

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Programa Educativo en la Reducción de Autopercepción
Negativa de Imagen Corporal y Riesgo de Trastornos de
Conducta Alimentaria en Adolescentes, Institución
Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", Ayacucho,
2015

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. OCHANTE PALOMINO, FLOR DE MARÍA

Bach. YUPANQUI FLORES, YANET

AYACUCHO – PERÚ

2015

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RD N° 122-FC de S-UNSCH-2015

Bach. Flor de María OCHANTE PALOMINO

Bach. Yanet YUPANQUI FLORES

En la ciudad de Ayacucho siendo las Diez y treinta de la mañana del día veintitrés de octubre del dos mil quince, se reunieron en el auditorio del Departamento de Enfermería, los miembros del Jurado Evaluador conformado por:

- Mg. José Manuel DIEZ MACAVILCA (Presidente)
- Mg. Georgina ICOCHEA MARTEL (Miembro)
- Mg Julia Cristina SALCEDO CANCHO (Miembro)
- Lic. Hugo AYALA PRADO (Miembro)
- Lic. Arturo MORALES SILVESTRE (Miembro-Asesor)

Bajo la presidencia del primero de los nombrados es su calidad de Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la Mg Nancy Castilla Torres como secretaria Docente.

Acto seguido el Sr. Presidente del Jurado Evaluador solicita dar lectura a la secretaria Docente a dar lectura a los documentos que obran en mesa:

- Expediente constituido por la solicitud y la RD N° 091-2014-FENF/D de fecha 28 de noviembre del 2014, de las Bachilleres Flor de María OCHANTE PALOMINO y Yanet YUPANQUI FLORES.
- Resolución Decanal N° 122-FC de la S-UNSCH-2015 de fecha 01 de octubre del 2015.

A continuación el Sr. Presidente invita a los sustentantes a exponer el trabajo de tesis titulado: "Programa Educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes, Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2015" en el tiempo reglamentado.

Concluida la presentación del trabajo de tesis, el Sr. Presidente invita a los miembros del Jurado Evaluador a formular las preguntas pertinentes al trabajo sustentado.

Luego de la ronda de preguntas y respuestas, el Presidente invita a las aspirantes al título de Licenciada en Enfermería a abandonar momentáneamente el ambiente del auditorio para la liberación del Jurado evaluador luego del cual se desprende lo siguiente:

Jurado	Nota de Texto	Nota de Expos	Nota Preg. y Resp.	Promedio
Mg. José Manuel DIEZ MACAVILCA	17	17	17	17
Mg. Georgina ICOCHEA MARTEL	17	18	17	17
Mg Julia Cristina SALCEDO CANCHO	17	18	17	17.3
Lic. Hugo AYALA PRADO	16	16	14	15
Lic. Arturo MORALES SILVESTRE	17	18	17	17.3
Promedio final				17

Para la Bach. Flor de María OCHANTE PALOMINO y

Para la Bach. Yanet YUPANQUI FLORES.

Jurado	Nota de Texto	Nota de Expos	Nota Preg. y Resp.	Promedio
Mg. José Manuel DIEZ MACAVILCA	17	17	17	17
Mg. Georgina ICOCHEA MARTEL	17	18	17	17
Mg Julia Cristina SALCEDO CANCHO	17	18	17	17.3
Lic. Hugo AYALA PRADO	16	16	14	15
Lic. Arturo MORALES SILVESTRE	17	18	17	17.3
Promedio final				17

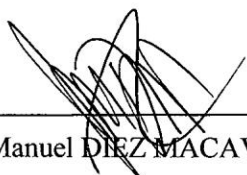
Luego de una amplia deliberación se llegó a la siguiente conclusión

1.- Aprobar por unanimidad a la Bach. Flor de María OCHANTE PALOMINO con la nota de diecisiete (17)

2.- Aprobar por unanimidad a la Bach. Yanet YUPANQUI FLORES con la nota de diecisiete (17)

Se sugiere levantar las observaciones realizadas por los miembros del Jurado Evaluador los cuales se plasman el resumen de la hoja de calificación.

Para dar fe de lo actuado se firma al pie de la presente acta, concluyéndose a las Doce y Veinte del medio día.



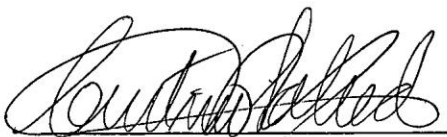
Mg. José Manuel DIEZ MACAVILCA

Presidente



Mg. Georgina ICOCHEA MARTEL

Miembro




Mg Julia Cristina SALCEDO CANCHO

Miembro



Lic. Hugo AYALA PRADO

Miembro



Lic. Arturo MORALES SILVESTRE

Miembro - Asesor



Mg. Nancy CASTILLA TORRES

Secr-Docente

PROGRAMA EDUCATIVO EN LA REDUCCIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN
NEGATIVA DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PÚBLICA “NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA”, AYACUCHO, 2015

Bach. OCHANTE PALOMINO, FLOR DE MARÍA

Bach. YUPANQUI FLORES, YANET

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de programa educativo en reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2015. **Material y Método:** **Enfoque:** Cuantitativo, **Tipo:** Aplicativo, **Nivel:** Correlacional **Diseño:** Cuasi experimental. **Área de estudio:** I.E.P “Nuestra Señora de Fátima”. **Población:** 70 adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E.P “Nuestra Señora de Fátima”. **Muestra:** Constituida por 15 estudiantes quienes mediante los tests, resultaron con diagnóstico de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta alimentaria. **Resultados:** Antes del programa educativo el 100% de adolescentes percibían su imagen corporal de manera negativa; en tanto que, después de la intervención se logró el 53,3% percepción positiva de imagen corporal y 46,7% aún perciben imagen corporal negativa. Mientras de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, en pre-test 53,3% de adolescentes presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y 46,7% sin riesgo; en tanto que, después de la intervención, aumentó a 60,0% de adolescentes sin riesgo a trastorno

de conducta alimentaria y disminuyó a 40,0% con riesgo. **Conclusiones:** El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en mejorar la autopercepción de imagen corporal negativa y disminuir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", ratificada mediante la prueba "t" de Student.

PALABRAS CLAVES: Programa educativo, autopercepción negativa de imagen corporal, riesgo de trastornos alimentarios.

EDUCATIONAL PROGRAM IN THE REDUCTION OF NEGATIVE SELF-PERCEPTION OF BODY IMAGE AND RISK OF FOOD BEHAVIOR DISORDERS IN ADOLESCENTS, EDUCATIONAL INSTITUTION "OUR LADY OF FATIMA", AYACUCHO, 2015

Bach. OCHANTE PALOMINO, FLOR DE MARÍA

Bach. YUPANQUI FLORES, YANET

ABSTRACT

Objective: Determine the effectiveness of educational program in reducing negative self-perception of body image and risk of eating disorders in teenage secondary 5th year of School Public Our Lady of Fatima, Ayacucho 2015. **Materials and Methods:** **Focus:** Quantitative, **Type:** Application, **Level:** Correlational, **Design:** Quasi experimental, **Study area:** IEP "Our Lady of Fatima." **Population:** 70 teenage secondary 5th years of the IEP "Our Lady of Fatima." **Sample:** Consists of 15 students who, through the tests, were diagnosed with negative body image and self-perception of risk of eating disorder. **Results:** Before the educational program at 100% of teenagers observed negative body image; whereas, after the intervention 53.3% positive perception of body image was achieved and 46.7% persist with negative body image. While risk of eating disorder, pre-test in 53.3% of adolescents presented risk of eating disorder and 46.7% risk; whereas, after the intervention, it increased to 60.0% of adolescents without risk eating disorder and decreased to 40.0% at risk. **Conclusions:** The educational program designed and implemented was effective in improving the perception of negative body image and reduce the risk

of eating disorder in teenagers 5th year of junior high school advertises "Our Lady of Fatima", ratified by testing "t "Student.

KEY WORDS: Educational program, body image perception, risk of eating disorders.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a DIOS, a mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis.

A Dax quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

Flor de María

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida e iluminar mi camino. A mis queridos padres y hermana por su incondicional apoyo y confianza en cada etapa de mi vida y formación profesional. A mi pareja por la paciencia y apoyo diario a lo largo de estos años. A mis profesores, asesor y jurados quienes sin esperar nada a cambio han sido pilares fundamentales en mi profesionalización.

Yanet

AGRADECIMIENTO

- 1.- A nuestro Señor Jesucristo, por enseñarnos en nuestra vida el camino correcto, guiándonos y fortaleciéndonos con sus dones y su Santo Espíritu.**
- 2.- A nuestros padres, por su apoyo, comprensión, respeto y su ejemplo de fortaleza.**
- 3.- A nuestra Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, forjadora de profesionales, por brindarnos la oportunidad de lograr esta noble profesión**
- 4.- A nuestra Escuela de Formación Profesional de Enfermería y a su plana de docente, por su esmero y dedicación durante nuestra formación profesional.**
- 5.- A nuestro asesor de tesis el Lic. Arturo Morales Silvestre, su esfuerzo, su dedicación, sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadoras.**
- 6.- A las estudiantes del 5to año de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora De Fátima”, a los tutores de aula, que nos brindaron su apoyo durante el desarrollo del estudio.**

INDICE

RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMIENTO	ix
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	19
2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:.....	19
2.2.- BASE TEÓRICA	27
EFECTIVIDAD	27
EFICIENCIA	27
PROGRAMA	28
EDUCACIÓN.....	28
PROGRAMA EDUCATIVO	28
CAMBIOS EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA.....	29
NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA	30
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	31
FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	32
IMAGEN CORPORAL.....	38
EPIDEMIOLOGIA	39
BULIMIA	39
ANOREXIA	44
2.3.- HIPÓTESIS	49
2.4.- VARIABLES	49
2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
CAPÍTULO II	
MATERIALES Y MÉTODOS	51
3.1.- ENFOQUE DE ESTUDIO.....	51
3.2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN	51

3.4.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	52
3.6.- POBLACIÓN	52
3.7.- MUESTRA	52
3.8.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
3.9.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	53
3.10.- PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	54
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	55
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	59
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	69
ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, etc., son alteraciones graves del comportamiento alimentario. Estos trastornos aparecen insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera. Los pensamientos están centrados en la delgadez y en las conductas motoras: la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. ⁽¹⁾

Según la OMS el 1% de la población mundial sufre de anorexia, el 3% se ve afectada gravemente por la bulimia y 3.5% padece de otro tipo de alteración en la alimentación. ⁽²⁾

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (2010), se encontró el 11.5% en adultos y 8.3% en adolescentes con riesgo de desarrollar estas patologías. Además en el grupo de adolescentes se halló un 0.8% con bulimia y un 0.1% con anorexia. ⁽³⁾

Según el Diario Perú 21, en el año 2009, Lima-Perú, los casos de trastornos de conducta alimentaria crecieron 20% en lo que va del año, indicó que el número de casos con trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado ocho veces en los últimos 10 años, en comparación del año 2008.

