidos en los manuales de trastornos mentales, y no se conoce aún la etiología de este. Los adolescentes que practican deportes de alta exigencia, constantemente se sienten presionados por cumplir las sugerencias de sus instructores, recibiendo sugerencias por la necesidad de ingerir suplementos nutricionales a base de proteínas, en batidos cuya finalidad es la de elevar los resultados físicos. Posiblemente el ejercitarse no demande ingerir alimentos particulares, además de hidratarse con agua y alimentarse con frutas, verduras, proteínas de origen animal o vegetal y carbohidratos en



una cantidad adecuada, para recompensar el desgaste energético y de agua por la práctica de la actividad física. La cantidad de consumo de agua precisa y habitual es de 1 ml/kcal por el desgaste energético (MINSa, 2006).

2.2.4 Problemas nutricionales

Según “El Plan de abordaje de Promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable” (Dirección General de Promoción de la Salud, 2006), define como complicación en la alimentación a las actitudes nutricionales poco saludables de la población adolescente, que pudieran dar inicio a inconvenientes de nutrición en relación a:

a) Energía. Un escaso aporte energético, limitará la obtención de los necesarios nutrientes que necesita el organismo como es el caso específico de hierro.

b) Proteínas. El aporte de las proteínas sea de origen animal o vegetal, son elementales una vez ingeridos porque aportarán en el desarrollo de los músculos y están relacionados más con el crecimiento que con la edad cronológica.

c) Calcio. El aporte de la cantidad de consumo de calcio aumenta en la pubertad y adolescencia, debido a la celeridad del crecimiento de los músculos y huesos en estas dos etapas de desarrollo.

d) Hierro. El consumo de hierro, en mujeres y varones, se incrementan para conservar el acelerado incremento del desarrollo de los músculos y la de hemoglobina, en las adolescentes mujeres necesarias para compensar por los períodos menstruales.

e) Zinc. Es uno de los minerales indispensables para el desarrollo y la maduración sexual.

Características y complicaciones físicas y psicológicas. Bancalero (2015), establece diversas complicaciones a causa de padecer anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Siendo



abordados distintos a los demás pues son similares a los dos Trastornos de la Conducta Alimentaria:

- Hiperkortisolemia: (alta concentración de cortisol en la sangre).
- Neutropenia: (reducción del recuento de neutrófilos en sangre).
- Hipoglucemias (baja concentración de glucosa en la sangre).
- Función hepática: (dificultad de las funciones normales del hígado).
- Hipercolesterolemia: (incremento de colesterol malo en la sangre).
- Hipercarotenemia: (mayor concentración de caroteno y escasos niveles de vitamina A,

ocasionando el cambio de la decoloración de la piel).

- Alteraciones en la función endocrina (en la producción de hormonas)
- Problemas de la tiroides (hormona encargada de regular el metabolismo).
- Niveles bajos de zinc plasmático (el zinc es fisiológicamente básico para el crecimiento, desarrollo neurológico, función reproductiva y elevar el sistema inmunológico por ende nuestras defensas frente a cualquier amenaza de enfermedad).

2.2.5 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades relacionadas directamente con la salud mental es por esto que están definidos como una de las anomalías psiquiátricas más complejas, siendo la conjugación multicausal, que afectan en principio a los adolescentes y mujeres jóvenes.

Tanto, la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, presentan síntomas parecidos como son: angustia excesiva por la comida, angustia por tener un peso e imagen particular, además de hábitos alimenticios poco saludables con el fin de controlar o disminuir su peso (López y Treasure, 2011).



Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ponen en riesgo tanto la salud psicológica como física en las personas que lo padecen ocasionando graves secuelas en el organismo abarcando órganos vitales, sistema digestivo, sistema endocrinológico, sistema respiratorio cardiovascular. Los signos del trastorno de la conducta alimentaria suelen ser omitidos debido a que la disminución del peso corporal no es el único criterio clínico que demuestra el diagnóstico de un TCA. Debido a que los pacientes con TCA podrían tener un peso adecuado a pesar de emplear prácticas nada saludables con la finalidad de alcanzar el peso deseado (AED, 2012).

Los pacientes con este tipo de trastornos de la conducta alimentaria, comparten ciertos rasgos como son: temor a perder el control con la comida, temor por engordar, baja autoestima.

Las personas que padecen de anorexia o bulimia, tienen dificultad para reconocer y hablar acerca de sus sentimientos y sufrimiento. Algunas investigaciones concluyen a una gran parte de los pacientes con anorexia como personas con "personalidad evitativa". Estos pacientes con anorexia habitualmente son perfeccionistas y están inhibidas a nivel emocional y sexual. Son extremadamente sensibles a la frustración, al fracaso y a cualquier desaprobación, asumiendo cualquier comentario que se les haga como amenazador. La preocupación continua por la perfección que les genera la ausencia de problemas y por ende la desaparición de toda necesidad, incluidos los alimentos. Parte de esta perfección en estos pacientes es cumplir los estereotipos de belleza, porque las personas con anorexia se sienten imperfectas (Asociación Americana de Psicología, 2007).

Según las investigaciones realizadas por Rivero y Vivas (2001), definen el autodomínio personal por la comida conformado por tres factores: verificación objetiva, verificación subjetiva y esquemas cognitivos de control; evidenciándose mayor prevalencia de casos con trastornos de la conducta alimentaria en el género femenino, presentando dificultad en sus



interacciones y pérdidas de autocontrol, sentimiento de ineficacia personal para autorregular la conducta y sus creencias. En los casos de personas con trastornos de la conducta alimentaria se altera la percepción y el pensamiento, acerca del peso y de la comida, asumiendo conceptos de absoluto, cayendo en sí todo está bien o todo está mal; cuando se infringe cualquiera de las reglas del consumo de algún alimento, lo que experimentan como consecuencia es una situación caótica, acompañados de sentimientos de pérdida de control y en consecuencia sienten haber fracasado en su objetivo, generándoles aflicción, culpabilidad y la demanda de corregir cualquier error cometido al consumir alimentos que consideren un riesgo para lograr su objetivo. La manera particular de pensar de las adolescentes da como consecuencia poner en peligro otros aspectos de su vida cotidiana, tanto es así que se ven perjudicados en el aspecto académico y las relaciones interpersonales de su entorno (Gardner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984).

Algunos estudios están enfocándose en la interrelación del sistema neurológico y el aparato endocrino u hormonal de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria. El hipotálamo, es el que regula la glándula pituitaria, llamada también glándula maestra por la importante función que cumple en la coordinación del sistema nervioso y hormonal, siendo hoy en día, el tema más relevante en las investigaciones de la medicina. Algunas investigaciones determinan que las personas que presentan lesiones en el hipotálamo muestran predisposición a padecer anorexia. Las anomalías del hipotálamo podrían ocasionar la presencia de un elevado nivel de las hormonas esteroide vinculadas con el estrés, bloqueando el neuroléptico químico y un estimulante potente en la respuesta a la alimentación, cuyo nivel es bajo en las personas con anorexia.

El sistema hipotálamo – hipofisario, esta encargado de la producción de hormonas reproductivas, siendo disminuida considerablemente por la anorexia, ocasionando la ausencia



del periodo menstrual. Mostrando que es producto del problema hipotálamo - pituitario que es antecesor del trastorno (Kandel, 2000).

Anorexia nerviosa. La palabra “anorexia” surge del griego, que quiere decir “ausencia de apetito”. Durante la Edad Media se presentaron casos de pseudo - anorexia, acompañados de algunos rasgos de religión. Es aquí donde se acuña el término de “Santa Anorexia” exceptuando algunas variaciones en relación a la anorexia nerviosa como se conoce actualmente (Fernández, 2015).

Durante el siglo XX, exactamente en los años 60 podemos observar un prototipo de belleza marcado considerablemente al que existió en el siglo XIX. Es este prototipo de belleza donde se resalta una silueta extremadamente delgada, en contraposición a poseer un peso saludable. Donde se sobrevaloraba a las mujeres que reflejaban una silueta extremadamente delgada, resaltando sobre todo la cintura, donde el uso del corset no solo fue por un aspecto meramente cultural de esa época, sino también por un tema de belleza (Fernández, 2015).

Durante estas décadas, fue donde se incrementaron los casos de “anorexia”, dando lugar a una patológica inquietud por tener una silueta extremadamente delgada y deseada por las mujeres, no solo por la presión social, a partir de entonces el cumplir estereotipos de belleza es asumido como un éxito personal y social.

A partir del siglo XX, la anorexia fue conceptualizando como un problema psicológico, que en su momento fue abordado con intervenciones como: lobotomías y extirpación de la tiroides. Posteriormente fue comprendida como una patología endocrina, donde se persistía en el empleo de métodos hormonales. En 1990 es donde se emplean los tratamientos con medicamentos para estos trastornos alimenticios. En España, aparece la expansión de investigaciones de los trastornos de la conducta alimentaria, a partir de mediados de los años 80, se da su apogeo durante 1996, a partir de entonces surgen divulgaciones de estudios en



trastornos de la conducta alimentaria. Anteriores a estas investigaciones existían pocos estudios con eficacia empírica y epidemiológica; se basaron más en testimonios de los pacientes o personas de su entorno (Markey, P. 2010).

Bulimia nerviosa. El autor sobresaliente en el estudio de la bulimia nerviosa es Gerald Russell, siendo el primero en hacer la diferenciación entre anorexia y bulimia en el año 1979; fue tan significativa la clasificación que realizó Gerald Russell, que se le denominó las "marcas de Russell" a las huellas que tienen las pacientes con bulimia en el dorso de sus manos, causadas por los dientes al introducirse los dedos en la boca con el fin de provocarse el vómito.

Parece haber surgido de pronto en la sociedad moderna la bulimia nerviosa, logrando amplio reconocimiento en muy poco tiempo (Stunkard, 1990).

El término "bulimia" tiene su origen en el griego: "bou" que quiere decir "toro o buey" y "limos", que significaba estar hambriento como para ser capaz de comerse un toro.

Se le agrega "nerviosa" para rechazar la coexistencia de ciertos comportamientos y algunas causas similares con la anorexia nerviosa. Los primeros casos de "binging" o atracones se presentan en los años 1890 a 1940. Sin embargo, gracias a los antecedentes podemos hallar casos del excesivo consumo de alimentos en cortos periodos de tiempo y seguido de estos el uso de algún laxante. Ahora, al revisar la historia podremos hallar que: En Egipto, las personas practicaban el vómito como método para conservar una buena salud y de purificar el cuerpo de los alimentos que consideraban altamente nocivos. Para ello vomitaban cada mes además del uso de enemas.

En Roma, existía una habitación en el cual los invitados que asistían a grandes festines, luego de ingerir desmesuradas cantidades de alimentos en cortos periodos de tiempo acudían a una habitación específica para vomitar, para así eliminar todo lo que habían comido, ingresando a esta habitación denominada "vomitorium".



En el siglo XX, la investigación realizada por Binswanger, difundido en 1944, el caso de Ellen West; este es el caso más sobresaliente de esa década con desorden alimenticio, donde se evidencio el uso de laxantes y la restricción de la comida que son signos de la bulimia con el objetivo de tener una silueta delgada (vómitos, atracones, empleo de laxantes, restricción de alimentos, preocupación excesiva e inestabilidad emocional).

Ya por culminar los años 70, la bulimia se clasifica como una alteración acompañada de causas y síntomas apartados de la anorexia, que inicialmente se asumía como una variante.

Hoy en día, las investigaciones de casos clínicos, realizados por (Bancalero, 2015), señala una de las causas de padecer trastornos de la conducta alimentaria podría ser el temor generalizado que existe con respecto a la obesidad, más aún por la medicina.

Actualmente, las investigaciones en bulimia su foco de atención, están en el aspecto psicológico como es la ansiedad, depresión y la correlación de estos con los atracones, con el aspecto emocional, peso y la imagen corporal. Los atracones generan la percepción de pérdida de control que normalmente sienten las personas que experimentan sentimientos de culpabilidad, retracción y desaprobación por sí mismo.

Control oral. Según Garner y Garfinkel (1982), definen que el autocontrol que ejercen en cuanto a su alimentación y la presión de sus pares, padres, familia, con la finalidad de ganar peso corporal y así mejorar la salud de las adolescentes mujeres, cuyo objetivo es instaurar hábitos alimenticios saludables, estas pacientes presentan bajo autocontrol y perciben sensaciones como pérdida de control al comer, dificultad en el manejo de estrés y conflictos al relacionarse con personas significativas de su entorno y la manera de sentirse consigo mismas.

Según Goldfried y Merbaum (1973), señalan que el autocontrol está relacionado a un concepto particular, con la meta de lograr mantener el peso deseado y conservar una silueta esbelta impuesta por sí misma.



Siendo la manifestación habitual por las pacientes de control oral como: la percepción del temor a engordar y por el anhelo de controlar constantemente la comida que se ingiere por conservar el peso autoexigido en función a un prototipo de belleza establecido. Según Veloso, Lucena, Gouveia y Cavalcanti (2010).

Por lo tanto; el control oral se manifiesta a nivel conductual y aspectos internos o psicológicos percibidos como: emociones y sufrimiento que son experimentados por estos pacientes siendo evidenciados durante su alimentación.

2.2.6 Psicopatología clínica de los trastornos de la conducta alimentaria

Según el DSM-5 (APA, 2014), se consideran más características de la edad adulta: la anorexia, bulimia y el trastorno por atracón. Durante los últimos años estos trastornos se presentan cada vez con mayor frecuencia en chicas más jóvenes, e incluso en niñas pequeñas.

Anorexia nerviosa. Es un trastorno mental y conductual que ha sido catalogado dentro de los trastornos de la alimentación. El motivo de esta clasificación es porque se produce una restricción en la ingesta de comida, hasta el punto de llegar a perder peso por debajo de lo adecuado para su edad y talla. De esta manera, el tener una figura delgada se transforma en la idea sobreestimada que rige todos sus comportamientos y su vida, produciéndole angustia al imaginar que recupera algo del peso perdido.

Características Clínicas:

Síntomas depresivos. La sintomatología, producto de una anorexia nerviosa, suele confundirse en ocasiones con un trastorno depresivo mayor, puesto que la persona puede manifestar un estado de ánimo disminuido, alteración del sueño-vigilia, irascibilidad, llanto o una disminución en la libido.

Síntomas de ansiedad. La persona presenta una sensación de malestar cuando tiene que enfrentarse a situaciones donde están involucrados elementos como la comida o su peso.



Asimismo, esta sensación se presenta además en sus relaciones personales y familiares. Por último, es importante señalar que este estado puede llegar, en algunos casos, a una ansiedad generalizada o crisis de ansiedad.

Obsesiones. Respecto a esta problemática se puede indicar que la persona puede presentar sintomatología propia del trastorno obsesivo-compulsivo, en donde existe un pensamiento recurrente e intrusivo acerca de la comida, las calorías consumidas, la modificación del cuerpo y todo lo relacionado con esto.

Fobias. La persona puede presentar temor irracional y agudo a aumentar de peso o a convertirse en alguien obeso (a). Cabe señalar que este miedo está orientado sobre todo a la imagen corporal, y en la anorexia es su principal característica, ya que sólo podrá contrarrestar este miedo con conductas orientadas a la disminución de su peso.

Alteración en la percepción y en la valoración de la imagen corporal. La persona tiene una percepción errónea de algunas partes de su cuerpo. En ese sentido, las mujeres presentan una mayor alteración de cómo es percibido su cuerpo, lo cual puede desencadenar en una insatisfacción con el mismo.

Excesiva actividad física. Aumenta con el único propósito de producir un mayor gasto de energía en el cuerpo. Es así que, las personas pueden realizar cualquier tipo de actividad física inmediatamente después de haber consumido cualquier alimento. Asimismo, pueden frecuentar lugares como gimnasios o practicar algún tipo de deporte.

Alteraciones físicas. Las cuales pueden ser atribuidas a una debilidad extrema por la falta de alimentación. Dentro de las más comunes se puede mencionar que, la persona tiene un aspecto demacrado, desaparece la menstruación y se da la amenorrea, dolor abdominal, estreñimiento, entre otras.



La piel. Esta presenta un color amarillento, sequedad, aspereza y temperatura baja. Cabe señalar que en ocasiones puede estar cubierta por un vello bastante fino, denominado lanugo.

Hipotensión. Puede desencadenar en mareos o en una pérdida súbita y pasajera de la orientación, así como también del movimiento. Estas manifestaciones se presentan sobre todo en días con mucho sol o cuando la persona está de pie por mucho tiempo. Asimismo, es frecuente la presencia de arritmia, así como también de bradicardia.

Bulimia nerviosa. Es un trastorno mental y de la conducta que ha sido clasificado dentro de los trastornos alimenticios. Esta patología está caracterizada por la ingesta desmesurada de comida en forma de “atracones”, así como también de una excesiva preocupación por controlar el peso corporal. Luego de lo anterior, genera en la persona que se provoque regurgitaciones, que ingiera laxantes o que realice ejercicios de forma excesiva, para compensar el “aumento de peso”.

Características Clínicas:

Síntomas psicopatológicos. Depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, fobia a ganar peso, fobia social, y conductas autolesivas, rebeldía, cambios bruscos de humor, irritabilidad y el desorden son características de este cuadro.

Síntomas psicológicos. Tristeza, desconfianza hacia los demás, pocas habilidades sociales y escasa capacidad para enfrentarse a los problemas, poco manejo emocional, baja autoestima, irritabilidad, pensamientos dicotómicos extremos e ideas catastrofistas.

Síntomas físicos. Son frecuentes y variados, pues la persona se puede quejar de dolores de cabeza, pérdida del cabello, mareos, dolores de barriga, estreñimiento, calambres o debilidad muscular. Se percibe en los pacientes disminución del esmalte dental, debido a la erosión de los ácidos gástricos durante los vómitos, esofagitis, callosidades en la parte dorsal de la mano (Russell,2001).



Según el DSM –V (APA, 2014), los signos y síntomas de los tres trastornos de la conducta alimentaria se presentan bajo los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa.

1.- Restricción del consumo energético relativo a los requisitos, que conlleva a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y salud física. Un peso significativamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo mínimamente esperado.

2.- Gran sentimiento de miedo por aumentar de peso y convertirse en una persona obesa, o una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando en un peso significativamente bajo.

3.- Alteración en la forma en que se experimenta el propio peso o forma corporal, excesiva influencia del peso o forma corporal en la autoevaluación, o persistente falta de reconocimiento de la gravedad que puede llegar a significar la disminución del peso actual.

Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa

A. Manifestación frecuente de atracones, en donde estos están caracterizados por la conducta de ingerir diversos alimentos en un periodo de tiempo reducido, pero en cantidad superior a la que otras personas ingerirían en el mismo tiempo y situación, sentimiento de una pérdida de control sobre la acción de ingerir alimentos, como por ejemplo no tener la capacidad para poder detenerse una vez que empezó a comer o no poder tener control sobre el volumen de comida que se está ingiriendo.

B. Manifestación de conductas que compensen de forma inadecuada e incorrecta el accionar de la persona, con el objetivo de evitar un aumento del peso. Dentro de estas se pueden mencionar el provocarse el vómito, empleo de laxantes, diuréticos o enemas de forma excesiva o realización de actividad física excesiva.



C. Tanto las conductas que compensen de forma inadecuada e incorrecta el accionar de la persona, así como también los atracones, se presentan con una frecuencia promedio de al menos una vez por semana en un periodo de tres meses.

D. Autoevaluación desmesurada influenciada por el peso, así como también por la silueta del cuerpo.

Criterios diagnósticos para trastorno por atracón

A. Presencia de atracones recurrentes (Ver criterios A para BN).

B. Los episodios de atracones están asociados con tres o más de los siguientes:

a) Ingerir alimentos de forma más rápida que la normal.

b) Ingerir alimentos hasta que la persona se sienta incómodamente llena.

c) Ingerir grandes cantidades de comida aún no existe una sensación de hambre.

d) Ingerir alimentos sin la compañía de nadie más, ya que se siente vergüenza de cuanto se ha comido.

e) Sentirse indignado con uno mismo, deprimido o muy culpable luego de sobre ingesta.

C. Marcada angustia por la presencia de ingesta compulsiva de comida.

D. Las ingestas compulsivas de alimentos se presentan, en promedio, una vez a la semana, por tres meses.

E. Las ingestas compulsivas de comida no están asociadas al uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurren exclusivamente durante el curso de BN o AN.

2.2.7 Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria

Consecuencias de la anorexia nerviosa. La Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (NEDA, 2012), señala que en caso de la anorexia nerviosa el cuerpo deja de proporcionar los nutrientes esenciales que requiere para su correcto funcionamiento. En consecuencia, el cuerpo se siente obligado a reducir al mínimo sus procesos para poder preservar



su energía, que pueden conllevar resultados que afecten de manera muy negativa a la salud de la persona, tales como un descenso anómalo de la frecuencia cardiaca, así como también de la presión arterial, osteoporosis, pérdida y debilidad de masa muscular, deshidratación, sensación de desvanecimiento, agotamiento, debilitamiento, piel reseca, entre otras.

Consecuencias de la bulimia nerviosa. Los episodios continuos de atracones y purgas relacionadas a la bulimia tienen un efecto en el sistema digestivo y conllevan un desbalance a nivel corporal que pueden conllevar a una alteración de las funciones del corazón y otros órganos importantes. Dentro de las repercusiones de este trastorno se pueden presentar alteraciones cardiacas y problemas en el sistema digestivo (NEDA, 2012).