Estudios epidemiológicos de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, del Ministerio de Salud (Minsa), reportaron que en la ciudad de Ayacucho en el año 2010 se registraron problemas alimentarios en un 8.3% y conductas bulímicas en un 3.8% en mujeres adolescentes. ⁽⁵⁾

Últimos estudios realizados en la Institución. Educativa Pública, Nuestra Señora de Fátima, en el año 2010, el 22.7% de las adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Así mismo el 44% presentó trastornos de bulimia y/o anorexia. ⁽⁶⁾

Tal como se aprecia en los informes de investigaciones internacionales, nacionales y local, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública, por su creciente incidencia en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y falta de políticas preventivas, excepto en el caso de México, uno de los modelos que se ha desarrollado en prevención basado en los niveles de riesgo y/o en la población blanco (prevención universal, selectiva o indicada), que consistió en implementar un programa de prevención selectiva basado en modelos psicoeducativos, cuyos resultados mostraron efectos positivos a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en las variables asociadas con imagen corporal ⁽⁷⁾

Al contrastar su creciente incidencia del riesgo de trastorno de conducta alimentaria y falta de un programa educativo específico para prevenir trastornos alimentarios en sector Salud y Educación de la región y en especial en la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", surgió el interés de diseñar y aplicar el PROGRAMA EDUCATIVO EN LA REDUCCIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA", AYACUCHO, 2015

Siendo el enunciado del problema, ¿Cuál es la efectividad del programa educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año secundaria, Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2015?

Así mismo se planteó los siguientes **objetivos:**

General

- Determinar la efectividad del programa educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año secundaria, Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2015

Específico

- Identificar a las adolescentes con autopercepción negativa de imagen corporal antes y después de aplicación del programa educativo.

- Identificar a las adolescentes con riesgos de trastorno de conducta alimentaria antes y después de aplicación del Programa Educativo.
- Aplicar el programa educativo en la reducción de autopercepción negativa y riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

La hipótesis propuesta fue:

H_a: El programa educativo es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima".

H₀: El programa educativo no es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima".

Diseño metodológico: Enfoque: Cuantitativo, **Tipo:** Aplicativo, **Nivel:** Correlacional, **Diseño:** Cuasi experimental. **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:** Encuesta tipo Likert, test de trastornos de alimentación (EAT-26) y test de imagen corporal (BSQ); cuya validez del contenido y constructo de ambos instrumentos fueron determinados a través de juicio de expertos. **Población** Constituido por 70 estudiantes adolescentes de 5to año de secundaria de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima". **Muestra:** Constituida por 15 estudiantes quienes mediante los tests, resultaron con diagnóstico de autopercepción negativa y riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

De la investigación, antes del programa educativo en 100% de adolescentes se observó con imagen corporal negativa; en tanto que, después de la intervención se logró 53,3% en la percepción de imagen corporal positiva y 46,7% aún perciben

su imagen corporal negativa. Mientras de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, en pre-test 53,3% de adolescentes presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y 46,7% sin riesgo; en tanto que, después de la intervención, aumentó a 60,0% de adolescentes sin riesgo a trastorno de conducta alimentaria y disminuyó a 40,0% con riesgo.

Durante el desarrollo del presente trabajo se presentó las dificultades en la fase de recolección de los datos por falta de predisposición de los docentes tutores, causando demora en este proceso.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, Revisión de la literatura, Materiales y Métodos, Resultados, Discusiones, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografías y Anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

León ⁽⁶⁾, en su investigación descriptiva “Realidad virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentarias. México, 2013”, cuyo objetivo es: Determinar cuál de los dos programas es más efectivo, con un enfoque cuasi-experimental, de tipo aplicativo, la muestra no probabilística estuvo formado por 58 estudiantes con edad promedio de 13 años. Los resultados muestran que no se detectaron diferencia entre los programas. Al evaluar el efecto de los dos programas por separado (pre test-post test) se obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos en variables asociados con imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Además se observó una disminución importante en el porcentaje de participantes que se ubicaban en riesgo como producto de los programas. Estos hallazgos son alentadores debido a la importancia implicada en la disminución de factores de riesgo y el efecto que tiene en la salud de la adolescente.

Behar, Alviña, González, Rivera ⁽⁹⁾, en su investigación descriptiva "Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago- Chile. 2007": cuyo objetivo fue: Detectar conductas predisponentes a desórdenes alimentarios en estudiantes secundarios de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago, Setiembre, 2007 y su relación con distintos factores de riesgo y socio-demográficos; con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo y de diseño trasversal y prospectiva; con una muestra de 296 escolares de enseñanza media, 149 hombres y 147 mujeres, pertenecientes a 3 colegios particulares (de mujeres, de hombres y mixto), la técnica de recolección fue entrevista lo cual se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Imagen Corporal y se realizó medición de peso y talla para la obtención del Índice de Masa Corporal. Entre otros resultados encontraron los siguientes: 1).El porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones. 2).El riesgo que presentaron niñas pertenecientes al colegio de mujeres es similar al de las asistentes al colegio mixto. No hubo diferencias significativas en el riesgo detectado en los alumnos (as) de los diferentes cursos de enseñanza media. 3). Las alumnas con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad presentaron prevalencias de riesgo similares (23%, 26% y 25%, respectivamente). 4). Se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados. 5). La distorsión en la autoimagen corporal no presentó influencia significativa en el riesgo de padecer un cuadro alimentario en ambos sexos. Tampoco se encontró diferencia significativa entre conductas

bulímicas y restrictivas en los alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Finalmente concluyen: Se confirma que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria es significativamente mayor en las mujeres. La mayoría de las adolescentes en riesgo poseía un estado nutricional normal que podría ser un factor encubridor de un potencial desorden alimentario y se enfatiza la importancia de orientar la pesquisa en muchachas de peso normal o con sobrepeso y no sólo en enflaquecidas. Existe un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la totalidad de la muestra, significativamente mayor en los (as) sujetos en riesgo.

Loreto ⁽¹⁰⁾, en su investigación descriptiva "Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana, Santiago. 2006"; cuyo objetivo fue: Cuantificar la prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico, se aplicó el instrumento EDI-2 a un total de 1 610 escolares, entre 11 y 19 años. La muestra fue no probabilística, y se extrajo de 9 establecimientos educacionales de la Región Metropolitana, pertenecientes a comunas de distintos Nivel Socio Económicos elegidos por conveniencia. El punto de corte para considerar riesgo de trastorno de la conducta alimentaria utilizado fue mayor o igual a 110. Entre otros resultados encontraron fueron los siguientes: 1). El 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para trastorno de la conducta alimentaria. Hubo una mayor prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos: bajo (11,3%), medio (8,3%) y alto (5,1%). 2). Hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de trastorno de la conducta

alimentaria en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años. 3). Las tres primeras escalas, Obsesión por la Delgadez (14,6 vs 6,3), Bulimia (6,1 vs 1,8) e Insatisfacción Imagen Corporal (17,2 vs 7,7) discriminan el grupo de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria. Finalmente se arribó a una conclusión: El riesgo de prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años en la Región Metropolitana fue del 8,3%; hubo una mayor prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en colegios de Nivel Socio Económico bajo (11,3%); existe una tendencia preocupante de que el grupo etario de mayor riesgo sea el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo; creemos que la utilización de este test de screening es de gran utilidad en la detección de grupos de riesgo y deben ser aplicados por profesionales experimentados y a poblaciones específicas en estudio.

Martín y Javier ⁽¹¹⁾; en su investigación transversal "Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali- Colombia, 2005", cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia y las percepciones de riesgo asociados a Trastorno de Conducta Alimentaria en adolescentes de una institución educativa en la ciudad de Cali. Mediante un estudio observacional, tipo transversal, con una muestra de adolescentes procedentes de una institución educativa en Cali se diferenciaron conductas a nivel individual, familiar y social obteniendo; Se encontró como resultados: 1). Que la edad promedio de las estudiantes fue 13 años. La prevalencia de riesgo para los Trastornos de conducta Alimentaria fue 3.55, siendo

estadísticamente significativa en los mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores.

Martin, Rodríguez, Hiruela y Díaz ⁽¹²⁾, en su investigación descriptiva "Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares, España 2003" cuyo objetivo fue: Detectar factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Con un diseño de estudio descriptivo, transversal. La población está constituida por cinco institutos de ESO del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla. Con un total de 789 escolares de primero y segundo y sus padres/madres. El instrumento fue: la entrevista y a observación como: Índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de los medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar. Entre otros resultados se encontraron los siguientes: 1). El 6,9% presenta un índice de masa corporal (IMC) de 15-17, que se corresponde con una desnutrición ligera. 2). Escalas: EAT, 68 sujetos (8,8%) tienen una puntuación significativa (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%) podrían diagnosticarse de Trastornos de Conducta Alimentaria según criterios de la DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). CIMEC. 3). 104 sujetos (13,5%) se muestran significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran muy vulnerables. 4). Hay relación entre observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos con resultados en EAT-40 y CIMEC. Finalmente se llegó a una conclusión: La identificación de sujetos considerados población de riesgo nos permitirá emplear programas para su prevención primaria más eficazmente.

Monge ⁽¹³⁾; en su investigación descriptiva "Hábitos Alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la Universidad Mayor de San Marco, Lima 2007; cuyo objetivo fue: Identificar las características de los hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, 2007; tomando como muestra a 39 internos de enfermería mediante un estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo, correlacionar de corte transversal, obteniendo como resultados 1). De un total del 100% el 58.97% tiene hábitos alimenticios inadecuados y el 41.03% tienen hábitos alimenticios adecuados. 2). En cuanto al índice de masa corporal, 84.62% presenta un índice de masa corporal normal, el 2.56% presenta bajo peso y el 12.82% presenta sobre peso. Llegando a la conclusión de que no existe relación entre los hábitos alimenticios y el índice de masa corporal.

Uesu ⁽¹⁴⁾; en su investigación descriptiva "Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2004", cuyo objetivo fue: Identificar la prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y examinar los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2004. Mediante un estudio descriptivo, observacional, transversal, a 173 mujeres adolescentes entre 15 a 19 años seleccionadas mediante muestreo aleatorio y estratificado. Cuyo resultado fue: 1). El 46.2% presento distorsión de la imagen corporal. Llegando finalmente a la conclusión: De que la muestra en general posee un estado nutricional normal, con un porcentaje elevado de distorsión de la imagen corporal, y sobre valoración del peso. La

mayoría de las personas que realizaron dieta, tuvieron un estado nutricional normal, de las cuales, aproximadamente la mitad presentaron distorsión de la imagen corporal. La preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo y los episodios de atracones, fueron característicos en las adolescentes con riesgo.

Acosta ⁽⁶⁾; en su investigación descriptiva "Imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2010", cuyo objetivo fue: Identificar la relación de la imagen corporal con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2010; con un enfoque de investigación cuantitativa, tipo aplicativo, de nivel descriptivo-correlacionar y de diseño transversal; la población está constituida por 177 (100%) estudiantes del quinto grado, la técnica de recolección de datos fue la entrevista, observación; mientras que los instrumentos utilizados fueron la entrevista estructurada, test de BSQ, test SCOFF y ficha de valoración antropométrica. Entre otros, encontramos el siguiente resultado:1). Se observó que el 22.7% de los adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. 2). Así mismo el 44% presento trastornos de bulimia y/o anorexia. Y finalmente se concluye: La percepción de la imagen corporal se relaciona significativamente con frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria en el instituto educativo Nuestra Señora de Fátima.

Crisóstomo y Quispe ⁽¹⁵⁾; en su investigación descriptiva "Alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho

2007", cuyo objetivo fue: Determinar el efecto de la alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho 2007; con un enfoque de investigación cuantitativo, tipo de estudio aplicativo, de nivel descriptivo y de diseño trasversal y prospectiva; la población en estudio fueron 3766 estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, el instrumento de recolección consistió en una entrevista estructurada y una guía de observación. Entre otros resultados se encontraron los siguientes: 1). Que el 67.4% tienen un estado nutricional normal, de ellas 42.7% se encuentran conforme con su figura corporal y el 24.8% no están conforme con su figura corporal; 2). El 21% sobre peso, de ellas el 16.8% no están conforme con su imagen corporal y el 4.2% si están conforme con su imagen corporal; 3). El 11% bajo peso de ellas el 7.4% si están conformes con su figura corporal y el 3.1% no lo están. Finalmente se concluyó: Un alto porcentaje (45.2%) de estudiantes no están satisfechos con su figura corporal, lo que puede ser causa de futuros casos de anorexia nerviosa y bulimia.

Roca ⁽¹⁶⁾; con una investigación descriptiva "Factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E:G.N.E. Federico Froebel, Ayacucho 2008", cuyo objetivo fue: Conocer los factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E:G.N.E. Federico Froebel, Ayacucho 2006; con un enfoque de investigación cuantitativo, de tipo aplicativo, tipo de investigación descriptivo y diseño de investigación retrospectivo, transversal, donde se utilizó la técnica de recolección

entrevista, que se utilizó los instrumentos: test de apgar familiar (Smikteir) test de auto estima (Pick de Weis) test de trastornos alimentarios (EAT – 26- ASOS, mundial de desórdenes de alimentación) con una población de 274 adolescentes de C.E:G.N.E. Federico Froebel. Entre otros resultados se encontraron: 1). Del 100% de la muestra (274); el 63.1% (173) de adolescentes se encuentra en el grupo sin riesgo para presentar trastornos de conducta alimentaria (TCA) de los cuales el 59.18% presenta auto estima intermedia; el 2.94% auto estima baja y el 1.48% auto estima alta. 2): Del 36.1% (99) con riesgo a desarrollar la enfermedad de los cuales el 36.0% presentan auto estima intermedio y el 0.4% auto estima alta y un mínimo porcentaje 0.7% presenta TAC. Finalmente se concluyó: La disfuncionalidad familiar, el auto estima baja, están asociados con el riesgo de presentar los Trastornos de Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia), el proceso de investigación se identificó que el 0.7% de los adolescentes del C. E. G. N. E. Federico Froebel presentan Trastornos de Conducta Alimentaria.

Se desconoce más investigaciones relacionados a nuestro tema.

2.2.- BASE TEÓRICA

EFFECTIVIDAD

Es la capacidad o facultad para lograr un objetivo o fin deseado, que se han definido previamente, y para el cual se han desplegado acciones estratégicas para llegar al objetivo deseado. ⁽¹⁷⁾

EFICIENCIA

Para Simón Andrade, define la eficiencia de la siguiente manera: "expresión que se emplea para medir la capacidad o cualidad de actuación de un sistema o sujeto económico, para lograr el cumplimiento de objetivos determinados, minimizando el empleo de recursos ⁽¹⁷⁾

Para Koontz y Wehrich, la eficiencia es "el logro de las metas con la menor cantidad de recursos" ⁽¹⁹⁾

PROGRAMA

Se refiere a la organización de los componentes de un sistema de manera eficiente para lograr el resultado adecuado. ⁽¹⁸⁾

EDUCACIÓN

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos. ⁽²⁰⁾

PROGRAMA EDUCATIVO

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir. ⁽²⁰⁾

Instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades

y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin.⁽²¹⁾

ADOLESCENCIA

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.⁽²²⁾

El Ministerio de Salud ha definido a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y los 17 años 11 meses 29 días, en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del Adolescente vigente en el Perú.⁽²³⁾

CAMBIOS EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este

obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar. ⁽²⁴⁾

Bolívar Y., en su monografía "La adolescencia" cita a Piaget, que en la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy en relación en esa sociedad en la que se produce. El individuo se inserta en esa sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. ⁽²⁴⁾

En la adolescencia también pueden existir alteraciones influenciadas por su entorno incluyendo no solo a la familia y a los amigos, sino también a los medios de comunicación y las modas presentes, dando principalmente origen a cambios repentinos de humor de tipo polarizado, alteraciones en los hábitos alimentarios e inconformidad con su imagen corporal. ⁽²⁵⁾

NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa en donde existen muchos cambios, tanto fisiológicos, como emocionales y es indispensable una buena nutrición para estar saludable. La nutrición juega un papel importante en el mantenimiento, crecimiento y desarrollo del organismo en todas las etapas de la vida de un individuo, no siendo la excepción la etapa de la adolescencia. La adolescencia es uno de los periodos del desarrollo humano de mayor importancia, donde los múltiples cambios, influyen en

el bienestar nutricional del adolescente. Las necesidades totales de nutrientes son mayores durante la adolescencia que en cualquier otra etapa del ciclo vital. ⁽²⁶⁾

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, etc., son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando mayor incidencia en los últimos años. Son síndromes y no enfermedades específicas con una causa, curso y patologías comunes. ⁽¹⁾

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen producidos por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales, y de la personalidad, presiones familiares, una posible alteración genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay un exceso de alimentación y una obsesión por la delgadez. ⁽¹⁾

En los trastornos de conducta alimentaria aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo. ⁽¹⁾

J. Turón, en su libro, refiere que la Organización Mundial de la Salud ha clasificado la anorexia y la bulimia como trastornos mentales y del comportamiento. Es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol

sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos. ⁽²⁷⁾

FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA **Factores genéticos, biológicos y/o endocrinológicos**

La herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastornos. Se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario y gonadal. Los factores genéticos en la transmisión familiar de la anorexia están en primera línea de investigación sobre la enfermedad. A nivel endocrinológico, se han encontrado alteraciones hipotalámicas con incrementos de los niveles de serotonina; alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de la prolactina, entre otras. Sin embargo, en la actualidad es necesario descubrir si dichas alteraciones son primarias o secundarias al desarrollo de la enfermedad. Respecto a la bulimia, se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito; así como se ha buscado una posible relación entre trastornos afectivos y bulimia mediante marcadores biológicos vinculados con la depresión, encontrándose similitudes en los perfiles neuroendocrinológicos de ambos procesos. ⁽²⁸⁾

Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de Trastornos de Conducta Alimentaria entre los familiares de personas con trastornos de conducta alimentaria que entre los controles, con lo cual concluyen que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos. ⁽²⁹⁾

Factores individuales

- **Predisposición genética:** El riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria se incrementa por encima de los valores de la población general si hay el antecedente de un familiar con un trastorno de conducta alimentaria. Este factor combinado con otros de tipo ambiental, como los entornos familiares y sociales, pueden aumentar la probabilidad de padecer un trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾
- **Rasgos psicológicos:** Ciertos rasgos de personalidad como un auto exigencia muy elevada, perfeccionismo obsesivo, necesidad de control y rigidez cognitiva están muy relacionados con la aparición de un trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾
- **Baja autoestima:** Tener una baja autoestima, es decir, hacer una valoración negativa e insatisfactoria de uno mismo/a incrementa la probabilidad de padecer trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾
- **Imagen corporal negativa:** Las personas que no tienen una imagen real de su propio cuerpo y que, además, las emociones y sentimientos que tienen hacia estos son negativos son más vulnerables a la hora de padecer un trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾
- **Adolescencia:** La adolescencia es la etapa vital en la que existe un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Se diagnostica trastorno de conducta alimentaria en personas de todas las edades, pero en la mayoría de casos la enfermedad debutó durante la adolescencia. Esto sucede porque durante esta etapa, la personalidad, autoestima y rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, son más vulnerables

ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente elevada.⁽³⁰⁾

- **Sexo femenino:** De cada 10 casos de trastorno de conducta alimentaria, 9 son mujeres y 1 es un hombre, por lo que ser mujer implica mayor riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria.⁽³⁰⁾

Factores socioculturales

Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de trastornos de conducta alimentaria (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres): obesidad (especialmente en madres) alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.⁽²⁹⁾

Maganto, en su libro, refiere; que la publicidad y la rentabilidad económica de las industrias relacionadas con el moldeamiento del cuerpo (gimnasios, cirugías plásticas, asesoramiento dietético, industrias farmacéuticas, diseños homogeneizantes de tallas, etc.) promueven una sobrevaloración de los cuerpos femeninos delgados y de los cuerpos masculinos musculosos. Para muchas mujeres, se ha consolidado la asociación de delgadez con belleza, fuerza de voluntad, control, competitividad, autoestima y éxito social, y para muchos hombres

la necesidad de muscular el cuerpo a base de gimnasios, anabolizantes (Maganto y Cruz, 2008; Williams, Germov y Young; 2007). El aumento de los problemas de la imagen corporal en adolescentes se da, por un lado, por la posibilidad de intercambio de información de manera momentánea a nivel mundial y, por otro, por el énfasis puesto por la propia sociedad en la imagen como valor social. El estudio de Bell, Lawton y Dittmar (2007) muestra que los factores sociales están estrechamente relacionados con la insatisfacción corporal, sobre todo los que promueven los medios de comunicación (televisión, Internet, revistas, cine, etc.), pues ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos. ⁽²⁸⁾

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud. ⁽³¹⁾

Los factores socioculturales predisponentes que podrían influir e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son, en general, la presión y los estereotipos sociales.