2.2.8 Familia

Definición. Es un grupo de individuos que comparten lazos de sangre, donde el número de miembros puede ser variado y cada uno de ellos tiene un rol y función determinado, cuya evolución está en constante crecimiento (Torres, Ortega, Garrido y Reyes, 2008).

Según Minuchín (1978), a partir del enfoque sistémico, define a la familia como un conjunto de personas que interactúan entre sí, determinado por roles definidos, conformado por: padre, madre, hermanos, entre otros; donde se organizan por reglas y funciones que se irán modificando de acuerdo a la situación y entorno.

Por lo tanto; la familia es un sistema donde se dan cambios constantes, constituida por relaciones humanas y una comunicación interpersonal; porque responde a necesidades biológicas y psicológicas innatas por la socialización, que esta sujeto a continuas modificaciones, de los roles y funciones de cada integrante de la familia. Por lo tanto, la familia es considerada fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano (Hernández, 1989)



Tipos de familia:

Familia nuclear. Aquella donde el sistema familiar está conformado por un padre, una madre y por sus hijas o hijos.

Familia monoparental. Está formado por uno de los progenitores exclusivamente es quién asume la responsabilidad del cuidado físico, emocional y alimentación de su descendencia.

Familia reorganizada (compuesta). Se caracteriza por estar formada por cónyuges procedentes de un matrimonio o unión de hecho donde los acompaña su descendencia.

Familia adoptiva. Está formada por uno o dos de los padres y sus hijos adoptivos. También pueden ser por sus hijos procreados mediante fecundación “invitro o reproducción asistida”

Familia extensa. Se caracteriza por estar formada por varias generaciones además de la familia nuclear más otros parientes no-nucleares. Organización de las Naciones Unidas (ONU,2002).

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existen diferencias significativas entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de cuarto y quinto de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

2.3.2 Hipótesis Específicas

1. Existe alguna correlación significativa entre la dimensión “anorexia” y el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.



2. Existe relación significativa entre la dimensión “bulimia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

3. Existe relación significativa entre la dimensión “control oral”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

4. Existe relación significativa entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.

5. Existe diferencias significativas entre las dimensiones "anorexia", "bulimia" y "control oral", en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de los colegios Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.

2.4 Variables

2.4.1 Identificación de variables

V1. Actitudes hacia la alimentación

2.4.2 Sub variables

- Anorexia.
- Bulimia.
- Control oral.



2.4.3 Operacionalización de la variable

Tabla 1 Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de medición e ítems	Niveles o rangos	Expresión final de la variable
Actitudes hacia la alimentación	La actitud se manifiesta como predisposición aprendida por observación o imitación no siendo innata y siendo dinámico a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto, individuo, situación, grupo, etc. (Morales, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> ● Anorexia: Los pacientes presentan tres componentes característicos: limitan el consumo alimentario hasta que existe una reducción considerable de su peso corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me gusta comer con otras personas - Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como - Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (P. ej. Pan, arroz, patatas, etc.) - Me siento muy culpable después de comer. - Me preocupa el deseo de estar más delgada(o). 	<p>Actitudes hacia la alimentación (EAT-26)</p> <p>1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25</p>	<p>El rango de puntuación va de 0 a 78</p> <p>- Trastorno de conducta alimentaria</p> <p>los ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Con riesgo: 23 a 48 puntos ● Sin riesgo: 2 a 22 puntos <p>- Anorexia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Con riesgo: de 16 a 31 puntos ● Sin riesgo: de 1 a 15 punto <p>- Bulimia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Con riesgo: de 7 a 13 puntos ● Sin riesgo: de 1 a 6 puntos <p>- Control oral</p>	<p>Según González y Merino en el 2000 define la Actitudes hacia la alimentación como el conjunto de creencias, sentimientos y acciones que se establece en relación del ser humano con los alimentos de la dieta, pero también a los hábitos y sentimientos que se establecen en la relación al acto de comer. Para esta investigación se trabajó con adolescentes mujeres de 14 a 17 años que cursan el 4° y 5° de secundaria de las Instituciones Educativas Agustín Gamarra, Clorinda Matto y la I.E.P</p>



		<ul style="list-style-type: none">● Bulimia: Los pacientes presentan pérdida de control con respecto a la alimentación,	<ul style="list-style-type: none">- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo- Procuro no comer alimentos con azúcar- Como alimentos de régimen- Me siento incomoda después de comer dulces.- Me comprometo a hacer régimen- Me gusta sentir el estómago vacío- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. - Me preocupo mucho por la comida- A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	3,4,9,18,21,26	<ul style="list-style-type: none">● Con riesgo: de 10 a 19 puntos● Sin riesgo: de 1 a 9 puntos	Landázuri, el cual se utilizó para la recolección de datos el instrumento psicológico, Actitudes hacia la alimentación (EAT-26).
--	--	---	--	----------------	---	--



		<p>consumen una gran cantidad de alimentos en cortos periodos de tiempo, recurren a dietas, vómitos, ejercicio físico excesivo en algunos casos abuso de laxantes o fármacos.</p> <ul style="list-style-type: none">● Control Oral: Está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (Garner et al., 1982).	<ul style="list-style-type: none">- Vomito después de haber comido- Siento que los alimentos controlan mi vida- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas. - Procuero no comer, aunque tenga hambre- Corto mis alimentos en trozos pequeños- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.- Los demás piensan que estoy demasiado delgada	2,5,8,13,15,19,20		
--	--	--	--	-------------------	--	--



			<ul style="list-style-type: none">- Tardo en comer más que las otras personas.- Me controlo en las comidas- Noto que los demás me presionan para que coma.			
--	--	--	--	--	--	--



2.5 Definición de Términos Básicos

Actitud. Definen que la actitud es una predisposición mental que esta expresada en la evaluación de un individuo u objeto en particular, con inclinación favorable o no. Además, mencionan que es un estado interno de cada individuo y por ende no es observable.

Adolescencia. Etapa de la vida en donde existe un desarrollo diferenciado a nivel biopsicosocial.

Anorexia. Personas que padecen un miedo real a engordar y tienen una imagen distorsionada de su cuerpo.

Alteraciones. Implica la acción de alterar algo o a una persona.

Alimentación. Es la manera de suministrar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que este necesita.

Desequilibrio. Estado de la personalidad enferma y no adaptada a nivel social que posee un carácter emocional inestable, impulsivo y con cambios frecuentes de humor. Las causas que conducen a un estado desequilibrado pueden ser de tipo constitucional o educativo.

Dieta. Conjunto de sustancias alimenticias que son parte de la nutrición diaria de los seres vivos. Por consiguiente, es un hábito y se establece una forma de vivir. No obstante, se suele referenciar dieta como los regímenes especiales para atenuar la figura o para lidiar ciertas enfermedades.

Dieta Hipercalóricos. Dieta alta en calorías, pensada para lograr un aumento de peso, mejorando la calidad y cantidad de lo que se ingiere.

Embarazo. También llamada gestación, es en esta etapa que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto.

Emociones. Reacciones psicofisiológicas que pretenden la adaptación ante determinados estímulos internos y externos.



Familia. Grupo de personas unidas por el parentesco consanguíneo y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

Hábitos. Todo aquel acto que se realiza por costumbre y muchas veces pueden llegar a ser una distracción para quien lo realiza.

Impulsividad. Consiste en actuar precipitado y acelerado atento a las ganancias presentes, sin prestar atención a las consecuencias.

Nutrición. Es el grupo de actividades que el organismo realiza para modificar y poder asimilar las sustancias nutritivas que están contenidas en los alimentos.

Opiniones. Es un juicio que se genera partir de la valoración de un hecho cuestionable.

Peso. Se conoce como la fuerza que se ejerce sobre un determinado cuerpo.

Percepción. Es el proceso de recibir, interpretar y comprender los estímulos que provienen desde el exterior, que permite contrastar y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema.

Pubertad. Etapa de las más delicadas y trascendentes en la vida de todas las personas. Se presentan una serie de cambios en lo psicológico y físicos que vienen de la infancia, todos estos cambios generan una serie de sentimientos que alteran a la persona. La adolescencia a veces es superada con éxito, y a veces las personas pueden confundirse y se desvían del camino correcto, más aún cuando no existe un apoyo ni orientación adecuados. Es así como, los padres son los llamados a ayudarles a poder elegir entre lo bueno y lo malo, darles soporte emocional y ayudándolos a que sean personas seguras de sí mismas.

Sexo. Aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer, ya sea en personas, plantas o animales.



Trastornos alimenticios. Son alteraciones o anomalías en la conducta de ingesta, donde puede influir distintos factores como trastorno emocional, de personalidad y una posible sensibilidad biológica o genética, también influye en entorno social en que cada individuo se desenvuelve.

Valores. Son principios que nos permiten orientar nuestra conducta para desarrollarnos como personas. Se caracteriza por creencias fundamentales que nos ayudan apreciar, preferir y elegir cosas.



Capítulo 3: Metodología

3.1 Tipo de Investigación

Específicamente corresponde a un estudio *descriptivo-comparativo*. El objetivo de este tipo de estudios es investigar y recoger la cantidad de casos ocurridos de los niveles de una o más variables en un determinado grupo de estudio, así como también establecer comparaciones entre las variables o sus dimensiones implícitas. El método se basa en proporcionar una o más variables en el grupo de estudio (personas, objetos, situaciones, etc.); y de esta manera proporcionar su descripción, y posteriormente su comparación a través de técnicas estadísticas inferenciales, como la Chi cuadrado de Pearson, la *t* de Students y el Coeficiente de Correlación de Kendall (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

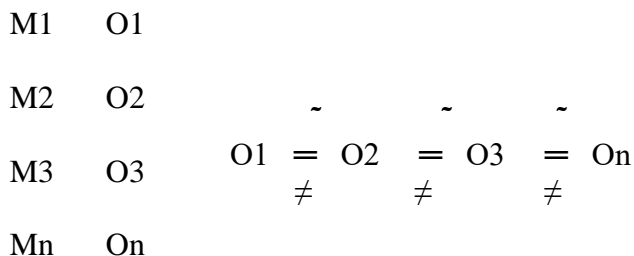
3.2 Diseño de Investigación

Pertenece al tipo *no experimental*, bajo el enfoque cuantitativo.

Con este tipo de investigación se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único sin control ni manipulación de las variables. El investigador se limita a describir las variables, mediante frecuencias relativas y datos porcentuales (entre otros procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales), así como a analizar su incidencia y comparación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).



Esquemáticamente se presenta de la siguiente manera:



M1, M2, M3 y Mn, simbolizan a las muestras del estudio, O1 (I.E. Clorinda Matto de Turner), O2 (I.E.P. Landazuri Ricketts), O3 (I.E. Agustín Gamarra) y On (otras mediciones posibles), los datos (mediciones u observaciones) obtenidas de cada una de las muestras. Los símbolos O1 a On en la parte lateral del esquema representada las comparaciones que contienen a las muestras, pudiendo ser los mismos resultados, o datos ser: diferentes (\neq), semejante (\sim) o iguales ($=$), con respecto a las demás.

3.3 Población

Al esquematizar este tipo de investigación obtenemos el siguiente diagrama

3.3.1 Descripción de la población

La población está comprendida por estudiantes adolescentes mujeres del 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, tal y como se puede presenciar en la tabla 2.

Tabla 2

Población de Estudiantes de la I.E.P. Landázuri Ricketts - Cusco

Grado	Fi	Total
4°	33	48
5°	36	52
Total	69	100%

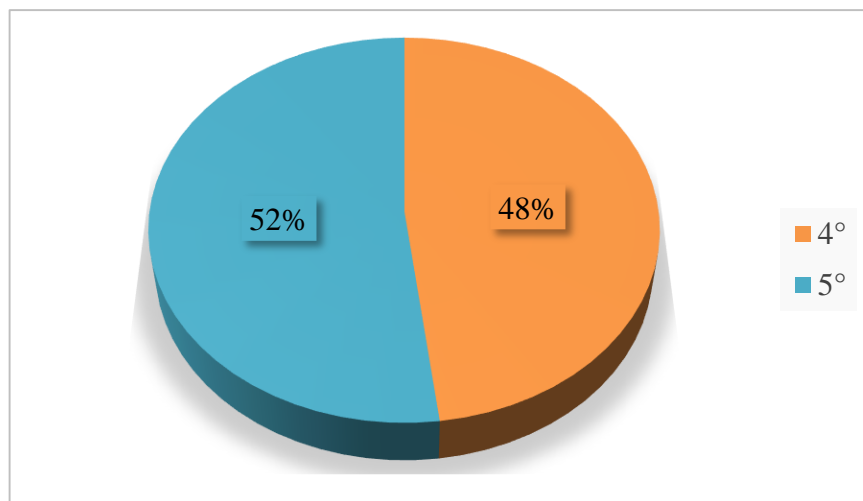


Figura 1. Porcentaje de alumnas por sección

Descripción:

En la tabla 2 y figura 1 se puede observar que, el 52% de estudiantes adolescentes mujeres de la institución educativa Landázuri Ricketts, cursan estudios en el 4°, el 48 %, en el 5°; teniendo un total de 69, que hace el 100%.

Tabla 3

Población de estudiantes de la I.E.N. Clorinda Matto de Turner - Cusco

Grado	<i>f_i</i>	Total
4°	121	72%
5°	47	28%
Total	168	100%

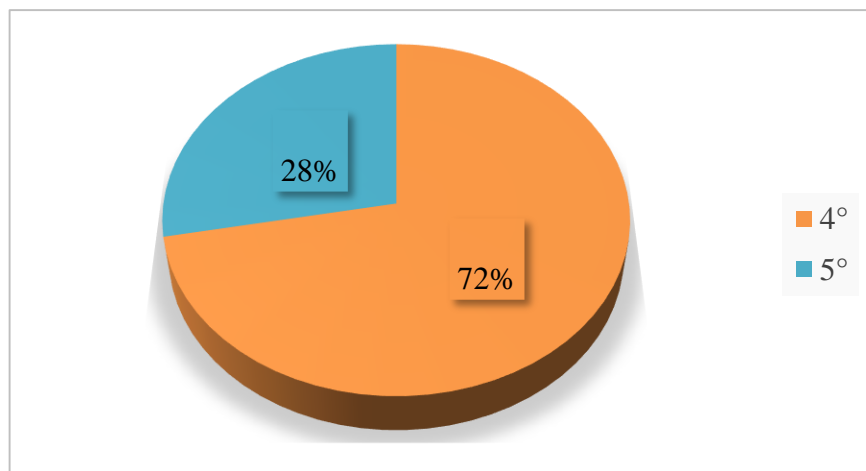


Figura 2. Porcentaje de alumnas por sección

Descripción:

En la tabla 3 y figura 2 se puede observar que, el 72% de estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Clorinda Matto de Turner, cursan estudios en el 4°, el 28%, en el 5°; teniendo un total de 168, que hace el 100%.

Tabla 4

Población de estudiantes de la I.E.N. Agustín Gamarra-Anta, Cusco

Grado	<i>f_i</i>	Total
4°	52	50%
5°	52	50%
Total	104	100%

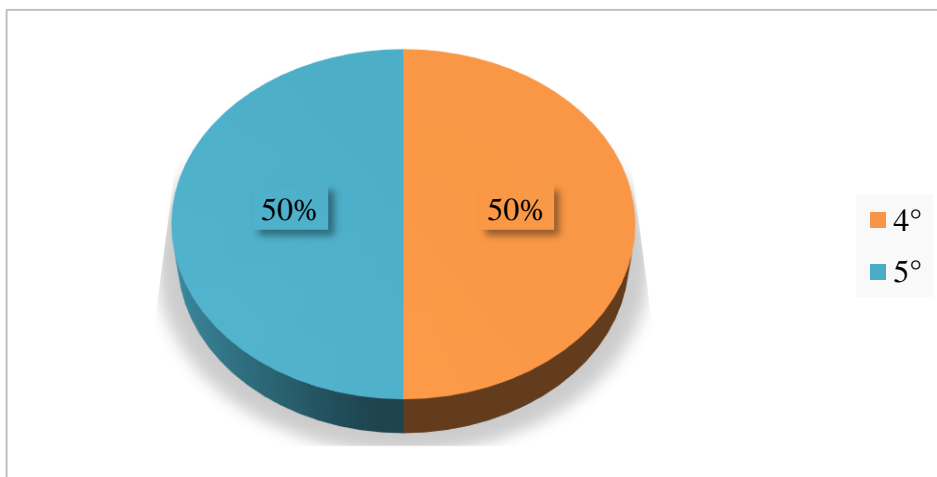


Figura 3. Porcentaje de alumnas por sección



Descripción:

En la tabla 4 y figura 3 se puede observar que, el 50% de estudiantes mujeres de la institución educativa Agustín Gamarra, cursan estudios en el 4°, el 50%, en el 5°; teniendo un total de 104, que hace el 100%.

Tabla 5

Población de las estudiantes de los centros educativos de la presente investigación

I.E	Fi	Total
Landázuri	69	20%
Clorinda Matto de Turner	168	49%
Agustín Gamarra	104	31%
Total	341	100%

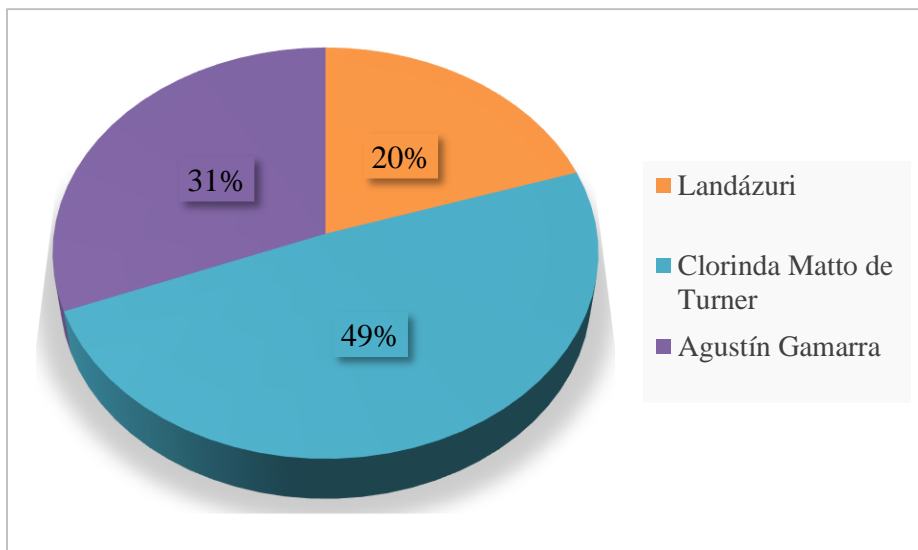


Figura 4. Población de estudiantes de los centros educativos de la presente investigación

Descripción:

En la tabla 5 y figura 4 se puede observar que, el 20% de estudiantes mujeres corresponde a la institución educativa Landázuri, el 31% de estudiantes mujeres corresponde a la institución educativa Agustín Gamarra y el 49% de estudiantes mujeres corresponde a la I.E. Clorinda Matto



de Turner, que cursan estudios en el 4° y 5° de secundaria, teniendo un total de 341, que hace el 100%.

3.4 Muestra y métodos de muestreo

La muestra es de tipo censal, que se caracteriza por considerar al 100% de la población de estudio, la misma que garantiza la objetividad y fiabilidad en la generalización de los resultados, siendo más ventajosa que la muestra probabilística.

3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- ✓ Estudiantes de 4° y 5° de secundaria mujeres de tres instituciones educativas de la Región Cusco
- ✓ Estudiantes de 14 a 17 años de edad.

Criterios de exclusión.

- ✓ Alumnos de 4° y 5° varones de I.E. de la Región Cusco, 2019
- ✓ Estudiantes menores de 13 mayores de 18
- ✓ Estudiantes que no contesten al cien por ciento los ítems de los instrumentos.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Entrevista. Es una técnica psicológica para indagar y obtener información verbal, sirve de orientación y guía sobre que contenidos deben ser evaluados. Para los fines de este estudio se realizará entrevista a los directores como a los psicólogos encargados de cada modalidad educativa y así después decidir si cumplen los criterios para ser incluidas dentro de la investigación como tales (Bernstein y Nietzel, 1988).

Observación. Esta técnica psicológica que permite la obtención de información a través del comportamiento de la persona, entonces para los fines de este estudio la observación será una



herramienta importante donde permitirá evaluar y considerar si las alumnas de las distintas modalidades cumplen los criterios para decidir si se incluye dentro de la investigación (Piacente, 2009).

3.5.2 Instrumentos

A. Instrumento Psicométrico: Cuestionario de Actitud hacia la alimentación (EAT-26)

Nombre del Instrumento: Eating Attitudes Test (EAT-26).

Autor: David Garner, Olmstead y Paul Garfinkel en el año 1982.

Procedencia: Fue desarrollada y evaluada en Canadá.

Edad de aplicación: A partir de los 12 años.

Objetivo: Identificar a aquellas personas que corren algún riesgo de manifestar un trastorno alimentario, siempre y cuando pertenezcan a una muestra no clínica.

Baremos: Puntos de corte para identificar a los individuos con algún Trastorno de conducta alimentaria: más de 20 puntos para el EAT-26.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 15 minutos.

Forma de administración: Autoaplicable, individual y colectiva.