- **Modelo de belleza imperante:** El actual modelo de belleza, que ensalza una delgadez excesiva, tiene un peso muy importante en el desarrollo de los trastorno de conducta alimentaria. En los últimos años, la aparición de este nuevo canon de belleza ha venido acompañado de un incremento muy notable de la incidencia de casos de trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁵⁾

- **Presión social respecto a la imagen:** En las últimas décadas, el valor social de la imagen también ha ganado relevancia, por lo que no sólo tenemos un modelo de belleza perjudicial para la salud sino que, además, la presión social recibida respecto a la importancia de parecerse a este modelo es excesivamente elevada. Estos dos factores combinados tienen una clara influencia en la aparición de trastorno de conducta alimentaria. El papel de los medios de comunicación en la difusión del modelo de belleza actual los sitúan como agentes responsables, en buena medida, en la proliferación de los trastorno de conducta alimentaria en nuestra sociedad. ⁽³⁰⁾
- **Determinados deportes o profesiones:** Ciertas actividades deportivas, como la danza, por ejemplo, pueden favorecer la aparición de trastorno de conducta alimentaria debido al trato que hacen de la imagen en la práctica de este deporte. Otros deportes de riesgo son aquellos en los que se compite por categorías de peso. También son grupo de riesgo todas aquellas personas que ejercen profesiones relacionadas con el mundo de la moda, espectáculo y/o televisión/cine, ya que la profesión a menudo ejerce presión en cuanto a tener una determinada imagen. ⁽³⁰⁾
- **Críticas y burla relacionadas con el físico:** Las personas, sobre todo niños/as y adolescentes, que han recibido críticas y burlas relacionadas con su apariencia física y que debido a esto se han sentido inseguras con su imagen pueden presentar mayor tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾

Factores psicológicos

Se han asociado con los trastornos de conducta alimentaria los siguientes factores psicológicos: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima.

(29)

Repetidos estudios dan fe de que los factores asociados a dichos problemas son: la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, los índices de masa corporal (IMC) extremos, el uso y abuso de dietas injustificadas, la depresión y la ansiedad. (28)

Depresión

El trastorno depresivo es el más común en la anorexia y la bulimia nerviosa (Needham y Crosnor, 2005). En adolescentes, la relación trastornos de conducta alimentaria -depresión está mediada por la insatisfacción corporal y, ésta, a su vez, por el índice de masa corporal. (28)

Ansiedad

Maganto en su libro, refiere que en estudios recientes en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (Spindler y Milos, 2007) indican que la comorbilidad ansiosa está intensamente relacionada con los síntomas que definen a los trastornos alimentarios, como la realización de dietas erróneas, las preocupaciones en torno al peso y a la imagen corporal, los atracones alimentarios y las purgas. (28)

Factores Familiares

- **Ambiente familiar desestructurado:** Las familias en las que no existe una estructura estable y segura tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria en alguno de los miembros, sobre todo en aquellos que de manera individual tienen más riesgo, como las chicas adolescentes. ⁽³⁵⁾
- **Ambiente familiar sobreprotector:** Aquellas familias en las que la comunicación y la dinámica familiar es excesivamente rígida, controladora y exigente pueden influir en el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria, sobre todo en aquellos miembros con mayor vulnerabilidad individual, como las chicas adolescentes. ⁽³⁰⁾
- **Experiencias vitales estresantes:** Cambios traumáticos en la estructura familiar como, por ejemplo, la muerte de uno de los miembros puede aumentar la probabilidad de trastorno de conducta alimentaria. ⁽³⁰⁾

IMAGEN CORPORAL

Maganto en su libro, refiere que en la pubertad/adolescencia, una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo afectan a ambos sexos. La distorsión por infra o sobre-estimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen pueden dar lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación, confirmándose igualmente la correlación positiva entre la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria (Berg, Frazier y Sherr, 2009). Hay adolescentes con una insatisfacción importante con relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente

deseo de imitar y asemejarse a este modelo parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal. Las investigaciones indican que una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos. ⁽²⁸⁾

EPIDEMIOLOGIA

La anorexia y la bulimia son conductas alimenticias depredadoras. Ana y Mía son los "nombres" de estos trastornos que han cambiado (para mal) la vida de 800 mil adolescentes en edad escolar en el Perú. Según un estudio del centro médico Abint, la mayoría desconoce que padece esta enfermedad. ⁽³²⁾

CLASIFICACIÓN

Según el autor Camba de la Muela, utiliza el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV) propone una clasificación en 3 categorías básicas:

⁽³³⁾

1.- Anorexia nerviosa

a.- sub tipo restrictivo

b.- sub tipo compulsivo-purgativo

2.- Bulimia nerviosa

a.- tipo purgativo

b.- tipo no purgativo

3.- Otros Trastorno de Conducta Alimentaria

BULIMIA

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado la bulimia como un trastorno mental y de la conducta alimentaria. Es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, hace que los

sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos. ⁽³⁴⁾

La bulimia es una enfermedad que se caracteriza por atracones o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados de una sensación de pérdida de control. Luego, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar o consumir laxantes en exceso, diuréticos o dietas restrictivas intermitentes, para evitar aumentar de peso. ⁽³⁴⁾

TIPOS. Según Fernández son: ⁽³⁵⁾

- a. **Tipo Purgativo.**- Durante el episodio de bulimia el individuo se provoca regularmente el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- b. **Tipo no Purgativo.**- Durante el episodio de bulimia el individuo aplica otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

CAUSAS

Las causas de la bulimia son múltiples y van a depender de la particularidad de cada sujeto pero es notorio un profundo conflicto psíquico. En general, podría hablarse de conflicto familiar y especialmente en la relación madre – hija. ⁽³⁶⁾

- Los ideales de cuerpo,
- Estar delgado,
- La cultura del hedonismo,
- El "verse bien"

- La imagen de la mujer perfecta.

SÍNTOMAS

Hay diversas maneras de detectar la enfermedad, entre las cuales podemos destacar las siguientes: ⁽³³⁾

- Atiborrarse o comer descontroladamente, incluso durante periodos de dos horas
- Sensación de no poder parar de comer.
- Hacer ayunos o dietas muy rigurosas, para compensar los excesos de comidas anteriores.
- Provocar vómitos que la persona enferma no reconoce.
- Abuso de laxantes y diuréticos
- Preocupación por el propio peso
- Menstruaciones irregulares
- Problemas con la dentadura

Signos fisiológicos

- Irritación crónica de la garganta y/o pérdida de los dientes provocados por la autoinducción repetida de vómitos.
- Dolor muscular y fatiga.
- Oscilaciones de peso (5 o 10 kg arriba o abajo en poco tiempo).
- Pequeñas rupturas vasculares bajo los ojos.
- Inflamación de las parótidas. ⁽²⁷⁾

Cambios de actitud

- Modificaciones del carácter: depresión, sentimiento de culpa, tristeza, sensación de descontrol

- Estricta autocrítica.
- Necesidad de recibir la aprobación de la otra gente. ⁽²⁷⁾

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

Según el autor Catalán Borja, utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) para el diagnóstico de la bulimia nerviosa destacan las siguientes características ⁽³⁷⁾:

1. Presencia de atracones recurrentes. Esto implica que:
 - Consumen rápidamente una gran cantidad de comida (atracon) en un corto periodo de tiempo (menos de dos horas).
 - Sienten que les falta el control de su comportamiento alimentario durante los atracones.
2. Conductas compensatorias inapropiadas.
3. Se dan como promedio al menos dos atracones por semana durante por lo menos tres meses.
4. Tienen una preocupación exagerada por su peso y forma corporal.

TRATAMIENTO

Estas intervenciones suelen ser las siguientes. ⁽²⁷⁾

- La psicoterapia individual o en grupos
- Medidas dietéticas
- Tratamiento farmacológico

CONDUCTAS DE RIESGO DE BULIMIA

Las conductas de riesgo son las que si se hacen con una cierta regularidad pueden acabar con la aparición de una anorexia o bulimia nerviosa. Si se observan algunos de estas conductas en algún familiar o compañero hay que advertirle del riesgo de sufrir anorexia o bulimia. Entre ellas son:

- Se tiene mucho interés por todo lo que está relacionado con el mundo de la moda, las modelos o bailarinas de ballet.
- Excesiva preocupación por el orden, y aumento en las actividades de limpieza en casa y hacia el estudio.
- Hacer comentarios frecuentes sobre el peso, las tallas, el aspecto físico y la alimentación.
- Preocuparse en exceso cuando otras personas le hacen algún comentario sobre el aspecto físico.
- Considerar que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de la vida. ⁽²⁷⁾

CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA

A nivel físico podemos encontrar los siguientes signos en personas enfermas de bulimia nerviosa ⁽³⁷⁾:

- Pérdida irreversible del esmalte de dientes.
- Daños en la garganta, el paladar y las encías.
- Las facciones del rostro se redondean debido al aumento de las glándulas salivares.
- Debilidad muscular, hormigueos y calambres (por disminución de sodio).

- El cuerpo se deshidrata.
- Alteraciones digestivas: hernia de hiato, perforación del esófago, colon irritable, reflujo gastrointestinal, etc. (por el reflujo gastroesofágico el cuerpo se acostumbra a vomitar espontáneamente, sin tener que hacer ningún esfuerzo).
- Diarreas y dolores abdominales.
- Alteraciones cardíacas y del metabolismo. (disminución de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, aparición de arritmias cardíacas)
- Amenorrea o reglas irregulares.
- Si se abusa de diuréticos se puede llegar a sufrir daños en el aparato urinario.
- Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes cuando se usan para provocarse el vómito.

ANOREXIA

Según J. Turón en su monografía, refiere que la Organización Mundial de la Salud, las personas con este trastorno se niegan a mantener su cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, tienen mucho miedo de aumentar peso o de llegar a ser obesas y están exageradamente preocupadas por su figura. Además, la valoración que hacen de sí mismas como personas viene determinada por la opinión sobre su cuerpo. ⁽²⁷⁾

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que

engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos. ⁽³⁸⁾

TIPOS. Según Fernández son: ⁽³⁵⁾

a.- Tipo restrictivo.- Durante el episodio de anorexia nerviosa no recurre regularmente a atracones o a purgas.

b.- Tipo compulsivo-purgativo.- durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas como puede ser provocación de vomito o uso de excesivo de laxantes, diuréticos o enema.

SÍNTOMAS

Hay diversas maneras de detectar la enfermedad, entre las cuales cabe destacar las siguientes: ⁽³³⁾

- ✓ Negación a mantener un peso igual o superior al valor mínimo que corresponde a su edad y altura.
- ✓ Pérdida importante de peso, y afirmar que se está gordo aunque se está delgado.
- ✓ Reducir el consumo de alimentos, especialmente los que tienen más grasas y calorías.
- ✓ Juzgar su vida bajo la visión de la imagen personal, la belleza, el triunfo...
- ✓ Concentración en los estudios pero con más dificultades que antes.
- ✓ Comer sola.
- ✓ Aumento del ejercicio físico desmesurado.
- ✓ Consumo de diuréticos y laxantes.