Áreas que evalúa: Evalúa el temor a subir de peso de una manera desproporcionada, las razones para bajar de peso y las pautas en el régimen alimentario restrictivo. Funciona de forma efectiva para poder determinar aquellas conductas problemáticas en torno a la alimentación en poblaciones no clínicas. Cabe señalar que, este instrumento no es capaz de poder distinguir entre los trastornos alimenticios de anorexia y bulimia.



Descripción.

✓ El EAT-26 es un cuestionario diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa, proporcionando asimismo un índice de gravedad del trastorno.

✓ Consta de 26 ítems que se agrupan en 3 factores diferentes:

Factor 1: Anorexia - Restricción alimentaria (dieta).

Factor 2: Bulimia y preocupación por la comida.

Factor 3: Control oral.

✓ En el caso del EAT-26 la puntuación total oscila entre 0 y 78.

✓ Es un instrumento auto aplicado.

Calificación e interpretación.

✓ Proporciona una puntuación total que permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población normal, entre pacientes bulímicos y población normal, pero no distingue anoréxicos de bulímicos.

✓ Las puntuaciones que suelen obtener los obesos son cercanas a las proporcionadas por poblaciones normales.

✓ Los comedores compulsivos se sitúan entre la normalidad y los trastornos del comportamiento alimentario.

✓ La puntuación total del EAT-26 se obtiene sumando las puntuaciones de los 26 ítems que componen el test:

✓ En los ítems 1 y 25 (nunca, 3 puntos; casi nunca, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

✓ En el resto de ítems (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastantes veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

✓ Los autores proponen en el EAT-26 el punto de corte propuesto es de 20.6



Estandarización. Huerta (2004), realizó una investigación donde el objetivo era identificar la presencia de TCA en los estudiantes del concurso extraordinario de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA) - Perú; realizó previamente la validez y confiabilidad de la prueba donde fue adaptada al medio local, teniendo como resultado un coeficiente de α de Cronbach 0,72; lo cual significa que la prueba tiene un nivel elevado de consistencia.

Tabla 6

Percentiles de las dimensiones anorexia nerviosa y bulimia del EAT – 26.

	<i>Media (DE)</i>	<i>Percentil 5</i>	<i>Percentil 25</i>	<i>Percentil 50</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 95</i>
AN	61,46 (18,90)	34,00	44,50	61,00	74,25	95,25
BN	55,49 (15,41)	33,00	43,00	55,50	66,00	85,00

B. Encuesta de características socioeducativas

Nombre de la encuesta: Encuesta de características socioeducativas para la recolección de información para adolescentes mujeres de cuarto y quinto de secundaria de la Región Cusco.

Autoras: Bach. Deriza Pila Carlos, Bach. Jahaira Beatriz Eguia Aldazabal.

Procedencia: Cusco - Perú.

Objetivo: Brinda información acerca de la procedencia, tipo de familia e instituciones educativas (Privada o Nacional) en las que estudian actualmente.

Tiempo de aplicación: 5 minutos aproximadamente.

Forma de administración: Individual y colectiva.

Áreas de registro:

- Tipo de familia.
- Procedencia (Urbano o Rural).
- Modalidad de la institución educativa en la que estudia (privada o pública).



Interpretación: Los datos se interpretan en función de las respuestas de los encuestados a los tres ítems que miden las tres áreas de evaluación.

3.6 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

3.6.1 Cuestionario de Actitud hacia la alimentación (EAT-26)

Validez. Garner y Garfinkel en 1982, creadores del test de Actitudes hacia la Alimentación, mencionan que este instrumento posee una validez discriminante (0,87) y correlación de los ítems con la puntuación total. Refieren diversos autores que los datos de validez obtenidos en la validación española son de 0.61 según el coeficiente de validez global.

Al respecto, Huerta (2004), refiere que realizó una investigación donde el objetivo era identificar la presencia de TCA en los estudiantes del concurso extraordinario de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA) - Perú, ejecutando previamente la validez y confiabilidad de la prueba donde fue adaptada al medio local, teniendo como resultado un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,72; lo cual significa que la prueba tiene un alto nivel de consistencia (Huerta, 2004, p. 52).

Confiabilidad. Se obtuvo como coeficiente de confiabilidad, obtenido por el procedimiento de las dos mitades para la primera parte un valor de 0.50 y para la segunda parte un valor de 0.63, lo que significa una consistencia interna elevada para ambas.

Palpan, Jiménez y Garay (2007). Efectuaron la validación peruana del EAT-26 donde descartaron el ítem número 25 y calcularon la consistencia interna mediante el índice Alfa de Cronbach. Este resultó, 0.783, que se interpreta como alta fiabilidad.

3.7 Plan de Análisis de Datos

3.7.1 Análisis univariado

Se utilizarán las siguientes técnicas estadísticas:

Media aritmética. Es un promedio estándar que a menudo se denomina “promedio”.



Moda. Es el valor que tiene mayor frecuencia absoluta, se puede hallar la moda para variables cualitativas y cuantitativas.

Mediana. Es el valor que ocupa el lugar central en el conjunto de datos, cuando estos están ordenados en forma creciente o decreciente.

Desviación estándar. Es una medida de dispersión donde indica que tan dispersos están los datos con respecto a la media (promedio).

Varianza. Se utiliza para medir la menor o mayor dispersión de los valores de una variable en comparación a la media aritmética. Cuanto mayor sea la varianza, existirá una mayor dispersión y, por ende, menos representatividad a la media aritmética.

Rango. Es la medida de dispersión más simple o variabilidad. Se calcula tomando la diferencia entre el valor máximo y el mínimo observado.

3.7.2 Análisis bivariado

- *Chi cuadrado de Pearson.* Es una prueba de hipótesis donde determina si dos variables están relacionadas o no, considerando un nivel de significancia de 0.05. Es así que también se correlacionará mediante esta prueba estadística la variable principal con las otras características de la población (tipo de familia, procedencia y modalidad educativa) a fin de controlar su incidencia en la variable principal, pues, según Alarcón (2013, p. 53), no sólo en los trabajos experimentales se debe buscar el control de variables extrañas, sino que también en investigaciones de otro nivel metodológico, donde es difícil ejercer tal control, y más aún tratándose de estudios psicológicos donde se deben controlar un amplio número de atributos de los individuos (edad, sexo, raza, educación, estado civil, etc.), que presumiblemente pueden intervenir en una investigación.

- La información de los datos será codificada e ingresados a una tabla de Microsoft Excel (es una aplicación de hojas de cálculo), para después trasladarlo al programa SPSS (Es un programa



estadístico informático) para su posterior análisis estadístico, lo que permitirá agrupar los datos y presentarlas a través de tablas y gráficos mediante el uso de estadística descriptivo-correlacional.

Capítulo 4: Resultados de la Investigación

4.1 Resultados Respecto a los Objetivos Específicos

Tabla 7

Características de procedencia de las tres instituciones educativas

Procedencia	Fi	%
Rural	104	30.5 %
Urbana	237	69.5%
Total	341	100%

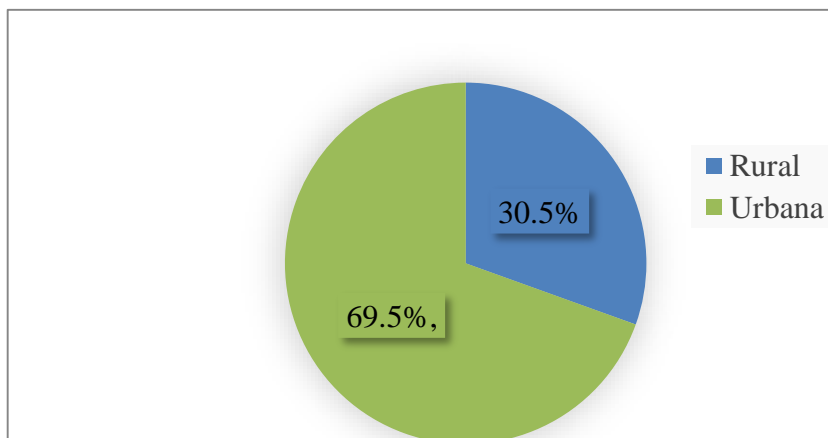


Figura 5. Procedencia rural o urbana de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

En la Tabla 7 y Figura 5, se puede observar que el 30.5% de las adolescentes provienen de la I.E. Nacional Agustín Gamarra que pertenece a la provincia de Anta (Rural), el 69.5% de las adolescentes provienen de las I.E. Clorinda Matto de Turner y I.E.P. Landázuri Ricketts que pertenecen a la provincia del Cusco (Urbano) de la Región Cusco.

Como se puede observar en los resultados obtenidos existe mayor porcentaje de procedencia urbana en comparación de la procedencia rural de las estudiantes adolescentes.



Tabla 8

Característica según tipo de familia de las tres instituciones educativas.

Tipo de familia	<i>f_i</i>	%
Nuclear	240	70.4%
Monoparental	68	19.9%
Compuesta	18	5.3%
Extensa	15	4.4%
Total	341	100 %

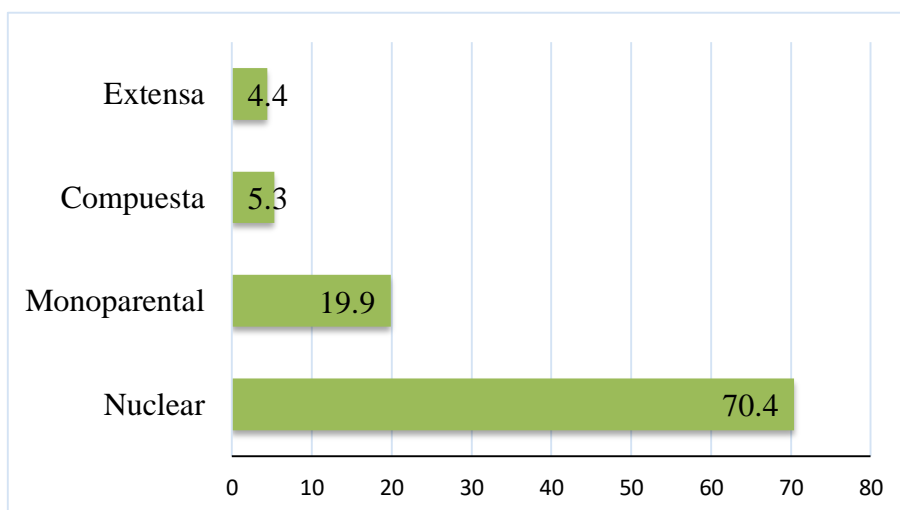


Figura 6. Tipo de familia de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

A partir de la tabla 8 y Figura 6, se observa que el 70.4% de las familias son nucleares presentando un mayor porcentaje, donde nos indica la presencia de ambos padres, el 19.9% de las familias son monoparentales el cual representa el segundo índice mayor de las familias, el 5.3% de las familias son compuesta y el 4.4% son familias extensas.

El 70.4% de las estudiantes adolescentes son provenientes de familias nucleares de las tres instituciones educativas tanto Rural y Urbano de la Región Cusco.

Minuchin (1982), hace referencia que el rol de la familia es un factor predisponente en la aparición y desarrollo progresivo de estos trastornos de conducta alimentaria, donde según Sotil

(2003), refiere que las familias bien cohesionadas y flexibles son las que mejor afrontan situaciones de crisis a nivel social y agentes estresores de riesgo, generando el fortalecimiento, crecimiento y el desarrollo de la autonomía de cada miembro de la familia.

Tabla 9

Características según modalidad de educación privada y pública de las tres instituciones educativas.

Modalidad de educación	Fi	%
Nacional	272	79.8%
Privada	69	20.2%
Total	341	100%

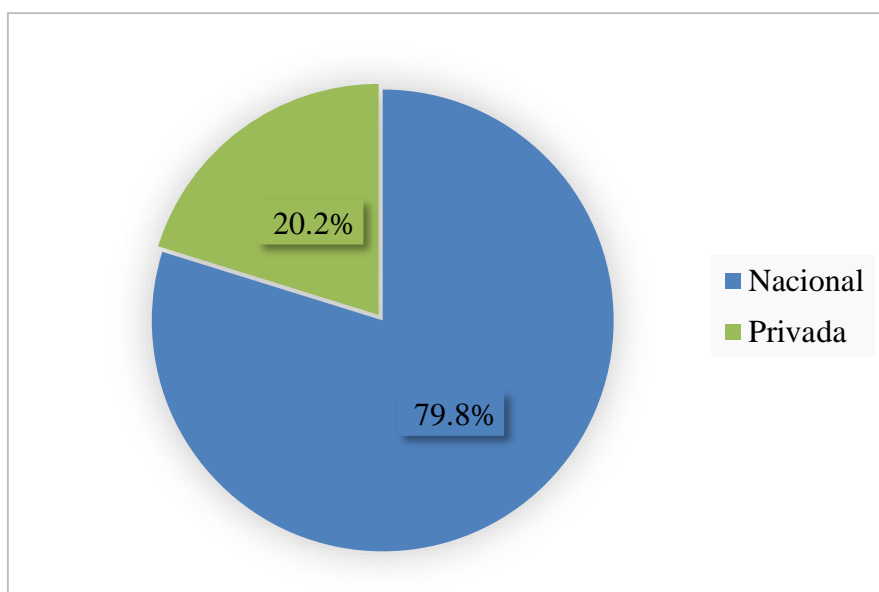


Figura 7. Modalidad de educación privada y pública en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones

Descripción e interpretación:

Mediante la tabla 9 y figura 7, se observa que el 79.8% presenta un nivel alto en la modalidad de educación nacional de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Agustín Gamarra, el 20.2% presenta un menor porcentaje en la modalidad de educación privada de la institución educativa Juan Landázuri Ricketts de la Región Cusco, Según el estudio realizado en el Perú por Hartley en 1999, donde sus resultados concluyeron que las adolescentes de colegios



privados y nacionales padecían trastornos de conducta alimentaria sin ser percibido por sus padres. Como también se reflejaron en diversos estudios la influencia del estrato social en el desarrollo progresivo de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes.

Tabla 10

Actitudes hacia la alimentación en general de las tres instituciones educativas.

Actitudes	<i>fi</i>	%
En riesgo	74	21,7%
No riesgo	267	78,3%
Total	341	100%

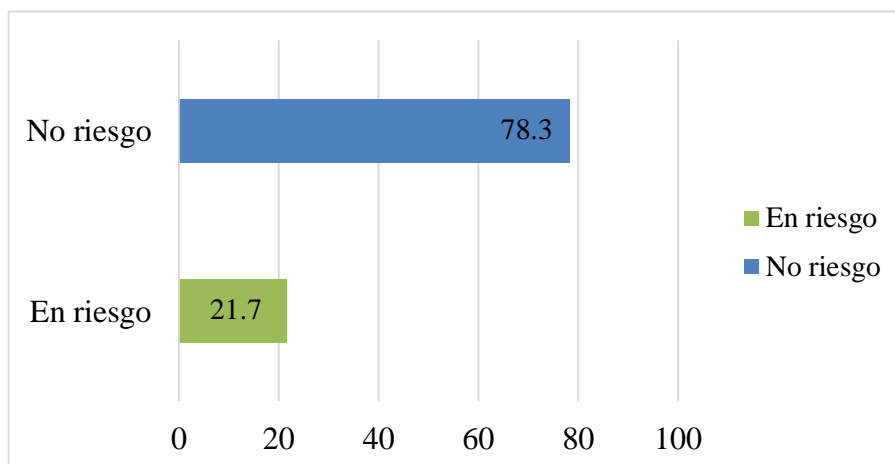


Figura 8. Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes

Descripción e interpretación:

En la Tabla 10 y Figura 8 se puede observar que, más de dos tercios de la población evaluada no presentan riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria; sin embargo, más de un quinto del total de adolescentes sí los presenta. Por lo tanto, si bien una gran mayoría carece de esta probabilidad, es importante destacar que un porcentaje de ellas sí los padezca, pues una de cada cinco adolescentes presenta un riesgo considerable de padecer dichos trastornos. Según González,



Blanco y Biscaia (2015), uno de los factores determinantes en la elevada presencia de Trastornos alimentarios se debe a un desconocimiento sobre la alimentación y hábitos inadecuados de alimentación que se práctica actualmente en nuestra sociedad por las adolescentes mujeres un dato alarmante considerando que esta cifra triplica el porcentaje hallado el 2010 por el Ministerio de Salud, en un estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi; lo cual evidencia no sólo un incremento significativo respecto de esa investigación realizada a nivel nacional, que estaría a su vez reflejando tanto un descuido por los responsables de cuidar la salud mental en particular y la sociedad en general.

Según, Saldarriaga L. (2012, 2013), en su investigación obtuvo como resultado la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria de 41.9%, siendo más frecuente en mujeres el 51.5%, en comparación de 50% en varones, donde concluye la existencia de mayor riesgo de trastornos alimenticios en mujeres, cuya prevalencia es en la adolescencia.

No obstante, es necesario comparar estos datos según las instituciones educativas entre sí, a fin de conocer sus diferencias que implican la intervención de características como la procedencia y modalidad de educación.

Tabla 11

Actitudes hacia la alimentación en general de la institución educativa Clorinda Matto de Turner.

Grado	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
4to	25	14.88%	97	57.75	122	72.63
5to	14	8.33%	32	19.04	46	27.37
Total	39	23.21	129	76.79	168	100

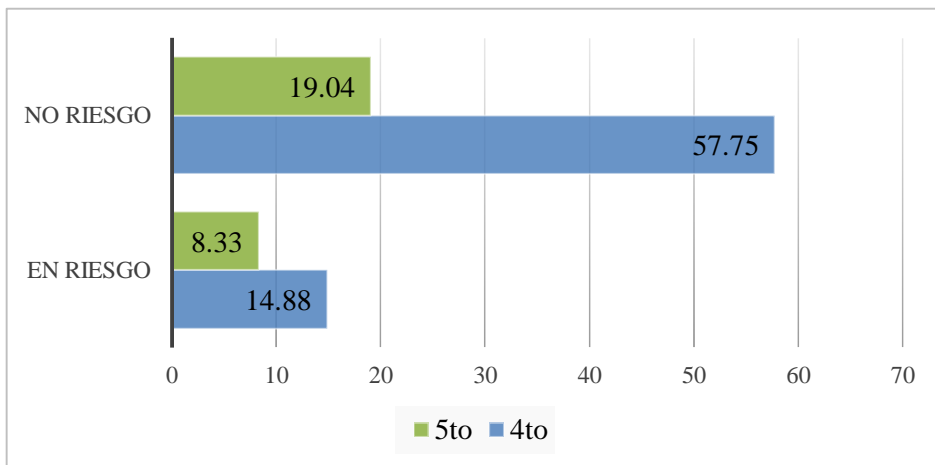


Figura 9. Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E. Clorinda Matto de Turner

Descripción e interpretación:

Como se puede observar en la Tabla 11 y Figura 9, en el 4º grado de educación secundaria, en el 57.75% se aprecia menor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria, y en el 14.88% mayor riesgo si los presenta. Mientras que en el 5º grado se aprecia menor riesgo en el 19.04%, en el 8.33% mayor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto; si bien una mayoría carece de esta probabilidad de padecer, es importante señalar que un porcentaje considerable sí lo padece. Uno de los agentes principales en el Trastorno de la Conducta Alimentaria se debe al desconocimiento sobre una Alimentación balanceada y una práctica inadecuada a la hora de alimentarse, se concluye así que el 23.21% de estas estudiantes se encuentran en riesgo.



Tabla 12

Actitudes hacia la alimentación en general de la institución educativa Landázuri Ricketts.

Grado	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
4to	16	23.19	17	24.64	33	47.83
5to	8	11.59	28	40.58	36	52.17
Total	24	34.78	45	65.22	69	100

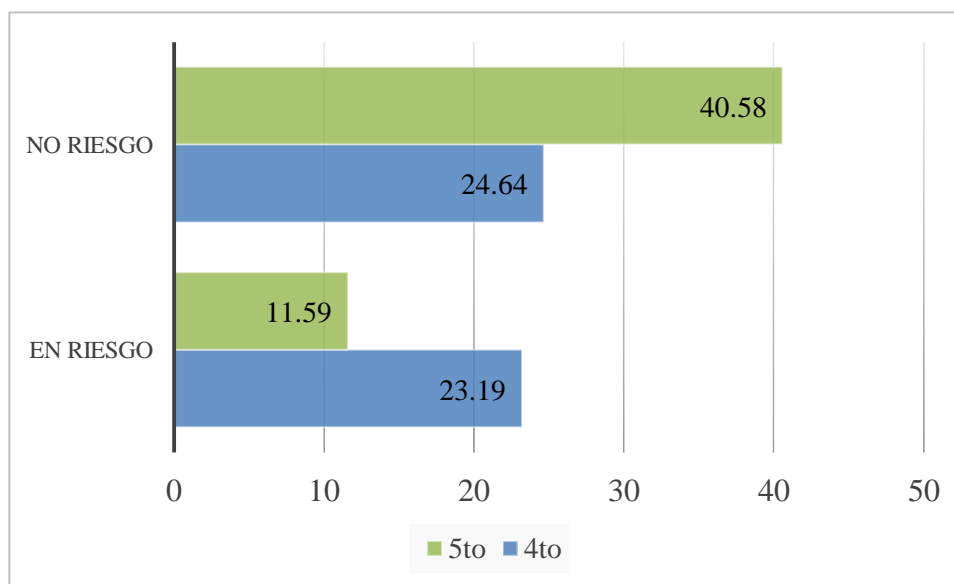


Figura 10. Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E.P. Landazuri Ricketts.

Descripción e interpretación:

Cómo se puede observar en la tabla 12 y figura 10, en 4º grado de secundaria en el 24.64% se aprecia menor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria, y en el 23.19% mayor riesgo si los presenta. Mientras que en 5º grado se aprecia menor riesgo, en el 40.58%, en el 11.59% mayor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto; si bien una mayoría carece de esta probabilidad de padecer, es importante señalar que un porcentaje considerable sí lo padece, uno de los agentes principales en el trastorno de la conducta alimentaria se debe al desconocimiento



sobre una alimentación balanceada y una práctica inadecuada a la hora de alimentarse. Se concluye así que el 34.78% de estas estudiantes se encuentran en riesgo.

Tabla 13

Actitudes hacia la alimentación en general de la institución educativa Agustín Gamarra.

Grado	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
4to	3	2.88	50	48.1	53	50.98
5to	8	7.69	43	41.33	51	49.02
Total	11	10.57	93	89.43	104	100

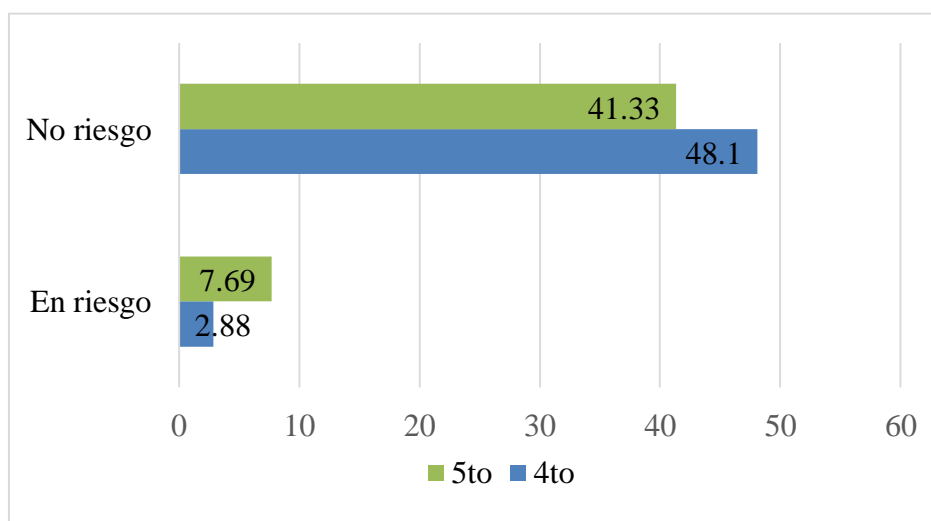


Figura 11. Porcentaje de riesgo y no riesgo en las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes de la I.E. Agustín Gamarra

Descripción e interpretación:

Cómo se puede observar en la tabla 13 y figura 11, en 4° de secundaria, en el 48.1% se aprecia menor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria, y en el 2.88% mayor riesgo si los presenta. Mientras que en 5° grado se aprecia menor riesgo en el 41.33%, y en el 7.69% mayor riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto; si bien una mayoría carece de esta probabilidad de padecer, es importante señalar que un porcentaje considerable sí lo padece, uno de los agentes principales en el trastorno de la conducta alimentaria se debe al desconocimiento



sobre una alimentación balanceada y una práctica inadecuada a la hora de alimentarse, se concluye que el 10.57% de las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra están en riesgo.

Tabla 14

Diferencia entre dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E Clorinda Matto de Turner.

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>F_i</i>	%
Nuclear	29	24.0%	92	76.0%	121	100, %
Monoparental	7	18.9%	30	81.1%	37	100 %
Compuesta	0	0.0%	5	100.0%	5	100 %
Extensa	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Total	37	22.0%	131	78.0%	168	100%

P = 0.594

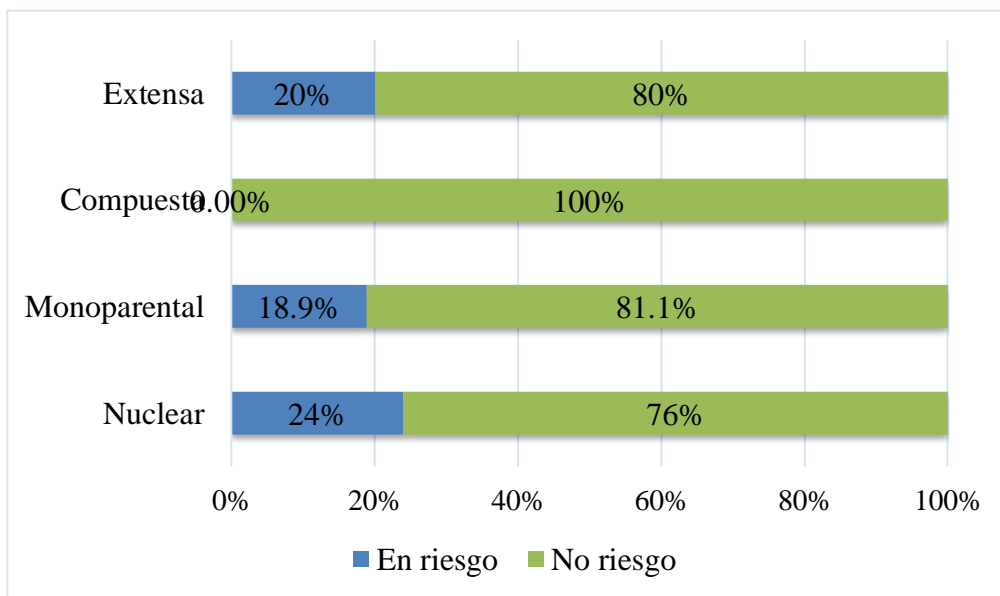


Figura 12. Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner



Descripción e interpretación:

A partir de la Tabla 14 y la Figura 12, la anorexia en menor riesgo se aprecia en el 100% en el tipo de familia compuesta, en el 81.1% en tipo de familia monoparental, en el 80.0% en el tipo de familia extensa y en el 76.9% en el tipo de familia nuclear, un mayor riesgo de padecer anorexia tiene mayor predominio en el 24% en el tipo de familia nuclear. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer anorexia no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres del colegio Clorinda Matto de Turner. Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.594$).

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe un grado de diferencia significativa entre el factor “anorexia” y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Clorinda Matto de Turner, sin embargo, se observa según los resultados que existe un índice considerable entre el 18.9% al 24% en riesgo en padecer “Anorexia” en tipo de familia monoparental y nuclear.

Tabla 15

Diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>Fi</i>	%
Nuclear	9	28.1%	23	71.9%	32	100 %
Monoparental	6	28.6%	15	71.4%	21	100 %
Compuesta	3	37.5%	5	62.5%	8	100 %
Extensa	2	25.0%	6	75.0%	8	100 %
Total	20	29.0%	49	71.0%	69	100 %

P=0,951

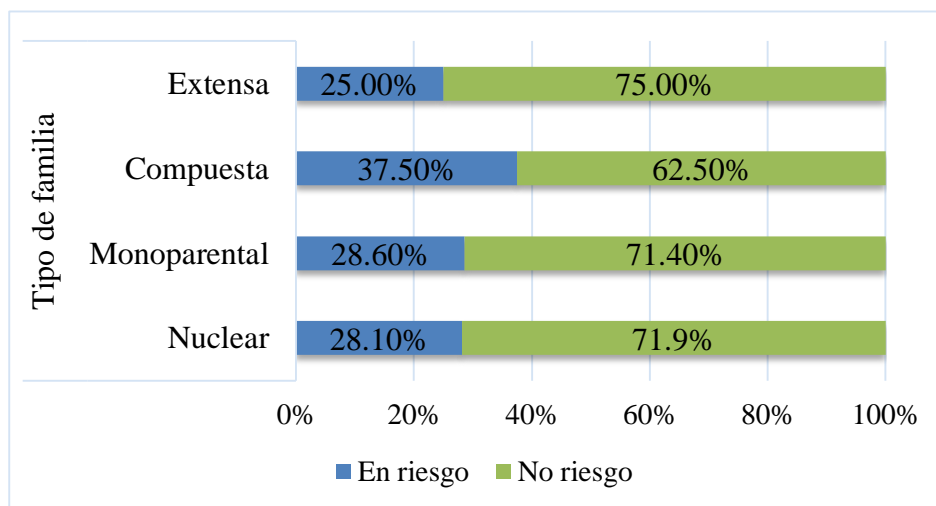


Figura 13. Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts

Descripción e interpretación:

En la Tabla 15 y Figura 13, la anorexia en menor riesgo se aprecia en el 75.0% en el tipo de familia extensa, en el 71.9% en el tipo de familia nuclear, en el 71.4% en tipo de familia monoparental y en el 62.5% en el tipo de familia compuesta, un mayor riesgo de padecer anorexia tiene mayor predominio en el 37.5% en el tipo de familia compuesta. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer “anorexia” no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts, donde según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0,951$), no existe grado de diferencia significativa en la dimensión “anorexia” con el tipo de familia de la institución educativa Clorinda Matto de Turner.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe grado de diferencia significativa entre el factor “anorexia” y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts, 2019.



Tabla 16

Diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>Fi</i>	%
Nuclear	6	6.9%	81	93.1%	87	100 %
Monoparental	0	0.0%	10	100.0%	10	100 %
Compuesta	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Extensa	0	0.0%	2	100.0%	2	100 %
Total	7	6.7%	97	93.3%	104	100 %

P=0.877

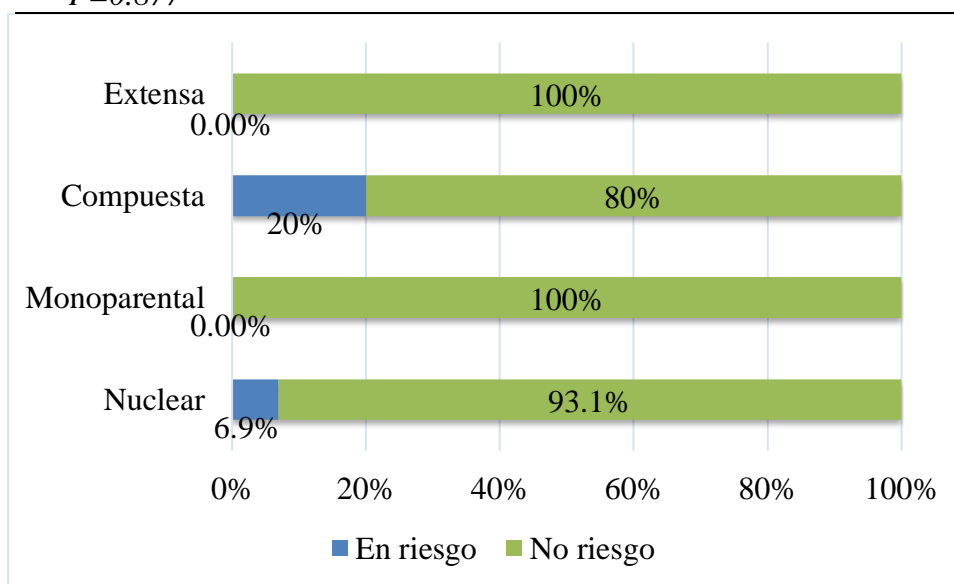


Figura 14. Grado de diferencia entre la dimensión "anorexia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra

Descripción e interpretación:

En la Tabla 16 y Figura 14 la anorexia en menor riesgo se aprecia mayormente en el 100.0% en el tipo de familia extensa, en el 100.0% en tipo de familia monoparental, en el 93.1% en tipo de familia nuclear y en el 80.0% en el tipo de familia compuesta, un mayor riesgo de padecer anorexia tiene mayor predominio en el 20.0% en el tipo de familia compuesta. Por lo tanto; se concluye que



el riesgo en padecer anorexia no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Agustín Gamarra.

Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.877$), no existe un grado de diferencia significativa con la dimensión “Anorexia” con el tipo de familia en la I.E. Agustín Gamarra.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor “anorexia” y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Agustín Gamarra, 2019.

Tabla 17

Diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Nuclear	21	17.4%	100	82.6%	121	100 %
Monoparental	7	18.9%	30	81.1%	37	100 %
Compuesta	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Extensa	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Total	30	17.9%	138	82.1%	168	100 %

P=0.994

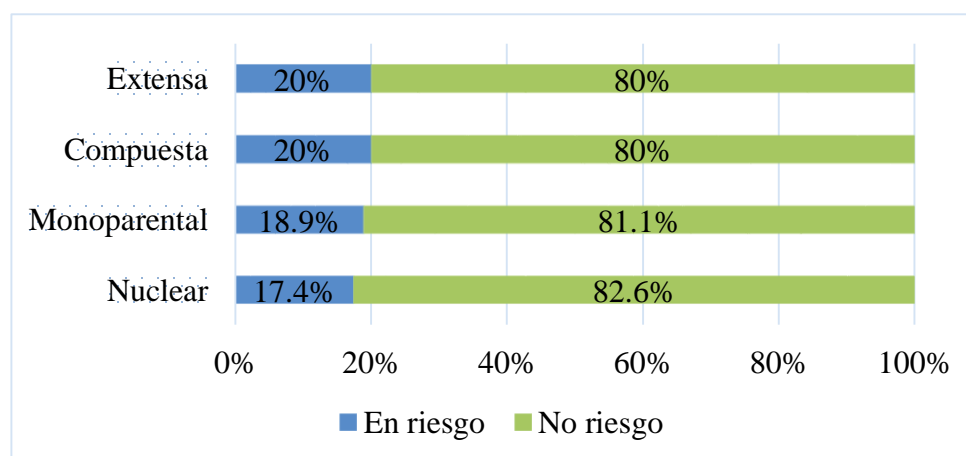




Figura 15. Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia en la I.E.N. Clorinda Matto de Turner

Descripción e interpretación:

En la Tabla 17 y Figura 15, la bulimia en menor riesgo se aprecia mayormente en el 82.6% en el tipo de familia nuclear, en el 81.1% en tipo de familia monoparental, en el 80.0% en tipo de familia compuesta y en el 80.0% en el tipo de familia extensa, un mayor riesgo de padecer bulimia tiene mayor predominio en el 20.0% en el tipo de familia compuesta y extensa. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer bulimia no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Clorinda Matto de Turner.

Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.994$), no existe un grado de diferencia significativa con la dimensión “Bulimia” con el tipo de familia en la I.E. Clorinda Matto de Turner.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor bulimia y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E Clorinda Matto De Turner, 2019.

Tabla 18

Diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts.

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>Fi</i>	%
Nuclear	9	28.1%	23	71.9%	32	100 %
Monoparental	6	28.6%	15	71.4%	21	100 %
Compuesta	3	37.5%	5	62.5%	8	100 %
Extensa	3	37.5%	5	62.5%	8	100 %
Total <i>P=0.923</i>	21	30.4%	48	69.6%	69	100 %

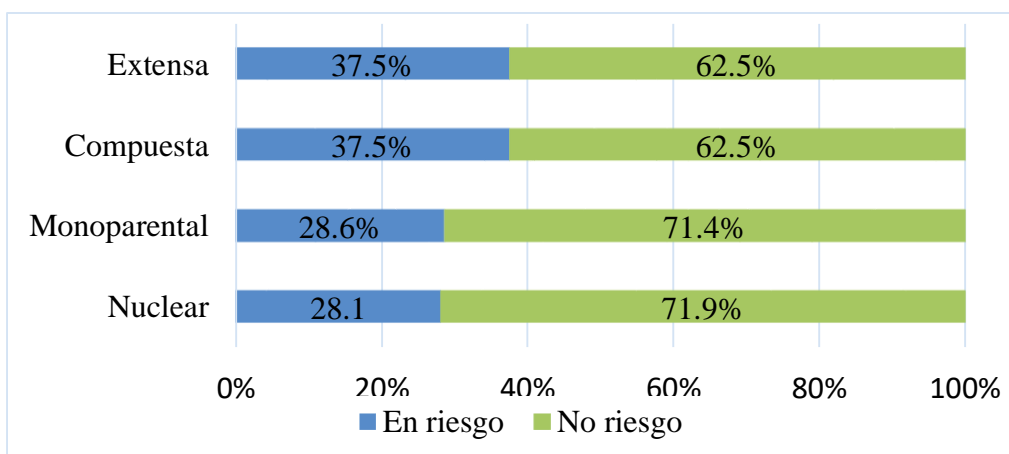


Figura 16. Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts

Descripción e interpretación:

En la Tabla 18 y Figura 16, la bulimia en menor riesgo se aprecia mayormente en el 71.9% en el tipo de familia nuclear, en el 71.4% en tipo de familia monoparental, en el 62.5% en tipo de familia compuesta y en el 62.5% en el tipo de familia extensa, un mayor riesgo de padecer bulimia tiene mayor predominio en el 37.5% en el tipo de familia compuesta y extensa. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer bulimia no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts.

Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.923$), no existe un grado de diferencia significativa con la dimensión "bulimia" con el tipo de familia en la I.E.P. Landázuri Ricketts.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor bulimia y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts, 2019.



Tabla 19
Diferencia entre la Dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E Agustín Gamarra.

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>Fi</i>	%
Nuclear	2	2.3%	85	97.7%	87	100 %
Monoparental	0	0.0%	10	100.0%	10	100 %
Compuesta	0	0.0%	5	100.0%	5	100 %
Extensa	0	0.0%	2	100.0%	2	100 %
Total <i>P=0.941</i>	2	1.9%	102	98.1%	104	100 %

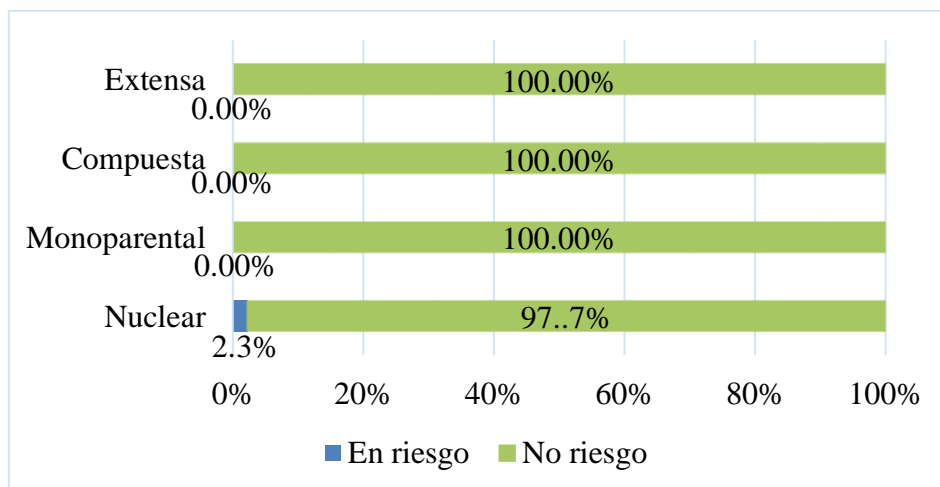


Figura 17. Grado de diferencia entre la dimensión "bulimia", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra

Descripción e interpretación:

En la Tabla 19 y Figura 17, la bulimia en menor riesgo se aprecia mayormente en el 100.0% en el tipo de familia monoparental, compuesta y extensa, en el 97.7% en el tipo de familia nuclear, un mayor riesgo de padecer bulimia tiene mayor predominio en el 2.3% en el tipo de familia nuclear. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer bulimia no tiene ninguna relación con



el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra.

Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.941$), no existe una correlación estadísticamente significativa con la dimensión “bulimia” ni con el tipo de familia en la I.E. Agustín Gamarra.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor bulimia y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Agustín Gamarra, 2019.

Tabla 20

Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner.

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Nuclear	22	18.2%	99	81.8%	121	100 %
Monoparental	9	24.3%	28	75.7%	37	100 %
Compuesta	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Extensa	2	40.0%	3	60.0%	5	100 %
Total <i>P=0.591</i>	34	20.2%	134	79.8%	168	100 %

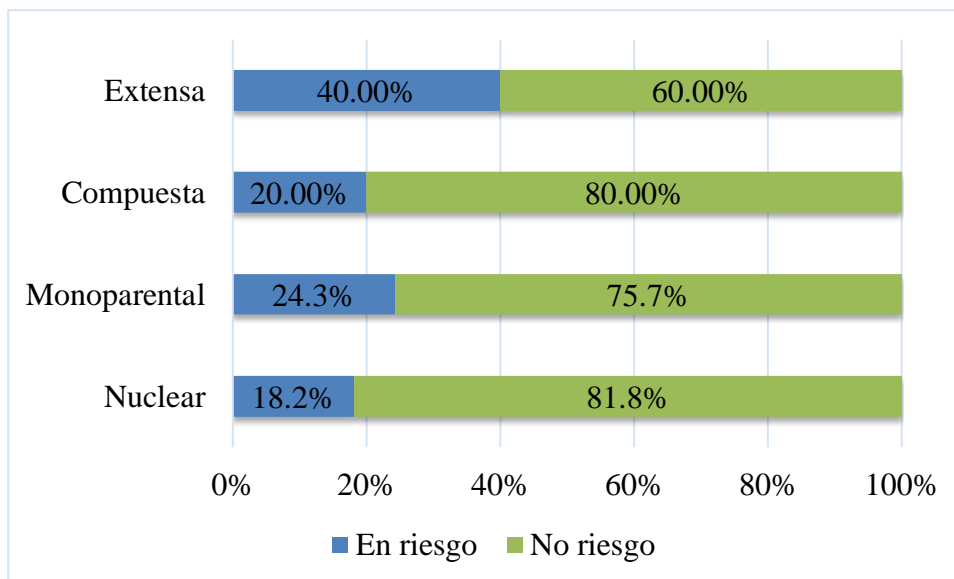


Figura 18. Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia de la I.E. Clorinda Matto de Turner

Descripción e interpretación:

En la Tabla 20 y Figura 18, el control oral en menor riesgo se aprecia mayormente en el 81.8% en el tipo de familia nuclear, en el 80% en tipo de familia compuesta, en el 75.7% en el tipo de familia monoparental y en el 60% en el tipo de familia extensa, un mayor riesgo de padecer control oral tiene mayor predominio en el 40% en el tipo de familia extensa. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer control oral no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Clorinda Matto de Turner.

Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.591$), no existe un grado de diferencia significativa con la dimensión "control oral" con el tipo de familia en la I.E. Clorinda Matto de Turner.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor control oral y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I. E. Clorinda Matto De Turner, 2019.



Tabla 21

Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Nuclear	8	0%	24	75.0%	32	100 %
Monoparental	5	23.8%	16	76.2%	21	100 %
Compuesta	3	37.5%	5	62.5%	8	100 %
Extensa	2	25.0%	6	75.0%	8	100 %
Total	18	26.1%	51	73.9%	69	100 %

P=0.892

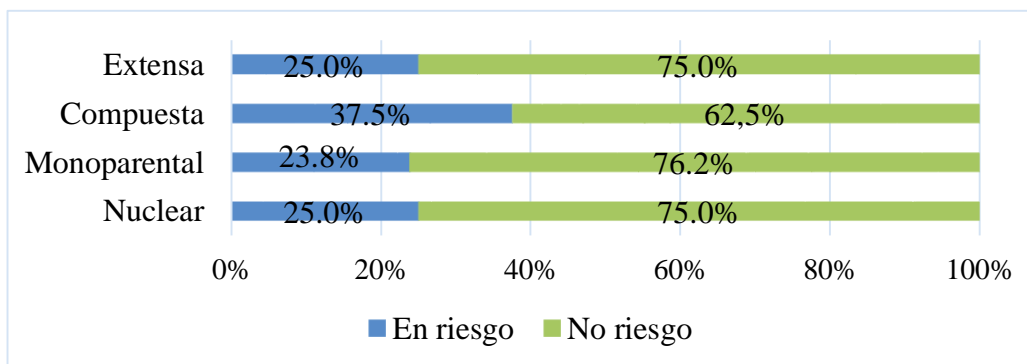


Figura 19. Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia de la I.E.P. Landázuri Ricketts

Descripción e interpretación:

En la Tabla 21 y Figura 19, el control oral en menor riesgo se aprecia mayormente en el 76.2 % en el tipo de familia monoparental, en el 75 % en el tipo de familia nuclear y extensa y el 72.5% en el tipo de familia compuesta, un mayor riesgo de padecer control oral tiene mayor predominio en el 37.5% en el tipo de familia compuesta. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer control oral no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts.



Según base estadística del SPSS Chi-cuadrado de Pearson ($P=0.892$), no existe un grado de diferencia significativa con la dimensión “control oral” con el tipo de familia en la I.E.P. Landázuri Ricketts.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor bulimia y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E.P. Landázuri Ricketts, 2019.

Tabla 22

Grado de diferencia entre la dimensión "control oral", con el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra

Tipo de familia	En riesgo		No riesgo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>Fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Nuclear	4	4.6%	83	95.4%	87	100 %
Monoparental	1	10.0%	9	90.0%	10	100 %
Compuesta	1	20.0%	4	80.0%	5	100 %
Extensa	0	0.0%	2	100.0%	2	100 %
Total	6	5.8%	98	94.2%	104	100 %

$P=0.469$

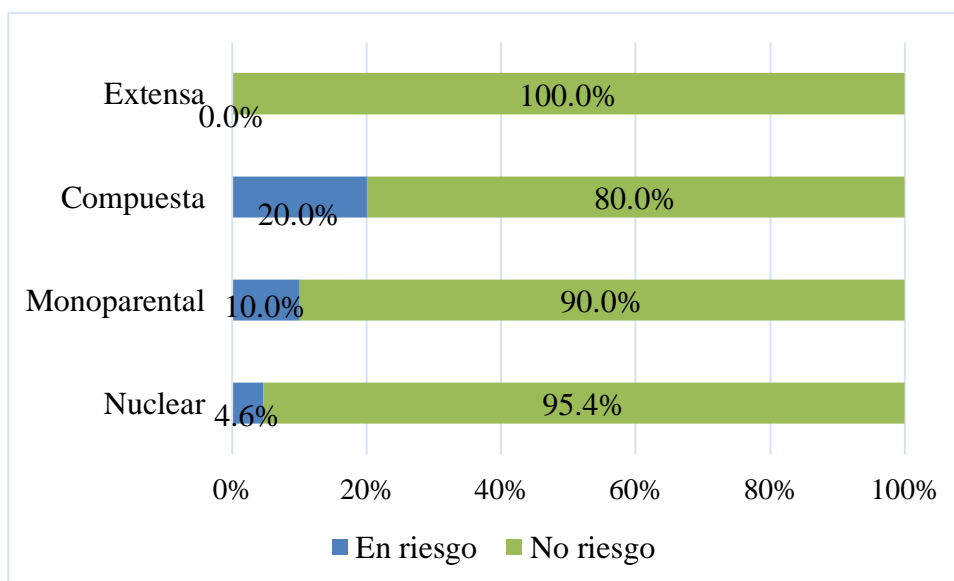




Figura 20. Grado de diferencia entre la dimensión "Control oral", con el tipo de familia de la I.E. Agustín Gamarra.

Descripción e interpretación:

En la Tabla 22 y Figura 20, el control oral en menor riesgo se aprecia en el 100.0% en el tipo de familia extensa, en el 95.4% en el tipo de familia nuclear, en el 90% en el tipo de familia monoparental, en el 80% en tipo de familia compuesta, un mayor riesgo de padecer control oral tiene mayor predominio en el 20 % en el tipo de familia compuesta. Por lo tanto; se concluye que el riesgo en padecer bulimia no tiene ninguna relación con el tipo de familia del cual provienen las estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra.

Según los resultados obtenidos no existe un grado de diferencia significativa ($P=0.469$), con la dimensión "control oral" con el tipo de familia en la I.E. Agustín Gamarra.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que no existe relación significativa entre el factor control oral y el tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de la I.E. Agustín Gamarra, 2019.

Tabla 23

Grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación con la modalidad de educación de las tres instituciones educativas.

Modalidad de educación	Actitud en General						Chi-cuadrado de Pearson	Sig. exacta (bilateral)
	En riesgo	%	No riesgo	%	Total	%		
Nacional	50	18,4%	222	81,6%	272	100	8,712	,005
Privada	24	34,8%	45	65,2%	69	100		
Total	74	21,7%	267	78,3%	341	100		

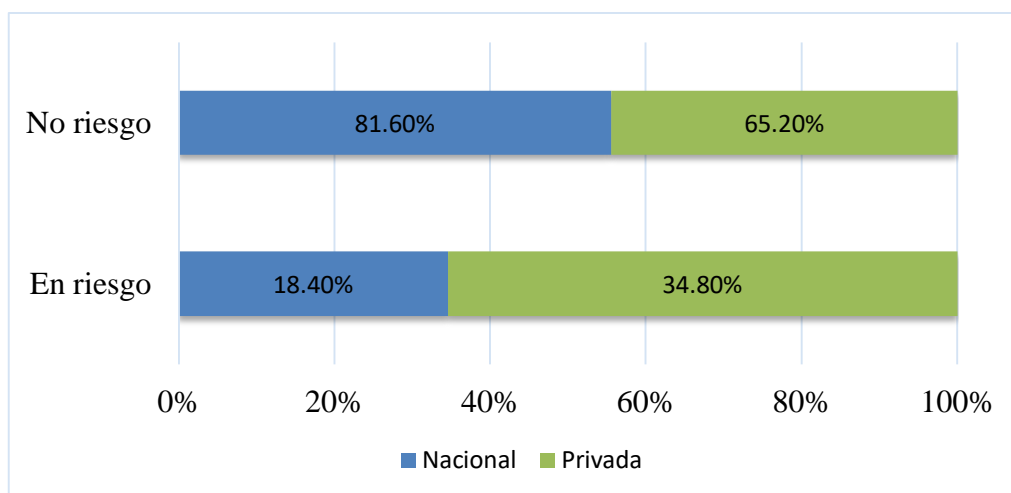


Figura 21. Grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria con la modalidad de educación

Descripción e interpretación:

A partir de la Tabla 23 y Figura 21, se puede apreciar que el grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación en relación con la modalidad de educación nacional, el 18.4% de las estudiantes tienen tendencia a manifestar trastornos alimenticios, y en la modalidad de educación privada el 34.8% de las estudiantes adolescentes mujeres tienen mayor tendencia a padecer trastornos de la conducta alimentaria en comparación con la modalidad de educación nacional. Por lo tanto; afirmamos que en la población estudiada se manifiesta un alto índice de riesgo para padecer trastornos alimenticios en las estudiantes de los tres colegios estudiados.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que existe un grado de diferencia significativa entre las actitudes hacia la alimentación con la modalidad de educación en las estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas de la Región Cusco, 2020 ($P = 0.05$).

Hartley (1999), realizó la investigación relacionada con la tendencia a desarrollar conductas de riesgo relacionados de forma directa con problemáticas alimenticias como la anorexia y bulimia, dicho estudio se realizó en una población de 400 escolares del nivel secundario en Lima- Perú, los



cuales provenían de colegios privados y nacionales dando como resultado un grado significativo en las adolescentes que padecían trastornos de conducta alimentaria, como excesiva preocupación por el control de la alimentación y no siendo percibidos dicho trastorno por sus padres.

En México, Nueva León, Ávila y Jáuregui (2015), ejecutaron un estudio en una muestra de 616 alumnos donde 316 son varones y 300 mujeres desde 12 a 20 años de edad, donde los pertenecientes a un nivel social alto revelaron mayor incidencia al desarrollo de trastornos de conducta alimentaria en un 41.1% superior en comparación al 31.5 % de los provenientes de un estrato social bajo.

Tabla 24
Grado de diferencia entre la actitud hacia la alimentación con el tipo de familia de tres instituciones educativas.

Tipo de familia	Actitud en General						Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
	En riesgo	%	No riesgo	%	Total	%		
Nuclear	49	20,4%	191	79,6%	240	100%	3,630	,304
Monoparental	14	20,6%	54	79,4%	68	100%		
Compuesta	7	38,9%	11	61,1%	18	100%		
Extensa	4	26,7%	11	73,3%	15	100%		
Total	74	21,7%	267	78,3%	341	100%		

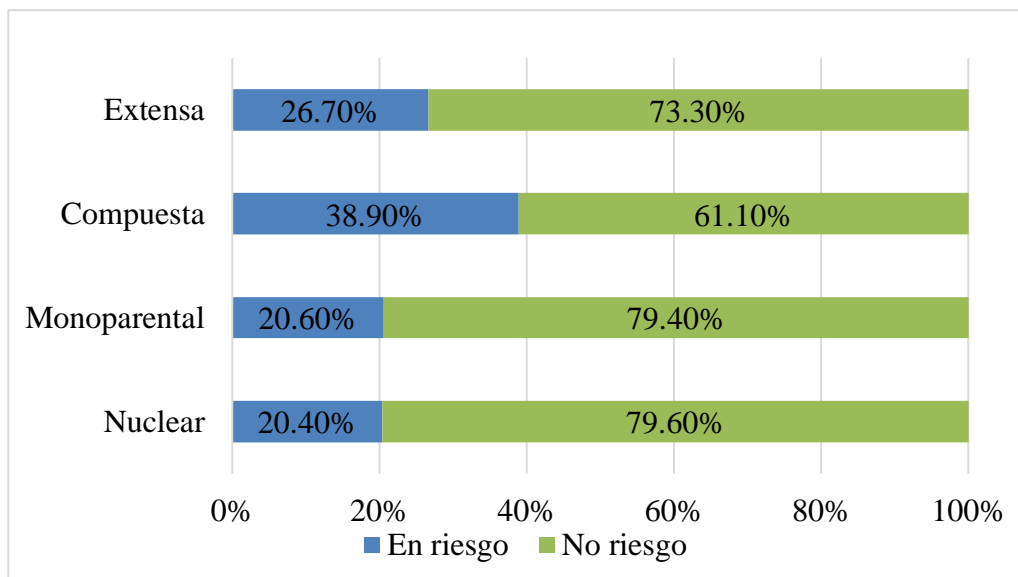


Figura 22. Diferencia entre la actitud hacia la alimentación con el tipo de familia de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

En la Tabla 24 y Figura 22, según los resultados obtenidos no existe un grado de diferencia significativa ($P= 0.304$), con las actitudes hacia la alimentación y con el tipo de familia de las tres instituciones educativas. Por lo tanto; concluimos que no existe una correlación significativa con el modelo de familia y el riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria en las estudiantes de los tres colegios.

Tabla 25

Grado de diferencia entre actitudes hacia la alimentación con la procedencia de estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas.

Procedencia	Actitud en general					Chi-cuadrado de Pearson	Sig. exacta (bilateral)
	En riesgo	%	No riesgo	%	Total		
Rural	11	10,6%	93	89,4%	104	100%	10,897 ,001
Urbano	63	26,6%	174	73,4%	237	100%	
Total	74	21,7%	267	78,3%	341	100%	

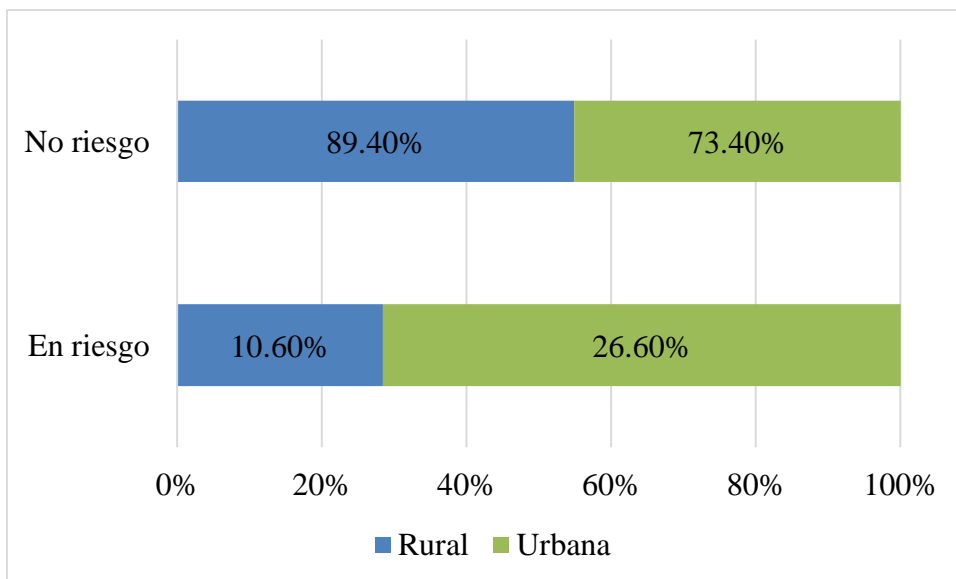


Figura 23. Grado de diferencia entre las actitudes hacia la alimentación con la procedencia

Descripción e interpretación:

A partir de la Tabla 25 y Figura 23, se puede señalar que el grado de diferencia entre las actitudes hacia alimentación con la procedencia rural en el 11% de las estudiantes adolescentes mujeres presentan un riesgo de padecer trastornos alimenticios, y el grado de diferencia entre las actitudes hacia alimentación con la procedencia urbana en el 27% de las estudiantes adolescentes mujeres existe un mayor riesgo significativo de presentar trastornos alimenticios en comparación con la procedencia rural de las estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas.

Al 95% de confiabilidad afirmamos que existe grado de diferencia significativa entre las actitudes hacia la alimentación en las estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas con la modalidad de educación de la Región Cusco, 2020 ($P = 0.001$).

Según estudios e investigaciones realizadas sostienen que el desarrollar posibles trastornos de conducta alimentaria suele presentarse en mayor frecuencia en zonas urbanas en comparación a zonas rurales, presentándose síntomas de estrés y ansiedad, que pueden presentarse por varios factores, dentro de ellos pueden ser motivos personales, familiares y sociales, además de ello la



influencia significativa de los medios de comunicación como la publicidad, redes sociales dirigida a la apariencia física, cuidado personal y prototipo de belleza femenina desde tempranas edades. El desarrollo de posibles casos y definitivos de trastornos de la conducta alimentaria muestran mayor frecuencia en estratos socioeconómicos altos y medios a diferencia de grupos humanos de estratos bajos (Ávila y Jáuregui, 2015).

Tabla 26

Existe diferencias significativas entre la dimensión "anorexia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas.

(I) Institución educativa	(J) Institución educativa	HSD de Tukey			Intervalo de confianza al 95%	
		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
I. E. Agustín Gamarra	I. E. Clorinda Matto de Turner	,15293*	,04779	,004	,0404	,2654
	I. E. Landázuri Ricketts	,22255*	,05947	,001	,0826	,3625
I. E. Clorinda Matto de Turner	I. E. Agustín Gamarra	-,15293*	,04779	,004	-,2654	-,0404
	I. E. Landázuri Ricketts	,06962	,05476	,412	-,0593	,1985
I. E. Landázuri Ricketts	I. E. Agustín Gamarra	-,22255*	,05947	,001	-,3625	-,0826
	I. E. Clorinda Matto de Turner	-,06962	,05476	,412	-,1985	-,0593

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

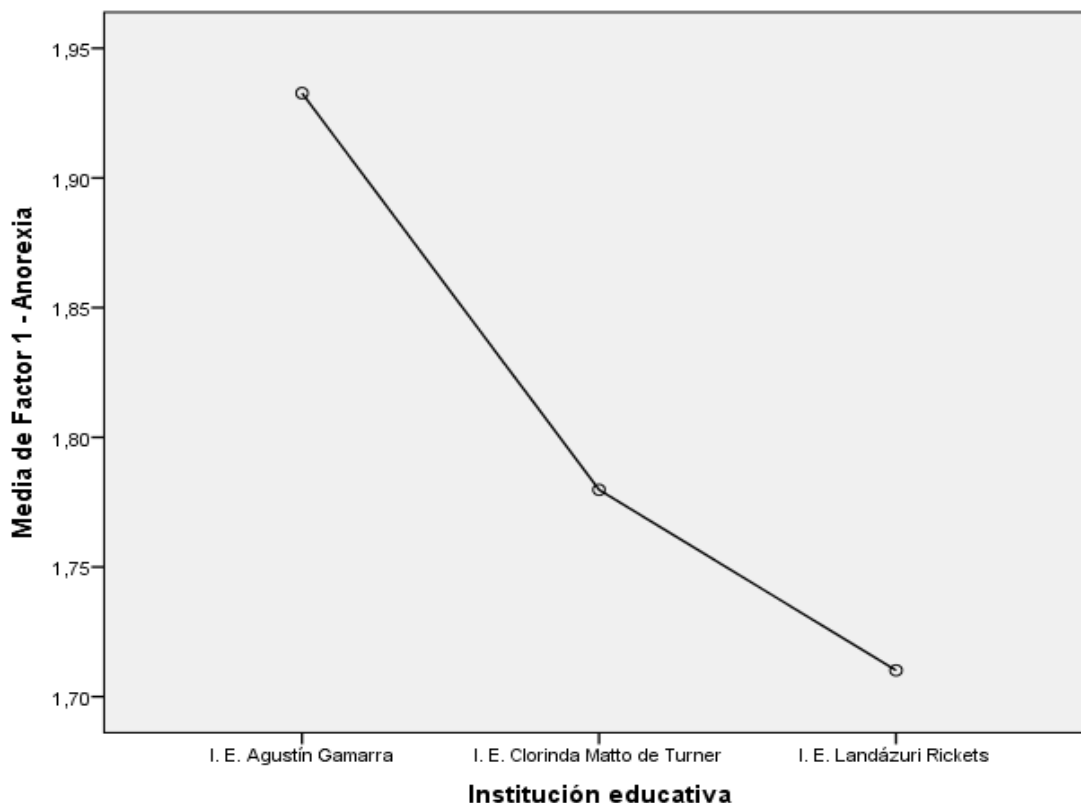


Figura 24. Grado de significancia entre la dimensión "anorexia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

A partir de la Tabla 26 y la Figura 24, se puede indicar que existe una diferencia significativa entre la dimensión “anorexia” de los colegios Agustín Gamarra y Clorinda Matto de Turner ($P = 0,04$), y además existe una diferencia significancia entre las instituciones educativas Agustín Gamarra y I.E.P. Landázuri Ricketts ($P = 0,01$),y comparando a las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Agustín Gamarra, se demostró que también existe una diferencia significativa ($P = 0,04$), al igual que entre las instituciones educativas de Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra existe también diferencia significativa ($P = 0,01$).