Signos fisiológicos

- Pérdida o irregularidades en la menstruación.

- Palidez, caída de cabello, sensación de frío, dedos azules.
- Debilidad y mareos.
- Estreñimiento

Cambios de actitud

- Cambios de carácter (irritabilidad, ira, agresividad).
- Sentimientos depresivos, inseguridad respecto su capacidad.
- Sentimientos de culpa por haber comido o haberlo dejado de hacer.
- Aislamiento social y olvidar las amistades y familias.

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

Según el autor Fernández Aranda, utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV) se consideran cuatro características decisivas para el diagnóstico de la anorexia.⁽³⁵⁾

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal consideradora la edad y talla.
2. Miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obesa, incluso estando debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta del bajo peso corporal.
4. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea. La ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

TRATAMIENTO

El tratamiento más eficaz es el denominado cognitivo-conductual por parte de un equipo médico multidisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos) con el apoyo de la familia. Los profesionales que se tienen que ocupar de estos enfermos son psiquiatras especialistas que tienen un equipo multidisciplinar. El tratamiento inicial lo realiza el equipo al completo y más adelante se pueden ocupar los distintos profesionales individualmente. Únicamente se aplica un tratamiento farmacológico si hay patologías añadidas, como la depresión...Una parte importante del tratamiento conlleva adquirir conductas de alimentación adecuadas. La familia siempre tiene que apoyar al equipo médico. Su desconfianza es muy negativa para el enfermo. La familia tiene que colaborar y solicitar a las profesionales aclaraciones sobre el desarrollo del tratamiento. ⁽²⁷⁾

CONDUCTAS DE RIESGO DE LA ANOREXIA

Las conductas de riesgo son las que si se realizan con cierta regularidad pueden acabar con la aparición de una anorexia o bulimia nerviosa. Si se observan algunas de estas conductas en algún familiar o compañero es necesario advertirle del riesgo de sufrir anorexia o bulimia: ⁽²⁷⁾

- Modificar las costumbres alimentarias.
- Seguir dietas restrictivas.
- Reducir la cantidad de comida.
- Saltarse las comidas.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (por ejemplo, dulces).
- Consumir productos bajos en calorías o ricos en fibra.
- Usar diuréticos y abusar de laxantes.

- Realizar ejercicio físico para perder peso.
- Vomitar.
- Presencia de atracones en las últimas semanas.
- Preocuparse de forma excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura.
- Pesarse con frecuencia.
- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos adelgazantes.

CONSECUENCIA

Las consecuencias son debidas a la propia delgadez y a las acciones realizadas para conseguir la pérdida de peso.⁽³⁹⁾

- Alteraciones cardiovasculares. Las pulsaciones cardíacas aumentan y la presión arterial baja; esto a veces produce mareos y arritmias (alteraciones del ritmo cardíaco) que pueden causar un paro cardíaco y, como consecuencia, la muerte. La circulación sanguínea de la periferia del cuerpo disminuida favorece que brazos y piernas estén fríos y azulados.
- Alteraciones gastrointestinales. Náuseas, vómitos, diarreas debidas al abuso de laxantes, estreñimiento, sensación de saciedad precoz a causa de digestiones lentas y dolores abdominales son las alteraciones habituales.
- Alteraciones sanguíneas. Anemia debida a la falta de hierro y de ácido fólico en la alimentación.
- Alteraciones hormonales. Muchas son secundarias a la delgadez y se recuperan cuando el peso aumenta. La alteración en la secreción de las hormonas ováricas y el bajo peso provocan la pérdida de la menstruación.

- Alteraciones óseas. Los huesos se debilitan porque la masa ósea disminuye, pudiéndose fracturar con facilidad.
- Alteraciones renales. Deshidratación.

2.3.- HIPÓTESIS

H_a: El programa educativo es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima".

H₀: El programa educativo no es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima".

2.4.- VARIABLES

2.4.1- VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ Programa educativo

2.4.2.- VARIABLE DEPENDIENTE

- ✓ Efectividad en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria

2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN DE OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Programa educativo (Variable independiente)	Son propuestas estratégicas para modificar los estilos de vida, los hábitos alimentarios de los estudiante	Población sin riesgo	Programa efectivo	Población sin riesgo	N + 1	Programa efectivo
		Población con riesgo	Programa no efectivo	Población con riesgo	N - 1	Programa no efectivo
Efectividad en la reducción de Autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de los Trastornos de conducta alimentaria (Variable dependiente)	MAGANTO, en la adolescencia hay una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobre valoración del cuerpo que afecta a ambos sexo. Según Thompson los trastornos de la conducta alimentaria vienen producidos por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales, y de la personalidad, presiones familiares, una posible alteración genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay un exceso de alimentación y una obsesión por la delgadez.	Imagen corporal	Percepción positiva	Percepción positiva	< o = 104	Percepción positiva
			Percepción negativa	Percepción negativa	> o = 105	Percepción negativa
Efectividad en la reducción de Autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de los Trastornos de conducta alimentaria (Variable dependiente)	Según Thompson los trastornos de la conducta alimentaria vienen producidos por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales, y de la personalidad, presiones familiares, una posible alteración genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay un exceso de alimentación y una obsesión por la delgadez.	Trastorno de conducta alimentaria	Población sin riesgo	Población sin riesgo	< 20	Población sin riesgo
			Población con riesgo	Población con riesgo	21 a 45	Población con riesgo
			Trastorno de conducta alimentaria -Anorexia -Bulimia	Trastorno de conducta alimentaria -Anorexia -Bulimia	> 46	Trastorno de conducta alimentaria -Anorexia -Bulimia

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- ENFOQUE DE ESTUDIO

- ✓ Cuantitativo, porque la metodología cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

3.2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Aplicativa, porque con la información obtenida se pondrán alternativas de solución para reducir la autopercepción negativa y riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

3.3.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Correlacional, porque el investigador pretende visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si por el contrario no existe relación entre ellos.

3.4.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Cuasi-experimental, sirve para evaluar la efectividad y eficacia de los programas en diversos ámbitos: salud, educación, bienestar y otros servicios sociales, pero no se pueden asignar aleatoriamente los sujetos.

3.5.- SEDE O ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima" ubicado en la Calle Corcovado, aproximadamente a 450 metros al lado Sur de la plaza mayor. Departamento de Ayacucho (altitud de 2.746 msnm), Provincia de Huamanga, Distrito de Ayacucho.

3.6.- POBLACIÓN

- ✓ La población constituida por 70 adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima"

3.7.- MUESTRA

3.7.1.- TAMAÑO DE MUESTRA

Constituida por 15 estudiantes quienes mediante los tests, resultaron con diagnósticos de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

3.7.2.- TIPO DE MUESTREO

- ✓ Probabilístico aleatorio simple, porque todo el elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegidos.

3.8.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el efecto de la recolección de datos se utilizó test de imagen corporal (BSQ) y test de trastornos de alimentación (EAT-26).

3.9.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- En primera instancia se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería, carta de presentación para el Director de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima".
- Posteriormente, se gestionó dicho documento ante el despacho del Director, a quien se le informó de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación.
- Luego de haber logrado la autorización correspondiente por el Director y los tutores de dicho grado de la Institución, se procedió con:
 - ❖ Sensibilización a las alumnas sobre el objetivo de la investigación
 - ❖ Se procedió a la aplicación de pre-test, cuya aplicación duro un promedio de 30 minutos.
 - ❖ Identificación de las alumnas con autopercepción negativa y riesgo de trastorno de conducta alimentaria
 - ❖ Coordinación con las alumnas seleccionadas para las sesiones educativas
 - ❖ Se brindó 06 sesiones educativas
 - ❖ Mediante el uso de instrumento test de imagen corporal y test de trastorno de conducta alimentaria, se procedió con la aplicación de post-test
- Luego se procesó a ordenar y al vaciado de los datos a un programa de software estadístico, se obtuvo los datos destacados y se realizó la tabulación,

- El diseño operativo de los instrumentos y administración del mismo incluyó al asesor de la investigación, un asesor estadístico y dos Bachilleres: OCHANTE PALOMINO, Flor de María y YUPANQUI FLORES, Yanet.

3.10.- PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21. Se optó por emplear pruebas paramétrica como la prueba "t" y prueba no paramétrica como mediana; luego se procedió a construir cuadros simples.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2014				2015				
	S	O	N	D	M	A	M	J	J
Presentación y aprobación	X								
Revisión Bibliográfica		X							
Validación de instrumento de recolección de datos		X							
Coordinación y planificación para la recolección de información		X							
Implementación de programas		X							
Recolección de la información		X	X	X					
Procesamiento de datos					X	X			
Interpretación, análisis de los resultados							X	X	
Elaboración de informe final									X

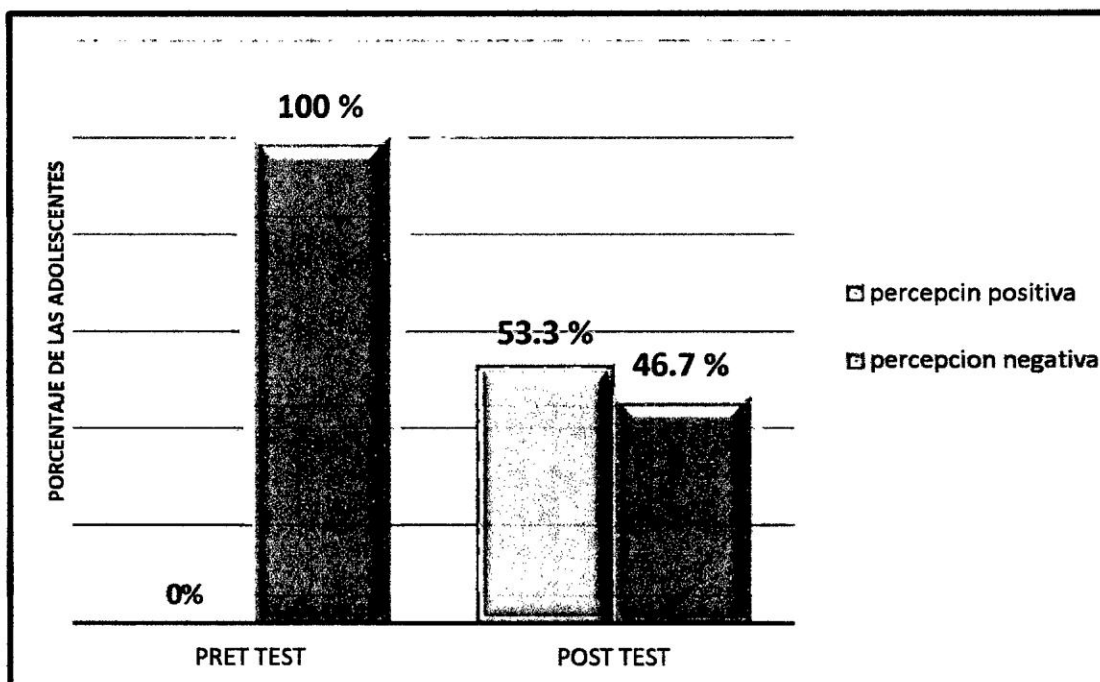
CAPÍTULO III

RESULTADOS

GRÁFICO N° 01

AUTOPERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN LAS ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA, AYACUCHO 2015

Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP

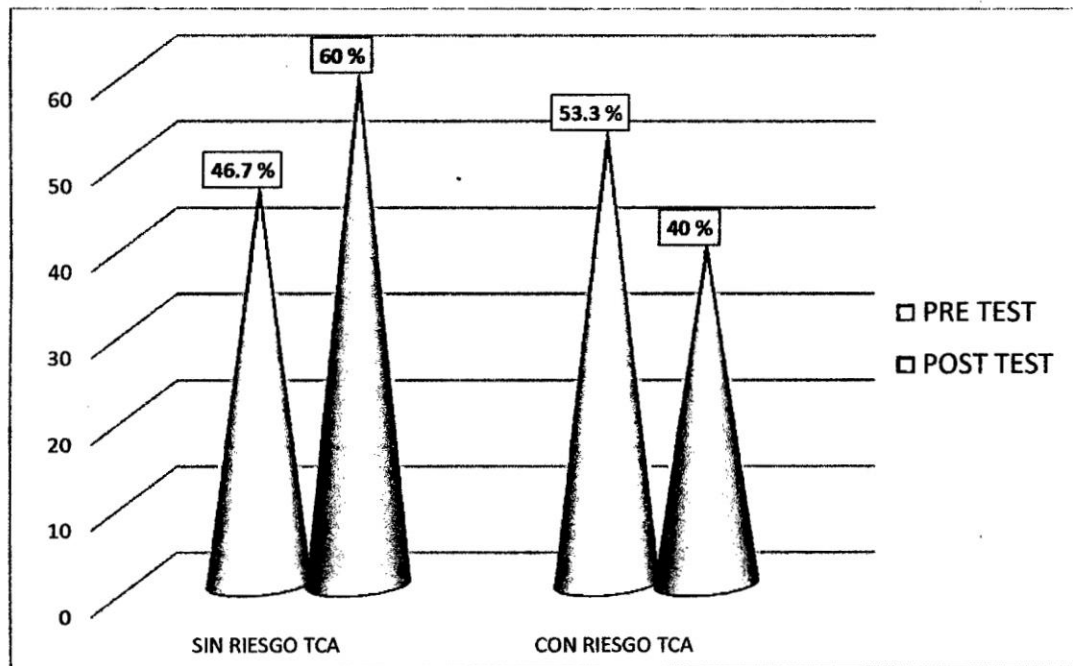


Nuestra Señora de Fátima

En el **Grafico N° 01**, se observa que en la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", antes de la aplicación del programa educativo las adolescentes del 5to año de secundaria, el 100% (15) presentaron una percepción negativa respecto a su imagen corporal; en tanto que, después de la intervención, el 53,3% (8) presentó percepción positiva y 46,7% (7) aún continúan percibiendo de manera negativa su imagen corporal.

GRÁFICO N° 02

RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN LAS ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA, AYACUCHO 2015



Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

En el presente **Gráfico N° 02** se observa, que antes de la aplicación del programa educativo, el 53,3% (8) de las adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria, 46,7% (7) sin riesgo; en tanto que, después de la intervención, 60,0% (9) presentó sin riesgo a trastorno de conducta alimentaria, 40,0% (6) con riesgo.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En cuanto a la **autopercepción de imagen corporal**, el 100% de adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima", antes de la aplicación del programa educativo, percibían de manera negativa su imagen corporal (**Gráfico N°01**); dichos datos sometido al análisis estadísticos de mediana y desviación típica, arrojó un promedio de $142,80 \pm 26,528$ puntos, situándose en la categoría negativa (≥ 105) (**Anexo A**). Al respecto, ACOSTA ⁽⁶⁾, en su investigación en el año 2010 en esta misma población, reportó que el 22.7% de las adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Esto significa que el número de casos de percepción negativa de imagen corporal se ha incrementado 4 veces en los últimos 4 años en comparación del año 2010; es decir, aumentó en 77.3%, más la prevalencia anterior de 22.7%, hacen un total de 100% de mujeres adolescentes insatisfechas con su imagen corporal. Este resultado es muy superior y de alto riesgo en comparación a los resultados reportados por otros investigadores; tal es así, CRISÓSTOMO ⁽¹⁵⁾ en su investigación realizado "Alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto

en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga 2007”, concluyó que un alto porcentaje (45.2%) de estudiantes no están satisfechos con su figura corporal, lo que puede ser causa de futuros casos de anorexia nerviosa y bulimia. De manera similar BEHAR ⁽⁹⁾ (2007) en su tesis titulada “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago- Chile. 2007” concluyó que 65% alumnos presentan insatisfacción corporal; sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados.

En el mismo sentido UESU (2004) ⁽¹⁴⁾ en su investigación “Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2004” llegó a la conclusión 46.2% presentó distorsión de la imagen corporal.

GÓMEZ y col (2010) ⁽⁴²⁾. Presencia de factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria de distintos grupos de edad (adolescentes, preadolescentes y pre púberes)” se reportaron altos porcentajes de insatisfacción corporal 44 a 77%.

Haciendo el análisis de los datos obtenidos antes de la intervención del programa educativo y con el sustento de los autores citados, se infiere que la percepción del imagen corporal de los adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima, en un 100% fue negativa, lo que puede ser causa de futuros casos de anorexia nerviosa y bulimia. En esta realidad contextual se diseñó y aplicó el Programa Educativo en un total de 06 sesiones.

Después de la aplicación del programa educativo, el 53,3% presentó percepción positiva y 46,7% aún continúan percibiendo de manera negativa su imagen corporal. **(Gráfico N°1)**. Dichos datos sometidos al análisis de procesos estadísticos de mediana y desviación estándar, refleja percepción de imagen corporal promedio de $99,47 \pm 43,400$ puntos situándose en la categoría de la percepción positiva. **(Anexo A)**, lo cual coincide con lo reportado por LEÓN (2005) ⁽⁷⁾ en su trabajo de investigación "Modelos de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas", logró efectos positivos a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en la variables asociadas con imagen corporal ⁽²⁴⁾ y del mismo modo LEÓN (2013) ⁽⁸⁾ en investigación "Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes" Al evaluar el efecto de los dos programas por separado (pre test-pos test) se obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos ($p \leq .001$) en variables asociadas con su imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Además se observó una disminución importante en el porcentaje de participantes que se ubicaban en riesgo (significancia clínica) como producto de los programas.

El programa educativo diseñado y aplicado, fue una experiencia positiva, porque los estudiantes participaron activamente en los talleres y exhibieron interés para aprender nuevos conocimientos que serán de mucha utilidad en su vida actual y futura.

Cómo se puede observar en el gráfico, existen diferencias con la evaluación antes y después de la aplicación del programa educativo, por lo que, para encontrar el nivel de significancia de la variación entre los dos momentos, se aplicó

la prueba "t" de Student; con un resultado de (0,000) menor que el valor crítico ($\alpha = 0,05$), que es evidencia suficiente para afirmar la hipótesis alterna, que el " programa educativo tiene efecto significativo en cuanto la percepción positiva de la imagen corporal de las adolescentes. ($t=5,868$; $p<0,05$).

Luego de un amplio análisis mediante diferentes procesos y pruebas estadísticos, se concluye que el programa educativo diseñado y aplicado, tuvo efecto significativo en cuanto la conversión de autopercepción negativa a positiva de la imagen corporal de las adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima".

Sobre los **riesgo de trastorno de conducta alimentaria**, en las adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra señora de Fátima", antes de la aplicación del programa educativo, se identificó el 53,3% con riesgo de trastorno de conducta alimentaria, y 46,7% sin riesgo (**Gráfico N°02**); dichos dato sometidos al análisis estadísticos de mediana y desviación típica arrojó un promedio de $21,00 \pm 14,343$ puntos, situándose en la categoría "con riesgo" (21—45) (**Anexo B**). Al respecto, ACOSTA ⁽⁶⁾, en su investigación "Imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2010", en esta misma población, reportó que el 44% de los adolescentes presentaron riesgo de trastornos de conducta alimentaria; es decir, bulimia, anorexia y otras enfermedades alimentarias. Esto, significa que número de casos de riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria ha incrementado en 9.3% en los últimos 4 años en comparación del año 2010 en esta población.

ROCA (2008) ⁽¹⁶⁾ en su investigación “Factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E:G.N.E. Federico Froebel”, reportó una incidencia de trastornos de conducta alimentaria equivalente al 0.7%, con un 36.1% de adolescentes con riesgo de caer en este problema.

En Lima (2010)⁽⁵⁾ “estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” llegando a concluir cerca del 11% de más de nueve mil adolescentes encuestados en 17 ciudades del país sufre problemas alimentarios, entre ellos la bulimia y la anorexia. ⁽³⁵⁾

LORETO (2006) ⁽¹⁰⁾, en su investigación titulada “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana, Santiago. 2006” se concluyó entre otros, que el 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

BEHAR (2007) ⁽⁹⁾ en su tesis titulada “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago- Chile. 2007”, concluyeron que el porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones.

POMALIMA (2009) ⁽⁴⁾ reportó que los casos de trastornos de conducta alimentaria crecieron en un 20% en lo que va del año, indicó que el número de casos con trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado ocho veces en los últimos 10 años, en comparación del año 2008.

Los resultados de esta investigación antes de la aplicación del programa educativo, los riesgo a padecer trastorno de conducta alimentaria fue muy superior (53.3%) a otras investigaciones desarrolladas en estos últimos 5 a 10 años en Ayacucho, Lima y Chile. En esta realidad circunstancial, se procedió con aplicar el programa educativo para la prevención de riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

Luego de la aplicación del programa educativo; se logró reducir de 53.3% a 40.0% la población de adolescentes con riesgo a sufrir trastorno de conducta alimentaria y de manera inversa se logró aumentar de 46,7% a 60,0% adolescentes sin riesgo a sufrir dicho trastorno (**Gráfico N° 02**).