Con un 95% de confiabilidad, se afirma que existe una diferencia significativa en la dimensión “anorexia” en las estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas,



lo cual se puede explicar a partir de las características socioeconómicas en la que viven las adolescentes de las instituciones educativas del estudio, pues se observa una mayor diferencia significativa entre la I.E. Agustín Gamarra y la I.E. Landázuri Ricketts, en comparación de la diferencia hallada entre aquella institución y la I.E. Clorinda Matto de Turner. Por lo tanto; las características sociales y de procedencia (urbano o rural) en la que se enmarcan las I.E. públicas tienen mayor incidencia para la predisposición a las actitudes hacia la alimentación en la dimensión “anorexia”; asimismo, es relevante también el nivel socioeconómico, en mayor grado que la procedencia, pues la diferencia que existe entre los tres colegios, es más evidente respecto de la modalidad de educación, directamente relacionada con el nivel socioeconómico, pues existe más tendencia a presentar trastornos alimenticios en la I.E. de modalidad privada en contraste con la de modalidad pública o nacional.

Un resultado que ya había sido sustentado por (Ávila y Jáuregui, 2015), quienes afirmaron la validez de una relación entre el nivel socioeconómico de una adolescente como un factor predisponente a este tipo de trastornos, el mismo que fue confirmado con el resultado del presente estudio. Según estudios realizados en Latinoamérica y a nivel mundial, existe mayor presencia y evolución de trastornos de la conducta alimentaria en zonas urbanas, que, en zonas rurales, esto debido a mayores cargas de estrés y ansiedad, los motivos pueden ser múltiples desde motivos personales, familiares y de estudio, etc. Sumado a ello un alto grado de difusión de los medios de comunicación relacionados con el cuidado personal y a la apariencia física, los cuales muestran un estereotipo de belleza dirigido hacia las mujeres y dándose mayor presión de pares y social, siendo la población más vulnerable las adolescentes mujeres. Investigaciones y estudios afirman que el desarrollo de casos de posibles y definitivos de trastornos de la conducta alimentaria es de mayor probabilidad en estratos socioeconómicos altos y medios y siendo menores en aquellos grupos humanos pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos.



Datos más recientes sitúan la tasa bruta de mortalidad de la AN en aproximadamente un 5% por década. La muerte suele ocurrir por las complicaciones médicas a la propia enfermedad o por suicidio (APA, 2014).

Tabla 27

Existe diferencia significativa entre la dimensión “bulimia” en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas

(I) Institución educativa	(J) Institución educativa	HSD de Tukey		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
		Diferencia de medias (I-J)	Error típico		Límite inferior	Límite superior
I. E. Agustín Gamarra	I. E. Clorinda Matto de Turner	,15934*	,04357	,001	,0568	,2619
	I. E. Landázuri Ricketts	,28512*	,05422	,000	,1575	,4128
I. E. Clorinda Matto de Turner	I. E. Agustín Gamarra	-,15934*	,04357	,001	-,2619	-,0568
	I. E. Landázuri Ricketts	,12578*	,04993	,033	,0082	,2433
I. E. Landázuri Ricketts	I. E. Agustín Gamarra	-,28512*	,05422	,000	-,4128	-,1575
	I. E. Clorinda Matto de Turner	-,12578*	,04993	,033	-,2433	-,0082

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

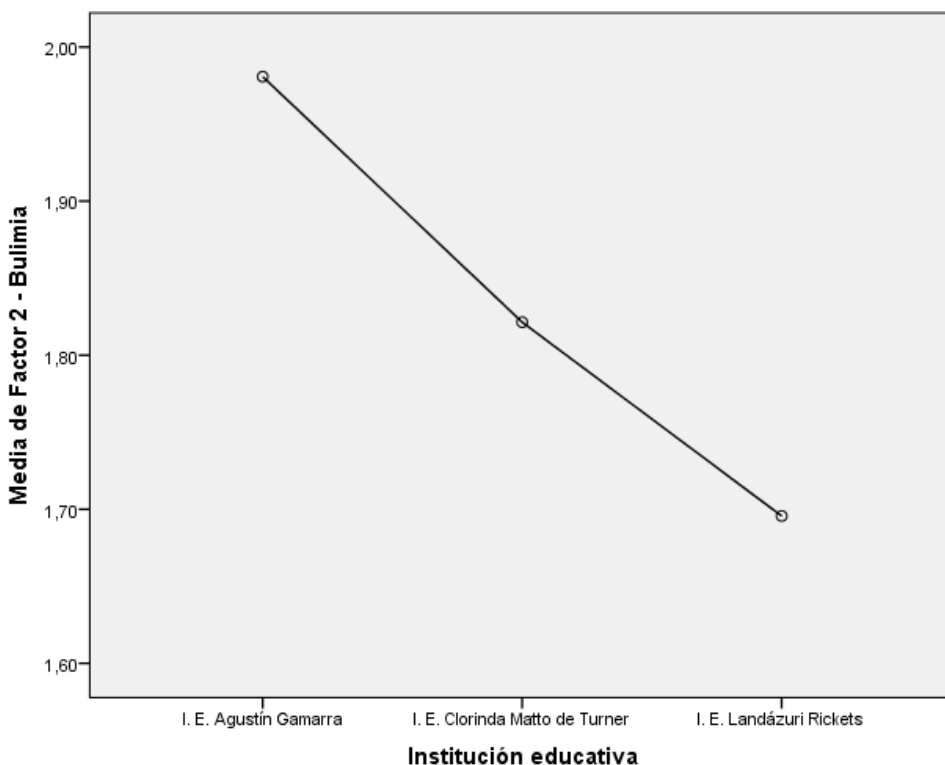


Figura 25. Grado de significancia entre la dimensión "bulimia" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

A partir de la Tabla 27 y Figura 25, se puede señalar que existe una diferencia significativa entre la dimensión "bulimia" de las tres instituciones educativas Agustín Gamarra, Clorinda Matto De Turner, y I.E.P. Landázuri Ricketts, se demostró que existe una diferencia significativa ($P = 0,03$).

Con un 95% de confiabilidad, se afirma que existe una diferencia significativa en la dimensión "bulimia" en las estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas, lo cual se puede explicar a partir de las características que poseen en procedencia, modalidad de educación y familiar, además de la etapa de desarrollo en la que se encuentran las adolescentes mujeres.



Actualmente en nuestra sociedad se refleja una gran inquietud por la apariencia física y una preocupación específica por la delgadez dando lugar a un incremento de casos de trastornos alimenticios - bulimia, resultando la población más vulnerable las adolescentes. (López, 2013).

El incremento de dichos casos en los últimos años se da en nuestra sociedad por el desconocimiento sobre la alimentación en cuanto a su valor nutritivo y el aporte para su desarrollo físico, cognitivo y psicológico (González, Blanco y Biscaia, 2015).

En la Bulimia, los estudios establecen que mientras el tiempo sea menor en el inicio del tratamiento es un factor de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento; también está relacionado con el buen pronóstico el comienzo de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta. Estudios de seguimiento a pacientes de 6 años tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico según sostiene (Carla, 2014).

Es en la adolescencia el periodo donde suele darse mayor preocupación a la imagen y peso corporal, donde se instauran distorsiones en la imagen en el cual la influencia de los medios de comunicación, publicidad y la presión social juega un papel importante que se da por la imitación de patrones de alimentación inadecuados por las adolescentes con el objetivo de tener una apariencia física ideal (Esquerra, 2013).



Tabla 28

Existe diferencias significativas entre la dimensión "control oral" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas.

HSD de Tukey						
(I) Institución educativa	(J) Institución educativa	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
I. E. Agustín Gamarra	I. E. Clorinda Matto de Turner	,14469*	,04607	,005	,0362	,2531
	I. E. Landázuri Ricketts	,20318*	,05733	,001	,0682	,3381
I. E. Clorinda Matto de Turner	I. E. Agustín Gamarra	-,14469*	,04607	,005	-,2531	-,0362
	I. E. Landázuri Ricketts	,05849	,05279	,510	-,0658	,1828
I. E. Landázuri Ricketts	I. E. Agustín Gamarra	-,20318*	,05733	,001	-,3381	-,0682
	I. E. Clorinda Matto de Turner	-,05849	,05279	,510	-,1828	,0658

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

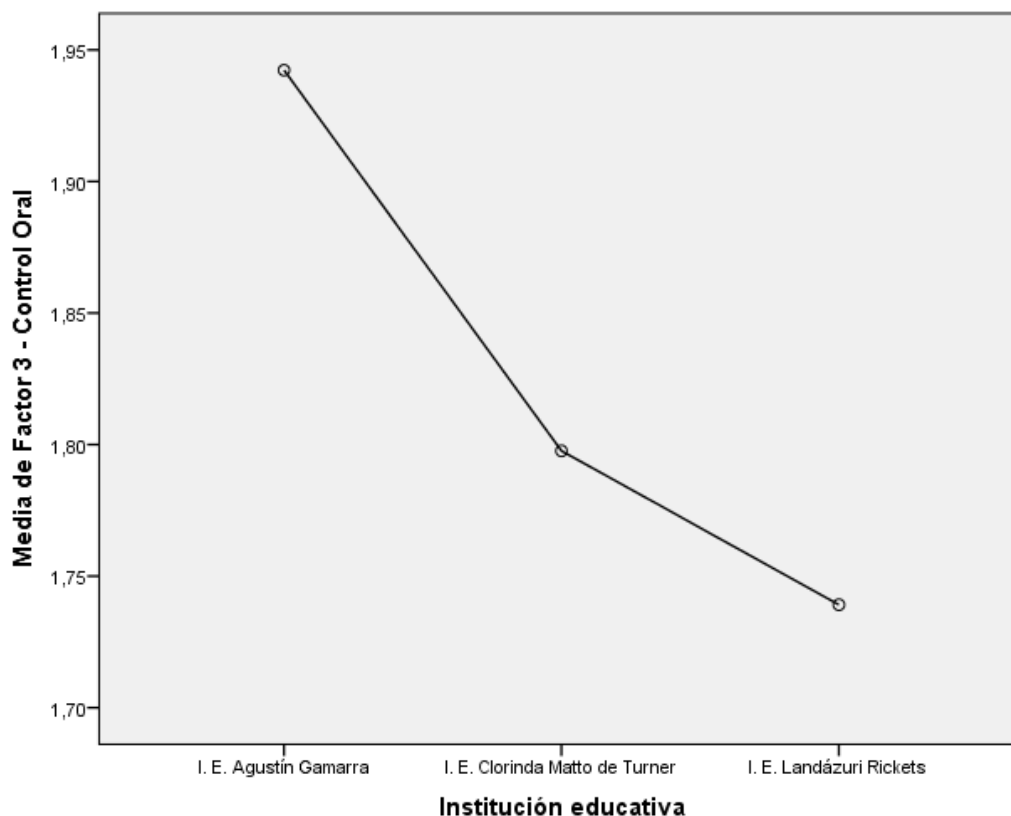


Figura 26. Grado de significancia entre la dimensión "control oral" en estudiantes adolescentes mujeres de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

Tabla 28 y Figura 26, se observa que existe un grado de significancia entre la dimensión "control oral" de las instituciones educativas Agustín Gamarra y Clorinda Matto De Turner ($P = 0.05$), y además existe un grado de significancia entre las instituciones educativas Agustín Gamarra e Institución educativa privada Landázuri Ricketts ($P=0.01$), y entre las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Agustín Gamarra existe una significancia de ($P = 0.05$), y en comparación entre las instituciones educativas de Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts no existe una significancia ($P = 0.51$).

Al 95% de confiabilidad afirmamos que existe una relación significativa de ($P = 0.05$) entre la dimensión "control oral" en las estudiantes adolescentes mujeres de las instituciones educativas



Agustín Gamarra y Clorinda Matto de Turner, en comparación entre las instituciones Clorinda Matto de Turner Landázuri Ricketts no existe un grado de significancia de ($P = 0.51$).

Como se puede observar existe una diferencia significativa en la dimensión “control oral” en las tres instituciones educativas en cuanto a la procedencia y modalidad de educación. Según Negrete, M. (2015) en su investigación intitulada “Estudios epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el Estado de Nayarit, México”, concluye que, en función a las comparaciones del área de residencia, se observa altos índices de trastornos de conducta alimentaria en zonas urbanas y en adolescentes mujeres en comparación en zonas rurales. Raich (2001), menciona que las teorías socioculturales determinan que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad al actual y difundido por los medios de comunicación es internalizado por las mujeres y más en las adolescentes en la cultura occidental relacionado a una demencia existente entre autoestima y el atractivo físico. Además, García (2004), refiere que los modelos culturales estéticos son más rígidos en las mujeres que en los hombres, siendo las mujeres las que dan mayor valoración al atractivo físico siendo este el indicador más relevante en cuanto a su auto-concepto, estas valoraciones afectan considerablemente en la salud de las mujeres.



4.2 Resultados Respecto al Objetivo General

Tabla 29

Comparaciones múltiples de la actitud en general de las instituciones Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra Región Cusco.

(I) Institución educativa	(J) Institución educativa	Sig.
I. E. Agustín Gamarra	I. E. Clorinda Matto de Turner	,034
	I. E. Landázuri Ricketts	,000
I. E. Clorinda Matto de Turner	I. E. Agustín Gamarra	,034
	I. E. Landázuri Ricketts	,114
I. E. Landázuri Ricketts	I. E. Agustín Gamarra	,000
	I. E. Clorinda Matto de Turner	,114

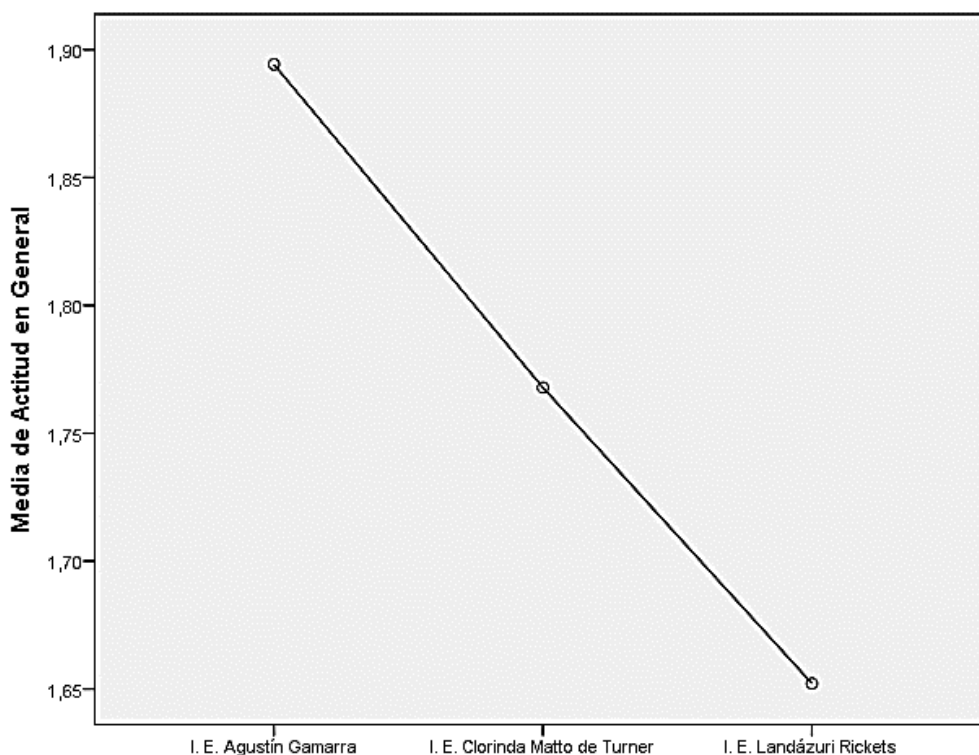


Figura 27. Media aritmética de la actitud en general de las tres instituciones educativas

Descripción e interpretación:

Como se puede observar en la Tabla 29 y Figura 27, con un nivel de probabilidad mayor a 95%, un margen de error menor a 0.05, mediante la prueba estadística de comparación de las



medias aritméticas HSD de Tukey, se puede afirmar que existen diferencias entre la I.E. Agustín Gamarra y las I.E. Clorinda Matto de Turner ($P = 0.34$) y Landázuri Ricketts ($P = 0.00$), lo cual puede deberse al deseo por adelgazar, actualmente estamos inmersos en una preocupación excesiva por alcanzar ideales de belleza dándose lugar al incremento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres relacionadas con la insatisfacción de la imagen corporal acompañado de signos, síntomas y conductas de riesgo como son la anorexia y bulimia en adolescentes según López (2013).

Por su parte, no se encontró diferencia significativa ($P = 0.114$) entre la I.E. Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts, un hecho que se puede deber a que en las sociedades urbanas actuales se establece un ideal del patrón de belleza el cual está relacionado con prácticas de alimentación inadecuadas en búsqueda de una aceptación social tanto de sus pares y la sociedad, que se observa con más frecuencia en adolescentes mujeres siendo la población más vulnerable en nuestra sociedad actual según los diversos estudios realizados según Facchini (2006). Según los últimos datos estadísticos del Suite of Healthcare Products (ADAM, 2012), refiere que las edades entre 14 y 18 años es un grupo de mayor riesgo, aunque existen los últimos estudios que amplían inicios desde los 12 hasta los 25 años.

En el Perú Yuri Cutipe, Director de Salud Mental del Ministerio De Salud (MINSa, 2014) menciona que se ha presentado 1062 casos de trastornos de la conducta alimentaria y durante el 2013 los casos llegaron a 2,258 donde 743 fueron anorexia y 395 fueron bulimia. Estos trastornos de la conducta alimentaria se presentan a partir de los 12 a 17 años actualmente se han evidenciados casos en menores de 12 años. Como también de cada 10 pacientes 9 son mujeres y existen las posibilidades de recaídas en un 80%.



Capítulo 5: Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más importantes y significativos

Respecto de las características generales de la población, previo al análisis de las diferencias y relaciones encontradas, es importante destacar que la mayoría de las estudiantes evaluadas cursan estudios en instituciones educativas en el área urbana (69%), su tipo de familia es predominantemente nuclear (70,4%) y la modalidad de educación es mayormente nacional o pública (79,8%).

Respecto de la incidencia de actitudes hacia la alimentación se encontró que un poco más de un quinto (21,7%) de la población de escolares evaluadas presentan un riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria ya sea de bulimia o anorexia, que es como se había previsto antes de realizar la investigación, mediante indicios recopilados de diversas fuentes para fundamentar el problema del presente estudio, aunque no en una cantidad tan alarmante, pues, aproximadamente, una de cada cinco escolares, se hallan en riesgo de padecer los trastornos mencionados, también confirmando que en Marzo del 2012, Stice y Bohon indican que existe una prevalencia mayor en padecer anorexia y bulimia con el avance de los años en mujeres a nivel mundial, lo cual representa una señal de alarma en pro de la prevención.

En relación con lo anterior, se realizaron correlaciones sobre este problema con las características del tipo de familia, modalidad de educación y la procedencia de las escolares, a fin de encontrar asociaciones y diferencias significativas entre las poblaciones analizadas que permitan explicar tanto su incidencia como den luces para implementar futuros programas de prevención a cargo de los directivos escolares como de las autoridades responsables de la salud mental de la ciudadanía. Es así que no se encontró una relación significativa entre las actitudes hacia la



alimentación con el tipo de familia, ya sea en el riesgo de padecer anorexia o bulimia, en ninguna de las tres instituciones evaluadas del medio urbano y rural; sin embargo, es necesario señalar, que aunque no se hayan hallado asociaciones correlativas entre esas dimensiones y las características de la estructura familiar, sí se encontró una tendencia hacia la ausencia de riesgo en estas instituciones educativas en el tipo de familia nuclear y monoparental, con más presencia de riesgo en las familias compuestas y extendidas. Este resultado, aún con una débil vinculación estadística, expresa, no obstante, una tendencia que permite afirmar que las familias conformadas por un padre, madre e hijos brindarían las condiciones para que no se desarrollen situaciones de riesgo de padecer trastornos alimentarios, en comparación con las familias extensas y compuestas, que se inclinarían en tendencias negativas respecto de la aparición o brote de estos problemas.

Ahora, sobre otro hallazgo de importancia, se encontró una diferencia significativa ($P = 0,005$) entre las actitudes hacia la alimentación dependiendo de la modalidad de educación, privada o pública, hallándose un mayor riesgo de padecer de trastornos de alimentación en la modalidad privada (34.8%) frente a la modalidad pública (18,4%), un hecho que lleva a destacar que el nivel socioeconómico tendría un rol importante como un factor relevante para que las adolescentes de nuestro medio local se vean en una situación de peligro frente a este tipo de trastornos.

Así también, se encontró una diferencia significativa ($P = 0,001$) entre las actitudes hacia la alimentación y la procedencia de las escolares del estudio, es así que las adolescentes del medio urbano se encuentran en mayor riesgo (27%) de padecer trastornos de la alimentación que las del medio rural (11%); es decir, existe una mayor disposición a que las escolares del medio urbano presenten trastornos como la anorexia y bulimia en comparación con las del medio rural.

Sobre el control oral, esta dimensión implica la medición operacional de la angustia que experimentan las personas cuando se sienten presionadas más allá de lo normal por controlar su peso y su ingesta de alimentos, y del mismo modo una preocupación intensa respecto de su propia



conducta alimentaria, en este sentido, se halló también, al igual que el riesgo de padecer de anorexia o bulimia, una diferencia significativa entre las instituciones del medio rural y urbano, y la modalidad educativa privada y pública, pudiendo, por ello, afirmar que esta angustia se relaciona también con factores socioeconómicos y una cultura que exalta la imagen corporal o belleza física sujeta a estereotipos aceptados por el medio social en el que se desarrollan.

Se debe destacar que, en las diferencias significativas mencionadas, tanto de la anorexia, bulimia y control oral, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las instituciones educativas, según el grado de estudios, vale decir que tanto en las alumnas del cuarto y quinto grado se presentan las mismas características, esto debido a que las adolescentes en uno u otro grado, se encuentran en la misma etapa del desarrollo evolutivo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

En relación con las diferencias significativas halladas, según modalidad educativa y procedencia de las alumnas evaluadas, es importante resaltar que se hallaron diferencias significativas en las tres instituciones en general, más no en las dos instituciones de la zona urbana; es decir, el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y la anorexia, se manifiesta de una manera distinta en cada institución educativa. Es así que existe una diferencia significativa entre la institución educativa del medio rural y las del medio urbano, existiendo menos riesgo en la primera que en las otras dos de la zona urbana del Cusco, vale decir que entre las dos instituciones del medio urbano (Landázuri Ricketts y Clorinda Matto de Turner) no existen diferencias significativas en el riesgo de padecer trastornos alimenticios, presentado, por lo tanto, las escolares del medio urbano un riesgo equivalente en comparación con la institución educativa del medio rural, que presenta una media aritmética por debajo de padecer trastornos alimenticios que las del medio urbano. Este resultado general se extiende, asimismo, a las dimensiones “anorexia”, “bulimia” y “control oral” en todas las instituciones educativas evaluadas.



Del resultado anterior se puede deducir que el factor social es tan o más importante que el medio económico a la hora de predecir la aparición de estos trastornos en la población de adolescentes de nuestro medio, pues si bien se hallaron diferencias entre las tres instituciones educativas según la modalidad de educación, privada o pública, no se halló diferencias dentro del medio urbano respecto de si la institución es privada o pública; es así, que se puede afirmar que una adolescente del medio urbano (estudie en una institución privada o pública) presenta el mismo riesgo de padecer trastornos de alimentación como la bulimia y anorexia o de control oral, en comparación con una adolescente del medio rural, quienes se hallan en mejores condiciones socio ambientales para evitar este problema.

El hecho anterior se puede explicar a partir de lo que ya aseveraba Morales (2004), haciendo alusión al factor cultural como el más determinante (incluso más que el socioeconómico), pues si se vive en un medio en el cual se exaltan estereotipos como el cuerpo esbelto, donde el cuerpo delgado es el ideal, y se desprecia la gordura, y esto favorecido por los medios masivos de comunicación y las redes sociales, con todo ello, se generará un medio propicio para el desarrollo de trastornos de alimentación en las adolescentes, sobre todo, del medio urbano; pues en el medio rural, se evidencia que el menor acceso a la tecnología al contar con menos recursos económicos que en la zona urbana, de algún modo, actúan como un medio de protección frente a la vorágine de propaganda o publicidad de la delgadez como un prototipo de belleza, predisponiendo a otros problemas de orden no sólo emocional como la baja autoestima y las distorsiones dismórficas, sino, además, fisiológicas, generando enfermedades relacionadas como la desnutrición, tuberculosis, problemas cardiovasculares, gastrointestinales y endocrinológicos, entre otras; generando así un grave problema de salud en la sociedad cusqueña, pues también las familias de estas adolescentes se verán afectadas, produciendo un efecto negativo en cadena a partir de un problema que podría



evitarse si se tuvieran mejores políticas de salud a través de la acción efectiva de las autoridades que la tienen bajo su responsabilidad.

Es así que la identidad personal adquirida le permite desarrollar habilidades, valores éticos y morales, autonomía y elección de una carrera profesional en su rol bio-psicológico en el desarrollo social del adolescente (Gumucio, 2001).

Siendo en la adolescencia donde se adquieren e instauran los estereotipos de la imagen corporal y belleza física en relación a factores biológicos, psicológicos, personales, culturales y las interrelaciones con sus pares propios en esta etapa de desarrollo. Es aquí en adolescentes mujeres quienes se muestran inconformes con su imagen corporal por necesidad de poseer una figura esbelta, donde es importante en su desarrollo intrapersonal e interpersonal (Markey, 2010).

Acerca de la relación de los trastornos de la conducta alimentaria con los problemas psicológicos se pueden relacionar también con trastornos depresivos, ansiedad, obsesiones, fobias, alteración en la percepción y en la valoración de la imagen corporal, inestabilidad emocional, irritabilidad, escasas habilidades sociales, bajo autoestima DSM-5 (APA, 2014).

5.2 Comparación crítica con la literatura existente

Ahora, en relación a estudios realizados en otros medios, se encontró que Guillermo (2012), en la República de la Argentina, halló también diferencias significativas entre los hábitos de alimentación de instituciones educativas privadas, respecto de las públicas, hallando peores hábitos en escolares de instituciones educativas particulares o privadas, respecto de las públicas, confirmando así los resultados obtenidos en el presente estudio.

Así también se halló una semejanza entre los resultados encontrados en Cusco con los hallados por, Negrete (2015), en Barcelona (España), quien también halló diferencias significativas en las actitudes alimentarias en adolescentes del medio rural y urbano, existiendo más prevalencia



de este problema, así como de la distorsión corporal y una mayor preocupación por el peso y la talla, en el medio urbano que en el rural.

A nivel nacional, Montoya y Quenaya (2014), en la ciudad de Lima, encontraron resultados que se asemejan a los hallados en el presente estudio, en él se destaca la fuerte influencia de los medios de comunicación que están más accesibles en el medio social urbano que en el rural, generando con su influencia un mayor riesgo de padecer estos trastornos que las adolescentes del medio rural. Es así que señala que a mayor influencia de los medios de comunicación existe una mayor probabilidad de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en la población de escolares adolescentes de nuestro medio.

De igual modo, Ponce (2014), en Huánuco, halló un resultado que guarda semejanza con el encontrado en el presente estudio, pues según este investigador, el 85% de adolescentes que presentan riesgo de padecer TCA viven en la zona urbana, y de estas el 23% presenta riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia). Asimismo, del mismo modo que Montoya y Quenaya (2014), asevera que tal condición es un factor de riesgo, pues se halla asociado a que, bajo la influencia de los medios de comunicación, se generen problemas de insatisfacción corporal física y realizar dietas muy bajas en calorías para alcanzar el prototipo de delgadez que en ellos se promueven.

Otro resultado que coincide con la diferencia significativa entre las actitudes alimentarias según la modalidad educativa, es la realizada por Flores (2017), quien en la ciudad de Arequipa, halló también una relación entre este factor socioeconómico y el riesgo de padecer trastornos alimentarios, en este caso sólo el de bulimia, más no anorexia; asimismo, no halló diferencias según el grado de estudios, cuarto y quinto de secundaria, al tratarse de escolares que se encuentran en una misma etapa evolutiva de desarrollo biopsicosocial. Es así que este dato refuerza un hallazgo de importancia dentro del presente estudio, lo que permite deducir que la tendencia es



aparentemente la misma en otras regiones del mundo, como España y Argentina, y del país, como Lima, Huánuco y Arequipa.

En el medio local, Mamani (2011), realizó investigaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria. La primera encontró que a mayor edad el riesgo de padecer estos trastornos se incrementa, sobre todo en la adolescencia, confirmando lo aseverado por De Gracia, Marco y Trujano (2007), quien también le atribuía este problema casi exclusivamente a esta etapa del desarrollo. Por su parte, Huayllani (2016), las escolares de nuestro medio, en más del 64%, presentan notables preocupaciones por su peso buscando perderlo en lo más posible, pues el 90% presenta deseos y obsesión de ser más delgada de lo que ya es, datos que refuerzan los hallados en el presente estudio.

Así también, Gil (2013), halló que el 15% de las adolescentes presentan predisposición de padecer trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo, en adolescentes mujeres que en varones. Las adolescentes que más presentaban este problema, pertenecían mayormente a un nivel socioeconómico medio (73%), tendiendo también importancia, según está investigadora, este factor como uno relacionado al riesgo de padecer estos trastornos, que también se hallaron en el presente estudio.

En consecuencia, todos los datos analizados coinciden con lo que afirmaban De Gracia, Marco y Trujano, 2007, McArthur, Holbert y Peña, 2005; Raich, 2001), quienes sostenían que la etapa más vulnerable a padecer estos trastornos es la adolescencia, tal y como se confirmó tanto en el presente estudio como en los otros realizados en el medio internacional, nacional y local, con una mayor incidencia, como fue referido, en el medio urbano más que el rural a consecuencia de factores comunicacionales que crean estereotipos anómalos de la imagen corporal de las adolescentes, quienes, si viven en el medio urbano, se hallan más predispuestas a padecerlos que si radicaran en el medio rural.



5.3 Implicancias del Estudio

Los resultados encontrados, tienen muchas implicancias de distinto orden, siendo las más importantes las de salud mental pública, sociales y preventivas.

Dentro de lo primero, según lo encontrado, se presenta un grave problema para la salud mental de nuestro medio, sobre todo, en las adolescentes del medio urbano y también en el medio rural. Es así que teniendo cifras alarmantes sobre la prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimenticios en las escolares de nuestro medio, donde una de cada cinco presenta riesgo de presentarlos, es necesario realizar más investigaciones a fin de develar los factores que se hallarían relacionados a que las adolescentes del medio urbano presenten este problema, en relación con el medio rural, en el que, por cierto, también se deberían realizar campañas de prevención, en este caso de tipo primario orientados a evitar la aparición de tales problemas relacionados con trastornos dismórficas o de autopercepción.

Así también, es necesario realizar más estudios dentro de la región, como, por ejemplo, en Apurímac y Puno, y también en poblaciones universitarias, pues según, Pawluck y Gorey, 1998), el rango de edad en el que se manifiestan los TCA van de los 15 a 25 años; pues se requieren datos más precisos acerca de esta prevalencia, sobre todo, realizados por psicólogos, pues la mayoría de las investigaciones realizadas en el medio local, fueron realizadas por enfermeras utilizando test psicológicos, lo cual, si bien implica también una falta por hacer uso de instrumentos para cuyo manejo no están capacitadas, dichos estudios se ejecutaron a raíz de una falta de estudios psicológicos relacionados con esas variables, es así que el presente estudio se constituye en uno de importancia tanto para generar datos que sirvan para futuras investigaciones y programas preventivos, como para producir una mejor interpretación de los resultados, pues en las investigaciones locales relacionadas, se encontraron sólo cifras estadísticas de esta problemática,



con información principalmente de orden médico, pero con un escaso análisis psicológico de los mismos.

En este sentido, los estudios que implicarían un avance en pro de encontrarle una solución al problema, se deberían empeñar en profundizar más en el factor familiar, pues se encontraron indicios de que este problema estaría relacionado a los estilos de crianza y al clima familiar, así como a la percepción de las competencias parentales en las escolares.

Del mismo modo, se podrían buscar relaciones a estos trastornos con factores como la inteligencia emocional, el control de los impulsos y los rasgos de personalidad, aspectos que no fueron desarrollados en la presente investigación al estar limitada a realizar una forma de diagnóstico situacional inicial sobre la prevalencia de este problema en la población escolar de instituciones educativas privadas y públicas del medio rural y urbano, dejando así una línea de base para que futuros psicólogos interesados en confrontar este dilema de la salud mental local y global, encuentre cada vez más soluciones más factibles que permitan un mayor control de la misma, a fin de prevenirla y, en caso de que ya se manifiesten en niveles alarmantes (como se evidenció en el presente estudio) buscar las mejores funciones asistenciales haciendo uso de todos los recursos que nos brinda el método científico.



Conclusiones

Primera: Se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Agustín Gamarra y Clorinda Matto de Turner ($P = 0,034$), y Agustín Gamarra y Landázuri Ricketts ($P = 0,00$), no encontrándose diferencias entre Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts ($P = 0,114$) de la Región Cusco, 2019; evidenciándose disimilitudes importantes entre las instituciones educativas del medio urbano respecto de las del medio rural.

Segunda: Las características de procedencia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas de la Región Cusco, 2019; son del 69.5% (Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts) del área urbana y 30.5% (Agustín Gamarra) del área rural. Se afirma que la mayoría de estudiantes evaluados proceden del área urbana y cerca de un tercio del área rural.

Tercera: Las características del tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019; son nuclear (70%), monoparental (19.9%), compuesta (5.3%) y extensa (4.4%). Se afirma que cerca de dos tercios de la población evaluada tiene un tipo de familia nuclear conformada por padre, madre e hijos.

Cuarta: Las características según modalidad de educación privada o pública en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas de la Región Cusco, 2019; son nacional en un 79.8% (Clorinda Matto de Turner y Agustín Gamarra) y privada en un 20.2% (Landázuri Ricketts); se afirma que más de dos tercios de la población evaluada presenta una modalidad de educación pública o administrada por el Estado peruano.

Quinta: Las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín



Gamarra, de la Región Cusco, 2019; son de “en riesgo” en un 21,7%, y “no riesgo” en el 78,3%. Por lo tanto; más de un quinto de la población evaluada manifiesta una predisposición a padecer trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y control oral; un riesgo muy superior a la tendencia mundial, que es del 4%, y a la nacional que es del 11,4%, representando una latencia significativa ya que quintuplica el porcentaje mundial y duplica el nacional.

Sexta: Exceptuando a la asociación entre las dimensiones “anorexia”, “bulimia” y “control oral”, y el tipo de familia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas dimensiones y la modalidad de educación y procedencia, así como entre las tres instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019. Se puede afirmar que las características del tipo de familia no son determinantes para el riesgo de padecer anorexia, bulimia y control oral en estas adolescentes, en contraste con la modalidad de educación y la procedencia de estas alumnas, así como con la institución educativa en la que cursan estudios secundarios, pues se encontró que existe más riesgo de padecer de anorexia, bulimia y control oral, en la modalidad de educación privada, procedencia urbana y las instituciones educativas que se establecen dentro de este medio socioeconómico.

Séptima: No se hallaron diferencias significativas entre la anorexia, bulimia y control oral según el tipo de familia de las estudiantes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019; contrario a la modalidad de educación ($P = 0,005$) y la procedencia ($P = 0,001$), en las que sí se encontraron. Por lo tanto; las características de la estructura familiar no representan un riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria, a diferencia de que, si una estudiante procede tanto del área rural o urbana, como si se educa en una institución privada o nacional, las cuales se constituyen en factores predisponentes.



Octava: Existen diferencias significativas entre las dimensiones "anorexia", "bulimia" y "control oral", en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Agustín Gamarra (anorexia $P = 0,004$, bulimia $P = 0,001$, y control oral $P = 0,005$), Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra (anorexia $P = 0,001$, bulimia $P = 0,000$, y control oral $P = 0,001$); pero no se encontraron diferencias entre las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts (anorexia $P = 0,412$ y control oral $P = 0,510$); de la Región Cusco, 2019. Asimismo, se halló una diferencia significativa en la dimensión "bulimia" entre las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner y Landázuri Ricketts ($P = 0,33$), pues la primera presenta un riesgo del 17,9% y no riesgo en el 82,1%, en contraste con la segunda que presenta un riesgo del 30,4% y no riesgo en el 69,6%, manifestando, en consecuencia, un mayor riesgo la institución privada que la nacional. Por lo tanto; exceptuando a la dimensión bulimia en las dos instituciones del área urbana, no se hallaron diferencias significativas en las dimensiones anorexia y control oral en las instituciones según la modalidad de educación; contrario a ello se hallaron diferencias significativas en las tres dimensiones de las instituciones según el área rural y urbana; manteniéndose así la misma tendencia general.



Sugerencias

Primera: Se sugiere implementar programas, actividades de sensibilización y talleres de orientación sobre hábitos de alimentación saludable, con la finalidad de generar conocimientos sobre nutrición saludable y así propiciar conductas adecuadas de alimentación en las estudiantes adolescentes.

Segunda: Se sugiere la participación activa de diferentes profesionales como nutricionistas, psicólogos y docentes, así como la de los padres de familia, para promover hábitos alimenticios saludables en las adolescentes estudiantes de las instituciones educativas de procedencia rural y urbana, y así prevenir la tendencia a padecer trastornos de conducta alimentaria.

Tercero: Los resultados que se obtuvieron en la presente investigación en cuanto al riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria representa un alto porcentaje significativo, que representa un alto porcentaje en comparación con los datos estadísticos a nivel nacional y mundial. Por ende, se sugiere realizar más estudios relacionados con la problemática del presente estudio para conocer los factores y causas implicadas que ponen en riesgo a la población de adolescentes mujeres en la Región Cusco.

Cuarta: De acuerdo a los resultados obtenidos se evidenció que existe mayor riesgo de padecer anorexia, bulimia y control oral, en la modalidad de educación privada y en el área urbana. Por lo tanto, se sugiere realizar estudios en adolescentes mujeres en esta modalidad educativa en otros espacios para conocer con mayor propiedad las causas o factores que las predisponen.

Quinta: Se sugiere realizar investigaciones sobre la dimensión “anorexia, bulimia y control oral” con un énfasis particular, al haberse encontrado relación con el tipo de familia, ya que existe una tendencia predisponente de riesgo, para así prevenir futuros trastornos de la conducta alimentaria.

Sexta: Se sugiere que las próximas investigaciones sobre la temática desarrollada profundicen en la dimensión Bulimia, en particular en las instituciones educativas privadas al haberse hallado altos



índices de riesgo, y de esta manera conocer tanto los factores predisponentes de dicho trastorno, como las medidas que se pueden implementar para intervenir oportunamente y evitar un desenlace de mayor gravedad.



Referencias Bibliográficas

- Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (2012). AED, Academy for Eating Disorders). Trastornos De la conducta Alimentaria, Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado de: <https://bit.ly/2XZM2SK>
- Adam, M., (2012). Los problemas de comportamiento de internalización y externalización en la infancia contribuyen al desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosa: un estudio que compara parejas de hermanas. *Revisión europea de los trastornos alimentarios*, 20 (2),116-120.
- Aguilar, N.J. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios, Arequipa 2019 (tesis de pregrado)*. Recuperado de: <https://bit.ly/3dDZOSk>
- Alarcón, R.(2013). *Metodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Ricardo Palma. Lima, Peru. Editorial Universitaria.
- Allport, G.W. (1935). *Attitudes*, Handbook of Social Psychology; Worcester, Ma: Clark University Press.
- Ausubel, D.P; Novak, J.D. y Hanesian, H. (1986). *Psicología educativa*. México, D.F. México: Tillas.
- Asociación americana de psicología (2007). La belleza de un constructo social. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Panamericana Editorial Médica.
- Ávila, M. & Jáuregui, J. (2015) Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre los adolescentes y jóvenes de Nuevo León. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. Instituto de



Investigaciones Sociales (IINSO), Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6(1).

Bancalero, M. (2015). *Alternativas de clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria: estudio de una muestra clínica procedente de una unidad específica ambulatoria (Tesis doctoral)*. Universidad de Extremadura. Recuperado de: <https://bit.ly/2Xsn6V1>

Baró, M. (1988), Actitudes: definición y medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y Acción planificada. Recuperado de: <https://www.ehu.eus> > documents > Capitulo+X

Barriguet, A. y Tena, A. (2005) *Actualidades en el Manejo Ambulatorio de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Editorial Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 2, pp. 66-67 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México. Recuperado de: <https://bit.ly/3d05J3t>

Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México, D. F.: McGraw-Hill.

Bueno, M. (2003). Adquisición de los hábitos alimentarios propios y su influencia en la dieta de los adolescentes en: *Nutrición clínica*, pp. 2,7-15.

Cabrera, E. (2015). Psicología de la alimentación: una herramienta para entender el comportamiento con la comida. Recuperado de: <https://www.directoalpaladar.com.mx> > salud-y-nutrición > psicología-de-l.

Canción, N. (2013) *En el Perú se atienden de 10 a 12 casos de anorexia y bulimia al día*. Universidad Continental. Recuperado de: <https://bit.ly/2W8eCSJ>

Carla, T. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. Pediatría Integral. 1997.pp. (2): 243-260

Cash, T. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body image*, pp.1,1-5.



Castellano, G y Redondo, A. (2004). *Medicina de la adolescencia atención integral*. Madrid, España: Ergon.

Coleman, J. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Morata.

Corbin, A. J. (2010) *Psicología y Nutrición: el vínculo entre emoción y alimentación*

Recuperado de: <https://psicologiymente.com> > psicología-nutrición-alimentación-emocional

Cutipe Y. (2014). *Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y anorexia en el Perú*.

Recuperado de: <https://bit.ly/2Q0Qe1s>

Craig, J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México D.F. México: Pearson.

Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Los trastornos de la imagen corporal y los trastornos alimenticios en adolescentes: *Un estudio empírico*. *Psiquis*, pp.23(1),36-43.

De Gracia, M. y Marco, M. y Trujano, P. (2007). *Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes*. *Psicobema*, pp. (19) 4, 646-653.

Díaz, M. y Rodríguez, F. (2003). *Factores de riesgo relacionados a trastornos alimentarios en una comunidad de adolescentes*. *Atención Primaria*.

Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1984). Teorías Cognitivas de la Persuasión. *En L. Berkowitz. Avances en la psicología social experimental*, pp.267-359. New York, Estados Unidos: Academic.

Eysenck, H.J. (1978). *Usted y la neurosis*. Buenos Aires, Argentina: Huemul.