Por tanto, cómo se aprecia en el presente análisis (**Gráfico N°02**), existen diferencias en la evaluación antes y después de la aplicación del programa educativo y para encontrar el nivel de significancia de variación entre los dos momentos, se realizó el análisis de la prueba "t" de Student; logrando como resultado (0,017) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$), que es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo tiene efecto significativo en reducir los riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima" ($t=2,719$; $p<0,05$). (**Anexo B**).

Luego de un amplio análisis mediante procesos y pruebas estadísticas se concluye que el "Programa educativo fue efectivo en la reducción de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra señora de Fátima".

CONCLUSIONES

1. El 100% (15) de las adolescentes de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima” antes de la intervención del programa educativo, percibían su imagen corporal de manera negativa, con una media y desviación típica de $142,80 \pm 26,528$ puntos, situándose en la categoría de percepción negativa (≥ 105).
2. El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en mejorar la autopercepción de imagen corporal de manera positiva en adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”: Conclusión ratificada mediante la prueba “t” de Student; con un resultado de (0,000) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$).
3. El 53,3% de las adolescentes de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima” antes de la intervención del programa educativo, se encontraban con riesgo de trastorno de conducta alimentaria; con una media de $21,00 \pm 14,343$ puntos situándose en la categoría “con riesgo” (21—45).
4. El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en reducir los riesgo de trastorno de conducta alimentaria de 53.3% a 40.0% y de manera inversa

se logró incrementar de 46,7% a 60,0% adolescentes sin riesgo a sufrir dichos trastornos en adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima". Conclusión ratificada mediante la prueba "t" de Student con resultado (0,017) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Sector Salud, deben orientar sus acciones hacia el logro de actitudes saludables en la alimentación de las adolescentes; realizar campañas y programas de prevención dirigidos a erradicar los factores relacionados con los Trastornos de Conducta Alimentaria.
2. A las autoridades del Sector Educativo, implementar profesionales de Psicología en todas las instituciones Educativas, según la Ley N° 29719
3. A los padres de familia prevenir conflictos en el hogar y practicar comunicación asertiva con sus hijos y familiares.
4. A los estudiantes de la E.F.P. de Enfermería, aplicar el presente programa educativo en las prácticas de las asignaturas de Salud Pública.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. RAMÓN J.; FRANCISCO J.: "Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas". [Tesis doctoral]. Granada. Universidad de Granada. 2010.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Anorexia y bulimia, enfermedades definidas por trastornos emocionales. 2011. .
3. Adolescentes sufren de anorexia y bulimia. Revista Perú 21. [Revista en línea]. 2010. [Citado el 04 de Enero 2014]. Disponible en: <http://peru.com/noticias/portada20100719/108696/-Aproximadamente-el-11-por-ciento-de-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-en-el-pais>
4. POMALIMA, Rolando. Revista Perú 21, [Revista en internet]. 2009. [citado-el-01-de-enero-2014].-Disponible-en: <http://peru21.pe/noticia/303331/casos-anorexia-bulimia-crecieron-20-lo-que-va-ano>
5. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI. Adolescentes sufren de anorexia y bulimia. 2010. (Rev. 04 de Mayo del 2014). Disponible en: <http://peru.com/noticias/portada20100719/108696/-Aproximadamente-el-11-por-ciento-de-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-en-el-pais>
6. ACOSTA ESPINOZA, Lilian Luz; CCAYANCHIRA DOMÍNGUEZ, Maybee: "Imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima". [Tesis de licenciatura-Enfermería]. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga Ayacucho. 2010.
7. LEÓN, H. R: Modelos de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. [Tesis de doctorado]. Facultad de Psicología. UNAM. México. 2005.
8. LEÓN HERNÁNDEZ, Rodrigo; HERNÁNDEZ ALCÁNTARA, Alfredo y otros. "Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria". Trastornos Alimentarios. [Revista en internet]. 2013. [Citado 11 de Enero 2014]; 4 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007->

9. BEHAR A. Rosa; ALVIÑA W. Marcela, GONZÁLEZ C. Trinidad, RIVERA A. Natalia. "Detección De Actitudes y/o Conductas Predisponentes a Trastornos Alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago". *Nutrición*. [Internet]; 2007. [Citado 06 de Setiembre 2013]. 34(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300008
10. LORETO CORREA, María; ZUBAREW G., Tamara; y otros: "Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana- Santiago". [Revista en línea]. *Pediatría*. 2006. [Citado 06 de Setiembre 2013]. 77(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext
11. MARTÍN RODRÍGUEZ, Jorge; JAVIER MINA, Francisco: "Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali". Colombia. 2005. [Citado 08 de Setiembre]. 59(3). Disponible en: www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid...es...
12. MARTÍN LEAL, C. ; RODRÍGUEZ MORILLA, Felipe; HIRUELA BENJUMEA, M. V.; DÍAZ BENAVENTE, M. : "Factores de riesgo relacionados con los trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. España". *Atención primaria*. [Revista en línea] 2003. [Citado 09 de Octubre]. 32(7). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707562>
13. MONGE DI NATALE, Jessica: "Hábitos Alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la Universidad Mayor de San Marco". [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de Psicología de la UNSM. 2007.
14. UESU TOYOHAMA, Ada Sofía: "Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos". [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de Psicología de la UNSM; 2004.

15. CRISÓSTOMO GARCÍA, Darío O.; QUIPE LOAYZA, Ronald D.: "Alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga". [Tesis de licenciatura]. Ayacucho. 2007.
16. ROCA QUISPE, Rocío Lorena: "Factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E:G.N.E. Federico Froebel". [Tesis de licenciatura]. Ayacucho. Facultad de Enfermería de la UNSCH; 2008.
17. SIMÓN, Andrade. Diccionario de Economía. 3ra Ed. Editorial Andrade. 2005. P. 253.
18. SILVA, Sandra. Programación Neruo-Lingüística. Florida. [Revista en línea]; 2008 [Consultado 17 de febrero 2014]. Disponible en: <http://nuevaera.about.com/od/Creencias/a/Qu-E-Es-Programaci-On-Neuro-Lingu-Istica.htm>
19. KOONTZ, Harold y WEHRICH, Heinz: Administración Un Perspectiva Global. 12a. Ed. 2004, P. 14.
20. Diccionario de la lengua española. Educación. [Revista en línea]. 2001. [citado.15.de.Abril-2014]...Disponible.en:<http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>
21. ESPINOZA H. Violeta: Psicología de la educación para padres y profesionales [Citado 09 de Octubre del 2014] Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/programa%20educativo>
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los Adolescentes. 2008.
23. MINISTERIO DE SALUD. Somos el presente, somos el futuro. Lima 2010.P.4._Disponible,en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Somos_el_presente,_somo_s_el_futuro,_de_todo_el_Peru_depnde.pdf
24. BOLÍVAR, Yezenia. La adolescencia. [Monografía en internet]. 2009. [Citado-24-de-Abril-2014].-Disponible-en: <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml#Relacionados>
25. PAPALIA DIANE, E. y WENDKOS OLDS, S.: Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 5Ta ed. McGraw-Hill. México, 1997. P. 373.

26. REYES, M.R. Nutrición en la Adolescencia, México. 1998
27. J. TURON, Vicente: Asociación contra la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. España. [Actualizado 14 de Marzo del 2014. Citado 20 de Marzo del 2014]. Disponible en: <http://aban.es/index.html>
28. MAGANTO MATEO, Carmen. "Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de conducta alimentaria". España. 2011 [Citado 9 de octubre de 2014]. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
29. Ministerio de sanidad y consumo: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona. 2006. P. 50,51.
30. Asociación contra la anorexia y bulimia. [internet]. Barcelona. 2007. [Citado 9-de-octubre-2014].-Disponible-en:<http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
31. Trastornos de la conducta alimentaria. [Actualizada 18 de enero de 2014; _[Citado-9-de-octubre-2014].-Disponible-en:http://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_de_la_conducta_alimentaria#Factores_socioculturales
32. PICHUGUA VEGAS, Sofía. La anorexia afecta a 800 mil escolares. [Revista en línea]. 2011. [Citado 20 de Mayo 2014]. Disponible en: <http://peru21.pe/noticia/1311552/anorexia-afecta-800-mil-escolares>
33. CAMBA DE LA MUELA, Eduardo: Desórdenes alimenticios. 3 Ed. Madrid-España. 1995.
34. TORO O.; Antonio Carlos: Blog Psiquiatría. [Internet].Colombia. 2013. [Consultado 11 de Junio del 2014. Disponible en: <http://blogpsiquiatria.blogspot.com/2007/12/bulimia.html>
35. FERNÁNDEZ ARANDA, Fernando: Trastornos de alimentación: guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia. 1ra Ed. Barcelona. 2002. [Citado 15 de Noviembre del 2013] P. 13-19.
36. RAMÍREZ Jazmín: Causas y consecuencias de bulimia. Blog-Bulimia. [Internet]. [Citado 12 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://jjzmin1307.blogspot.com/>
37. CATALAN BORJA, Amelia: Características clínicas de la bulimia. Blog de Psicología. [Internet]. Publica 2 de Febrero del 2010. [Citado 2 de Febrero-

- del-2013].-Disponible-
en:<http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2010/02/20/caracteristicas-clinicas-de-la-bulimia/>
38. ARTEAGA J. La anorexia. [monografía en internet]. Barcelona. 2011. [Citado-11-de-Junio-2014].-Disponible-
en:<http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>
39. RUÍZ; Alejandro. Anorexia: antecedentes, causas y consecuencias. [monografía en internet]. México. 2007. [Citado 11 de junio 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/anorexia-antecedentes-causas/anorexia-antecedentes-causas2.shtml>
40. GRIMALDO MUCHOTRIGO M. Calidad de vida de estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. Revista Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia) 2009, reproducido con autorización de la Universidad de San Martín de Porres y Universidad Nacional Federico Villarreal. Disponible en: mgrimaldo2001@yahoo.com
41. INOCENTE DÍAZ N. "Clima de clase y rendimiento académico de alumnos del cuarto de secundaria del taller industria del vestido en Ventanilla- 2010" [Tesis de maestría]. Lima: Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola; 2010.
42. GÓMEZ-PERESMITRÉ, G., LEÓN, H. R., PLATAS, A. S., GONZÁLEZ, X. D., y PINEDA, G. G. (2010). Resultados preliminares de un programa de prevención de TCA en tres distintos niveles de riesgo. La Psicología Social en México, 1089-1095.