Erikson, E. (1971). *Infancia y sociedad*. Recuperado de: <https://www.academia.edu> > Erik_Erikson

Esquerria, M. (2013). *Percepción del propio peso en adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas*. Recuperado de <https://bit.ly/3cMcar1>

Facchini M. (2006). *La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones?* Archivo Argentina Pediátrico, (104), 2,177-184: Recuperado de:



https://www.researchgate.net/publication/46183358_Trastorno_de_la_imagen_corporal_un_estudio_con_preadolescentes_y_reflexiones_desde_la_perspectiva_de_genero.

Fernández, A. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *Revista De Ciencias*

De La Pablo De Olavide, 20, 1-69. Recuperado de: <https://bit.ly/3ctIgGv>

Flores, L. (2017). *Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa (tesis de pregrado)*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/UCSP/15476>

Flores, karen L., Arenas Yuca, K. E., Franco Phuyo, leyla, & Tacuri Figueroa, B. (2019). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019. *Yachay - Revista Científico Cultural*, 8(1), 550-552. <https://doi.org/10.36881/yachay.v8i1.138>

Gadheri, A. y Scott, B. (2001). Prevalencia, incidencia y posibles factores de riesgo para trastornos alimentarios. Recuperado de: <https://bit.ly/2IQB22N>

García, E. (2004). Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (1ªed.). Barcelona: Masson.

Gavino, A. (1995). Problemas de alimentación en el niño. Madrid, España: Pirámide

Garner, D. M. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(22), 273-279. Recuperado de: <https://bit.ly/2IKczfB>

Garner, D., Olmsted, M. P., Polivy, J. y Garfinkel, P. (1984). *La prevención de problemas y trastornos alimentarios*.

Gil, (2013). *Evaluación de la predisposición a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del Cusco (tesis de pregrado)*. Universidad Andina Del Cusco, Cusco.



- González, M. (2011). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia: aspectos clínicos evaluación e intervención*. Madrid, España: Pirámide.
- Gonzales R., Blanco M.J., Biscaia, J. M., Mohedano R. B., Grille, M. & Blanco, M.A. (2015). Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, Recuperado de <https://bit.ly/38QIvcV>
- González, E. & Merino, B. (2000). *Guía de nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimenticios*. Madrid, España: CIDE. Recuperado de: <https://bit.ly/2QcuFcz>
- Goldfried, MR y Merbaum, M. (1973). Una perspectiva de autocontrol. En MR Goldfried y M. Merbaum (Eds.), *El cambio de comportamiento a través del autocontrol* (págs. 3-34). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, Inc. Recuperado de: <https://bit.ly/2TM45uN>
- Guillermo, D. (2012). *Hábitos alimentarios en escolares adolescentes (tesis de pregrado)*. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.
Recuperado de: <https://bit.ly/33g4mJC>
- Gumucio, M. E. (2001). Curso salud y desarrollo del adolescente, Módulo I: lección 2, Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Psiquiatría. Recuperado de: <https://bit.ly/2IXtkUZ>
- Grabe, S. Ward, L. y Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlation studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476. Recuperado de: <https://bit.ly/2wXJACE>
- Greenwood, D. (2009). Idealized TV friends and young women's body concerns. *Body Image*, 6/ (2) 97-104. Recuperado de: <https://bit.ly/33lh9>
- Grogan, S. (2007). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*, 2.^a ed. Londres, Inglaterra: Routledge.



- Guelar, D y Crispo, R. (2011). *Adolescencia y trastornos del comer*. Toledo, España: Gedisa Editorial.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hernández A. J. (1989). *Metodología sistémica en la Enseñanza Universitaria*, España. Madrid, Narcea. Recuperado de: <https://bit.ly/2WfMygb>
- Huayllani, F. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Cecilia Tupac Amaru. (Título de pregrado)*, Universidad Andina del Cusco, Cusco.
- Huerta, A. (2004). *TCA en los postulantes del Concurso Extraordinario de la UNSA* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Herzog, D. B., B, Beresin, y Charat, V.E. (2006). *Anorexia nerviosa*. En J.M. Weiner y M.K. Dulcan (Eds). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, pp. 673-689.
- Hernández, R, & Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* 6° edición. pp.88- 89-93. Santa Fe, México: Mc Graw Hill Education.
- Kandel, E. (2000). Disorders of thought and. Volition: schizophrenia. In: Kandel, E., Schwartz, J., Jessell. T., Editores. *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill., p.1188-208.
- López, C., & Treasure, J. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo*. Retrieved September 02, 2014. Recuperado de: <https://bit.ly/2U4hQnt>
- López P. (2013). *Trastornos de la Conducta alimentaria y la imagen corporal: Un estudio de series de casos*. Recuperado de: <https://bit.ly/33iq9Aq>
- Maestre, L. y Abu, S. (2015). *Trastornos alimenticios*. RPP noticias. Lima. Recuperado de: <https://bit.ly/2WaDngZ>



- Maganto, C. y Cruz, S. (2008) TSA Test de Siluetas para Adolescentes. Madrid: TEA Ediciones. SA. (pp. 104). ISBN: 978-84-7174-908-6. Depósito Legal: M-18955-2008-CIPSA.
- Mamani, Z. (2011). Rasgos psicológicos de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas del tercero, cuarto y quinto grado de secundaria de las instituciones educativas Educandas, Comercio 41 y Clorinda Matto de Turner, Cusco (*Título de pregrado*), Universidad Andina del Cusco, Cusco.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2010). Un examen correlacional y experimental de la televisión de realidad e interés en la cirugía estética. *Imagen corporal*, 7 (2), 165-171. Doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.006
- Mendoza, González y Silva. (2013). *Tesis Autopercepción ideal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes*. Veracruz, México. Recuperado de: <https://bit.ly/39PzL81>
- Martínez, P. Guzmán, L. Hartley, J. Morote, R. Calderón, A. (2003). *Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana (Título de pregrado)*, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Martínez Costa, J y Comin Ferrer, J. (1996). Fisiología de la conducta del niño y de los adolescentes Sanos. Educación de adolescentes y ciencias Médica. Valencia, España: EDICEP.
- Minuchin, S. (1982). Familia y terapia familiar. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. (1978). Técnicas de terapia familiar. New York: Harvard University Press.
- McArthur, L., Holbert, D., y Peña, M. (2005). Una exploración de las dimensiones actitudinales y perceptivas de la imagen corporal entre adolescentes varones y mujeres de seis ciudades latinoamericanas. *Asociación Americana de Psicología*. Recuperado de: <https://bit.ly/2QbFUUA>



- Ministerios De Salud. (2010). Más del 11% de adolescentes sufre trastornos alimentarios en el país, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud (Minsa). <https://andina.pe> › agencia › noticia-mas-del-11-adolescentes-sufre-trastorn...
- Ministerio De Salud (MINSa,2006). Orientaciones para la Atención Integral de la Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de: bvs.minsa.gob.pe › local › MINSa › 1039_DGSP200
- MINSa. (2014). *Documento Técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud 2006*. Lima, Perú. Recuperado de: <https://bit.ly/33isn2K>
- Ministerios De Salud. (2012). *Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente*, Lima, Perú. Recuperado de: <https://bit.ly/2TNT7Vv>
- Montoya, Y. y Quenaya, A. (2014). *Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima. (Título de pregrado)*, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima, Perú.
Recuperado de: <https://bit.ly/2W7v6dQ>
- Morales, J.F. (2004). Mensajes persuasivos y cambio de actitudes. In J. F. Morales (Ed.), *Psicología social*, pp. 24. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Montero, P., Morales, E. M., Carbajal, A., (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Recuperado de: www.didac.ehu.es › antropo › Montero
- Negrete, M. (2015), *Estudios epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el Estado de Nayarit, México* recuperado de: <https://bit.ly/2Qhow0G>



National Eating Disorders Association (2012). *Statistics: eating disorders and their precursors.*

Vol.1. Seattle: NEDA

Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., y Berge, J. M. (2010).

Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health* 47(3), 270-276. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.001

Olesti, M. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería Clínica*, 17(2), 78-84.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Tipos de Familia (2002). Recuperado de: <https://bit.ly/2WdI5ea>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Desarrollo en la adolescencia. World Health Organization (OMS)*. Recuperado de: <https://bit.ly/2U9faVE>

Papalia, D., Wendkos, O. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. 8va. edición Bogotá, Colombia: McGraw-Hill.

Papalia, D. Wendkos, S. Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. Novena edición. México D.F., México: Mc. Graw Hill interamericana.

Papalia, D. Wendkos, S. Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Undécima edición. México, D.F: McGraw-Hill.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Undécima edición. México D.F., México: Mc. Graw Hill.

Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. (2007). Factores Psicosociales Asociados A Los Trastornos De Alimentación En Adolescentes De Lima Metropolitana. *Psychol Int*. 2007; 18(4):1-25.



- Pawluck, D., Gorey, K., (1998). *Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based*. Recuperado de: <https://bit.ly/33eNAdW>
- Pomalima, R. (2010). Más del 11% de adolescentes sufre trastornos alimentarios en el país, Andina. Lima. Recuperado de: <https://bit.ly/3aTBsS3>
- Ponce, J. (2014). Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) en las alumnas de 4° y 5° de secundaria de la institución educativa parroquial Padre abad-Tingo María, 2014, (tesis de pregrado). Universidad de Huánuco, Perú. Recuperado: <https://bit.ly/2U3kTfQ>
- Perloff, R. (2003). En the dynamics of persuasion, communication and attitudes in the 21st. century. (Chapter 2), Attitudes: definition and structure (pp.36-44). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Piaget, J. (1973). *Génesis de las estructuras lógicas elementales*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Piacente, T. (2009). *Cátedra fundamentos técnicos e instrumentos de exploración psicológica I*. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata. Buenos aires, Argentina
- Plan de calidad para el Sistema Nacional*. (2009). Madrid, España. Recuperado de: <https://bit.ly/3d32Dfp>
- Quispe, K. M. (2012). *Evaluación de la predisposición a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes en Cusco. Repositorio Unsaac (Tesis de pregrado)*. Recuperado de: <https://bit.ly/34VF6JK>
- Quality Plan For The National Health System of Spain . (2006-2010). España. Recuperado de : <https://bit.ly/3d32Dfp>
- Raich, R.M, Torres, J. (2001). D. Body image in a sample of adolescent students. Book of abstracts European Council on Eating Disorders. pp 15. Barcelona, España.
- Real academia española (2014). Recuperado de: <https://dle.rae.es> > alimentación



Rivero, M., Vivas, E. y Lugli, Z. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. Recuperado de: Trastornos de alimentación y control personal de la conducta www.scielo.org.m

Rosenblum, GD. y Lewis M. (1999). *The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence*. Child Development. 70-50-64. Recuperado de: <https://bit.ly/2TPnTxy>

Ruiz, R. A. (2003). La psicología y la alimentación. Recuperado de: La psicología y la alimentación- Biblioteca para la Person bibliotecaparalapersona-epimeleia.com › collect › escritos2 › import ›

Russell J, Baur LA, Beumont PJV (2001). Alteración del metabolismo energético en la anorexia nerviosa. *Psychoneuroendocrinology*, pp 26:51-63. Recuperado de: <https://bit.ly/2TN5aCw>

Rezende, R. (2011). *La psicología y la alimentación*. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de: <https://bit.ly/3aUHRfT>

Restrained Eating and Human Obesity. Albert J. Stunkard M.D. Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA ...

Ruiz, R. A. (2003). La psicología y la alimentación. Recuperado de: bibliotecaparalapersona-epimeleia.com › collect › escritos2 › import

Saldarriaga L. (2013). *Distorsión de la imagen corporal en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes en el periodo 2012 - 2013. (Tesis de pregrado)*. Universidad Privada Antenor Orrego. Tumbes, Perú. Recuperado de: <https://bit.ly/2IMrzd2>

Silva C., Millán B. A. y González K. E. (2017). *Rol de género y actitudes alimentarias en adolescentes de dos diferentes contextos socioculturales*. Universidad Nacional Autónoma



de México Tlalnepantla Estado. De México, México. Recuperado de:
<https://bit.ly/38MjRKA>

Sotil, A. (2003). Influencias del clima familiar, estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico. *Revista de investigación en psicología UNMM*.6 (2), 53-69.

Soutullo, C. (2004). Trastornos de conducta alimentaria: Anorexiay bulimia. Clínica Universitaria de Navarra. Recuperado el 15 de octubre de 2004. Recuperado de: <https://bit.ly/3eM7ZeL>

Stice, E. y Bohon, C. (2012). Afecto negativo y respuesta neuronal a la ingesta de alimentos sabrosos en la bulimia nerviosa. *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health*.

Schmidt, U., Tiller, J. y Treasure, J. Taylor & Francis (1993) Factores psicosociales en los orígenes de la bulimia nerviosa. *Revista Internacional de Psiquiatría*.

Stunkard, A. J. (1990). Alimentación restringida y obesidad humana.
Recuperado de: onlinelibrary.wiley.com > doi > abs.

Toro, J. (2004). Anorexia nerviosa. Barcelona. España. Martínez Roca.

Torres Velázquez, L.E., Ortega Silva, P, Garrido, A. y Reyes, A. (2008). Dinámica familiar con hijos e hijas. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56. D. F. México, México. Universidad Intercontinental. Recuperado de: <https://bit.ly/2TPyHfa>

Veloso, V., Lucena, S., S. W., Gouveia, R., V., Cavalcanti, J., (2010). *Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida Interamerican Journal of Psychology*, vol. 44, núm. 1, 2010, pp. 28-36 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional. Recuperado de: <https://bit.ly/2Wb3Db7>

Weltzin, T. Weisensel. Franczyk, D. Bumett, K. Klitz, C. Bean, P. (2005). Eating disorder in men: update. *Journal of Men's Health & Gender*, Vol.2 (2), Jun. pp. 186-193.



APÉNDICES



APÉNDICE A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas de la Región Cusco, 2019.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable(s)	Dimensiones/ indicadores	Metodología
<p>General: ¿Cuáles son las diferencias entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p> <p>Específicos: 1. ¿Cuáles son las características de procedencia en estudiantes adolescentes</p>	<p>General: Describir las diferencias en las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>Específicos: 1. Identificar las características de procedencia en estudiantes adolescentes</p>	<p>Hipótesis general Existen diferencias significativas entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>Hipótesis específicas 1. Existe relación significativa entre la dimensión “anorexia” con</p>	<p>V1. Actitudes hacia la alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La dieta (anorexia): se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada(o). ♦ Bulimia y preocupación por la comida: donde se refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de bulimia. 	<p>Tipo de investigación Descriptivo-comparativo.</p> <p>Diseño de investigación Tipo no experimental. (cuantitativo).</p> <p>Población Estudiantes adolescentes mujeres del 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas de la Región Cusco.</p>



<p>mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p> <p>2. ¿Cuáles son las características del tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p>	<p>mujeres de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>2. Establecer las características del tipo de familia en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p>	<p>el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>2. Existe relación significativa entre la dimensión “bulimia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones</p>		<p>♦ Control oral: está relacionado con el autocontrol en el comer.</p>	<p>Muestra La muestra es de tipo censal. 341 estudiantes adolescentes mujeres.</p> <p>Instrumentos de recolección de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Entrevista. ●Observación. ●Prueba piloto. <p>Instrumento 1: Test de actitudes hacia la alimentación – 26. (Eating Attitudes Test, Eat)</p> <p>Instrumento 2: Encuesta de características socioeducativas</p> <p>Instrumentos de procesamiento y análisis de dato</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Spss ● Microsoft Excel
--	---	---	--	---	---



<p>3. ¿Cuáles son las características según modalidad de educación privada o pública en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p> <p>4. ¿Cómo son las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones</p>	<p>3. Describir las características según modalidad de educación privada o pública en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>4. Conocer las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto</p>	<p>educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>3. Existe relación significativa entre la dimensión “control oral”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p>			
---	--	---	--	--	--



<p>educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra de la Región Cusco, 2019?</p> <p>5. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “anorexia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, región Cusco, 2019?</p>	<p>de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra de la Región Cusco, 2019.</p> <p>5. Establecer el grado de relación entre la dimensión “anorexia” con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p>	<p>4. Existe relación significativa entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.</p> <p>5. Existe diferencias significativas entre las dimensiones "anorexia", "bulimia" y "control oral", en estudiantes</p>			
--	---	---	--	--	--



<p>6. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “bulimia”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p>	<p>6. Identificar el grado de relación entre la dimensión “bulimia” con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p>	<p>adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p>			
<p>7. ¿Cuál es el grado de diferencia entre la dimensión “Control Oral”, con el tipo de familia, modalidad de educación y procedencia, en</p>	<p>7. Identificar el grado de relación entre la dimensión “control oral” con el tipo de familia, modalidad de educación y</p>				



<p>estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, ¿2019?</p> <p>8. ¿Cuál es el grado de diferencia entre las Actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la</p>	<p>procedencia, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019.</p> <p>8. Identificar la relación entre las actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la</p>				
--	---	--	--	--	--



<p>modalidad de educación, tipo de familia y procedencia?</p> <p>9. ¿Existe diferencias significativas entre las dimensiones “anorexia”, “bulimia” y “control oral, en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019?</p>	<p>modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.</p> <p>9. Describir si existe diferencia significativa entre las dimensiones “anorexia”, “bulimia” y “control oral”, en adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de las instituciones educativas Clorinda Matto de Turner, Landázuri Ricketts y Agustín Gamarra, de la Región Cusco, 2019, con la modalidad de educación, tipo de familia y procedencia.</p>				
--	---	--	--	--	--



APÉNDICE B. MATRIZ DE INSTRUMENTOS

EAT-26

Nombres y Apellidos (Solo iniciales):

Grado y sección:

Sexo: (M) (F)

Instrucciones: En el siguiente formulario se tiene que rellenar con honestidad, precisión y completamente como sea posible. No existe respuesta correcta o incorrecta y sus respuestas son confidenciales.

1. Me gusta comer con otras personas	N	CN	AV	BV	CS	S
2. Procuero no comer, aunque tenga hambre	N	CN	AV	BV	CS	S
3. Me preocupo mucho por la comida	N	CN	AV	BV	CS	S
4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	N	CN	AV	BV	CS	S
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	N	CN	AV	BV	CS	S
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	N	CN	AV	BV	CS	S
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	N	CN	AV	BV	CS	S
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	N	CN	AV	BV	CS	S
9. Vomito después de haber comido	N	CN	AV	BV	CS	S
10. Me siento muy culpable después de comer	N	CN	AV	BV	CS	S
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	N	CN	AV	BV	CS	S
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	N	CN	AV	BV	CS	S
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	N	CN	AV	BV	CS	S
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	N	CN	AV	BV	CS	S
15. Tardo en comer más que las otras personas	N	CN	AV	BV	CS	S
16. Procuero no comer alimentos con azúcar	N	CN	AV	BV	CS	S
17. Como alimentos de régimen	N	CN	AV	BV	CS	S
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	N	CN	AV	BV	CS	S



19. Me controlo en las comidas	N	CN	AV	BV	CS	S
20. Noto que los demás me presionan para que coma	N	CN	AV	BV	CS	S
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	N	CN	AV	BV	CS	S
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	N	CN	AV	BV	CS	S
23. Me comprometo a hacer régimen	N	CN	AV	BV	CS	S
24. Me gusta sentir el estómago vacío	N	CN	AV	BV	CS	S
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	N	CN	AV	BV	CS	S
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	N	CN	AV	BV	CS	S
N: nunca; CN: casi nunca; AV: algunas veces; BV: bastantes; CS: casi siempre; S: siempre						

Total: _____



APÉNDICE C. ENCUESTA DE CARACTERISTICAS SOCIOEDUCATIVAS

INSTRUCCIONES:

Estimado participante, la encuesta que se presenta ante usted busca recoger datos generales sobre su persona. Por ello, se le solicita, por favor, responder las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente exprese su situación actual. LA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL, los datos se guardarán en la más estricta reserva y se utilizarán exclusivamente para fines de investigación.

Por favor, responda las siguientes preguntas con “X”:

1.- Grado escolar: 4° () 5° ()

2.- Procedencia: Marque la opción que describa su caso.

Urbano

Rural

3.- Tipo de familia: Identifique la opción que más se adecúe a su caso.

- Nuclear: Papá y Mamá ()
- Monoparental: Solo con mamá ()
Solo con Papá ()
- Compuesta: Padrastro, Mamá y medio hermanos(a) ()
Madrastra, Papá y medios hermanos (a) ()
- Extensa: Padres, Tíos, primos, abuelos, etc. ()

4.- Institución Educativa: Marque la opción que describa su caso.

Privada Nacional



APÉNDICE D. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Deriza Pila Carlos y Jahaira Beatriz Eguia Aldazabal estudiantes de psicología de la Universidad Andina del Cusco, para optar al título profesional, bajo asesoramiento del Mgt. Ps. Fabio Sánchez Flores. La meta de este estudio es describir las diferencias de las Actitudes hacia la alimentación en estudiantes adolescentes mujeres de 4° y 5° de secundaria de tres instituciones educativas de la Región Cusco, 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos cuestionarios: Inventario hacia la alimentación (Eating Attitudes Test-EAT-26) una pequeña encuesta. Esto tomara aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de la meta de estudio. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios lo cual tomara aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre y firma de la madre/padre o apoderada (o)

Edad:

Fecha:

Firma del Apoderado