ANEXOS

ANEXO A

ESTADÍSTICO DE EFECTIVIDAD DESPUÉS DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN REDUCCIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA DE IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA", AYACUCHO 2015

Estadísticos de imagen corporal	Imagen corporal antes	Imagen corporal después	Diferencia
N	15	15	15
Media	142,80	99,47	-6,33
Desviación típica	26,528	43,400	9,021

Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

Prueba "t" para muestras relacionadas						
Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desviación típ.	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
		Inferior	Superior			
43,333	28,600	27,495	59,171	5,868	14	0,000

Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora d Fátima

Gl=14

T tabla: 2,145

t calculado:

5,868

P= 0,000

G°: 0.05%

En las adolescentes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima, antes de la aplicación de programa educativo, el promedio de autopercepción negativa equivalía a $142,80 \pm 26,528$ puntos, situándose en la categoría negativa (≥ 105) y después de esta intervención se obtuvieron, una autopercepción de imagen corporal promedio de $99,47 \pm 43,400$ puntos, situándose en la categoría de percepción positiva.

La significación asociada a la prueba “t” de Student (0,000) menor que el valor crítico ($\alpha = 0,05$), es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo tiene efecto significativo en cuanto a la percepción positiva de la imagen corporal de las adolescentes. ($t=5,868$; $p<0,05$).

ANEXO B

ESTADÍSTICO DE EFECTIVIDAD DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN REDUCCIÓN DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LAS ADOLESCENTES DEL 5^{TO} AÑO DE SECUNDARIA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA, AYACUCHO 2015

Estadísticos de trastorno	Trastorno alimentario	Trastorno alimentario
	Antes	Después
N	15	15
Media	21,00	14,67
Desviación típica	14,343	11,648

Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

Prueba t de muestras relacionadas						
Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desviación típ.	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
		Inferior	Superior			
6,333	9,021	1,338	11,329	2,719	14	0,017

Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

Gl=14

T tabla: 2,145

T calculado: 2,719

P= 0,017

G° 0.05%

En las adolescentes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, antes de la aplicación de programa educativo, el promedio fue $21,00 \pm 14,343$ puntos, situándose en la categoría “con riesgo” (21—45) y después de esta intervención se obtuvo un promedio de $14,67 \pm 11,648$ puntos, situándose en la categoría “sin riesgo de trastornos de conducta alimentaria”

La significación asociada a la prueba “t” de Student (0,017) menor que el valor crítico ($\alpha = 0,05$), es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo tiene efecto significativo en reducción de riesgo de trastornos de conducta alimentaria ($t=2,719$; $p<0,05$).



ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EN LA REDUCCIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN
DENEGATIVA DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNO DE
CONDUCTA ALIMENTARIA

DATOS GENERALES

Edad: _____

Lugar de procedencia: _____

Religión: _____

TEST DE IMAGEN CORPORAL

(Test de BSQ)

- NUNCA (1)
- RARAMENTE (2)
- ALGUNAS VECES (3)
- AMENUDO (4)
- MUY AMENUDO (5)
- SIEMPRE (6)

	1	2	3	4	5	6
1.- Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura						
2.- Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta						
3.- Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo						
4.- Has tenido miedo a engordar						
5.- Te ha preocupado que tus músculos						

no sea suficientemente firme						
6.- Sentirte llena (después de una gran comida), Te ha hecho sentir gorda						
7.- Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar						
8.- Has evitado correr para que tu carne no botara						
9- Estar con chicas delgadas, te ha hecho fijarte en tu figura						
10.- Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas						
11.- El hecho de comer poca comida, te ha hecho sentir gorda						
12.- Al fijarte en la figura de otras chicas, la has comparado con la tuya desfavorablemente						
13.- Pensar en tu figura, ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación						
14.- Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas) te ha hecho sentir gorda						
15.- Has evitado llevar ropa apretada que marque tu figura						
16.- Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo						
17.- Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, te ha hecho sentir gorda						
18.- Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura						
19 Te has sentido excesivamente gorda o redondeada						
20.- Te has sentido acomplejada por tu cuerpo						
21.- Preocuparte por tu figura, te ha hecho poner a dieta						
22.- Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío						
23.- Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol						
24.- Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago						

25.- Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú						
26.- Has vomitado para sentirte más delgada						
27.- Cuando estás con otras personas, te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús)						
28.- Te ha preocupado que tú carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)						
29.- Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, te ha hecho sentir mal por tu figura						
30.- Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías						
31.- Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)						
32.- Has tomado laxantes para sentirte más delgada						
33.- Te has fijado más en tu figura estando con otras personas						
34.- La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio						
TOTAL						

Percepción negativa: ≥ 105

Percepción positiva: ≤ 105

104

ANEXO D

TEST DE TRASTORNO DE LA ALIMENTACION

(EAT-26)

	NUNCA	RARAMENTE	A VECES	A MENUDO	MUY AMENUDO	SIEMPRE
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
3. Me preocupo mucho, por la comida.						
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz, de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
7. Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de Carbono (pan, arroz, patatas, etc.)						
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías,						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
14. Me preocupa la idea						

de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo en comer más que las otras personas.						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.						
17. Como alimento en régimen.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19. Me controlo en las comidas.						
20. Noto que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
22. Me siento incomoda después de comer dulces.						
23. Me comprometo a hacer régimen.						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Puntuaciones:

Población sin riesgo: <20

Población con riesgo: 21 a 45

Trastornos de conducta alimentaria: >46

ANEXO E

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

1.- DENOMINACIÓN: La aplicación del programa educativo es para modificar el cambio de conductas en los estudiantes de 5TO año de Secundaria de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima", Ayacucho 2015"

2.- DURACIÓN: El programa se desarrollara desde el mes de setiembre a Diciembre.

3.- DESTINATARIO DEL PROGRAMA: El programa estará dirigido a los estudiantes del 5TO año de Secundaria de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima" que constituye el grupo experimental de la muestra de estudio.

4.- GRUPO BENEFICIARIO: I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima"

5.- DEFINICIÓN:

¿Qué es un programa?

Se refiere a la organización de los componentes de un sistema de manera eficiente para lograr el resultado adecuado

6.- OBJETIVOS:

6.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad de programa educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2015

6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a las adolescentes con autopercepción de imagen corporal antes y después de aplicación del programa educativo.
- Identificar a las adolescentes con riesgos de trastorno de conducta alimentaria antes y después de aplicación del Programa Educativo.

- Aplicar el programa educativo de reducción de autopercepción negativa y riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

6.3.- FUNDAMENTACIÓN:

El estudio servirá para que los resultados que se obtendrá mediante la presente investigación sirvan para proporcionar información relevante, para articular un enfoque de salud pública en el ámbito de la prevención de los trastornos de conducta alimentaria, donde destaca la inclusión de los profesionales de la salud pública y la potencialización de las estrategias de prevención en el entorno macro social, con el propósito de incidir en materia de políticas pública.

En nuestro país se le da muy poca atención a la salud mental, por esta razón no se evidencio ni se encontró programas educativos para la prevención de los trastornos de conducta alimentaria, por consiguiente se crea un programas integral para la reducción y prevención de auto percepción negativa de imagen corporal y riesgos de los trastornos de conducta alimentaria.

7.- DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

7.1.- SITUACIÓN INICIAL:

Según el Instituto Nacional de Salud Mental las ciudades con mayores problemas de salud mental corresponde a: Ayacucho, puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado.

Hoy en día el deseo de lucir una escultural figura empuja a muchos chicos y chicas a someterse a rigurosas dietas, que si no son debidamente orientadas y controladas, podría generar severas consecuencias de orden alimenticio en su salud física y mental. La anorexia y la bulimia son de los más conocidos.

Muchas veces el origen de este desorden alimenticio en adolescentes son el resultado de depresiones, baja autoestima, estrés y malos hábitos de nutrición, entre otros, influenciados por las comidas de moda, la publicidad, o complejos físicos corporales. El programa que se va a aplicar en la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima", tiene como fin mejorar un cambio de conducta física y mental en el estudiante, puesto que no tienen un amplio conocimiento sobre las consecuencias severas que puede traer en un futuro los trastornos de conducta alimentaria.

7.2.- PROCESO

El programa va a consistir las 6 sesiones y cada sesión consta de 2 VECES a la semana, en la cual incluye la terapia interpersonal y grupal. La terapia se clasifica en:

- ❖ REFLEXIÓN
- ❖ AFIRMACIÓN

7.2.1.- REFLEXIÓN: Esta ofrecerá nuevos pensamientos, actitudes y ampliar nuevos conocimientos, para mejorar la visión de cada estudiante, al estudiante se le motivará con las diferentes actividades que se va a aplicar con el objetivo de modificar sus cambios de conducta.

Esta sesión consta de 3 sesiones, con 4 horas semanales y antes de comenzar con la siguiente actividad se realizara la retroalimentación.

SESIONES	CONTENIDO	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	NUTRICIÓN ALIMENTACIÓN	Charla didáctica Discusión
SESIÓN 2	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	Teatro " Princesas perfectas" discusión
SESIÓN 3	IMAGEN CORPORAL	Sesión de fotos Dibujo figura humana "ideal" Imagen de publicidad con crítica Juegos de roles "La gordita"

7.2. 2.- AFIRMACIÓN.- Son frases poderosas que contienen aquello que queremos reafirmar con nuestras vidas, necesita ser claras y en presente.

Esta sesión consta de 3 sesiones, con 4 horas semanales y antes de comenzar con la siguiente actividad de realizar la retroalimentación.

SESIONES	CONTENIDO	ACTIVIDADES
SESIÓN 4	AUTOESTIMA	Árbol de autoestima Dibujo de las Tortugas Espejo mágico
SESIÓN 5	HABILIDADES SOCIALES	Expresión de emociones
SESIÓN 6	ASERTIVIDAD	juegos de roles

¿CÓMO SE HIZO?

Según las definiciones sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria, en la actualidad, se está planificando realizar 06 sesiones donde se está usando la reflexión y la afirmación.

¿CUÁNDO SE HIZO?

El programa se aplicara desde setiembre a Diciembre, tiempo que se efectuara las 06 sesiones

¿CON QUE SE HIZO?

Se utilizara, data, rota folios, papelotes, dibujos, frases de afirmación en papel arcoíris, donde los trabajos se almacenaran en su álbum "QUIERETE"

¿QUIÉN LO HIZO?

Las sesiones de nuestro proyecto fue elaborado y realizado por un equipo multidisciplinario, efectuado por el profesor de aula, y las Bachilleres investigadora quien son: Ochante Palomino, Flor de María y Yupanqui Flores, Yanet; y otros (psicóloga y nutricionista)

FORTALEZA

- Curiosidad de aprender sobre el tema
- Apoyo y compromiso de los padres de familia
- Participación activa de los estudiantes, demostrando interés y aceptación

DEBILIDADES

- Falta de compromiso de algunos estudiantes, padres de familia y docentes

7.3.- RESULTADOS

Después de efectuar el programa, los estudiantes serán capaces de crear redes de trabajo neuronal dentro del cerebro, que corresponde aquellos que queremos experimental o alcanzar, se está creando la semilla que se requiere para comenzar a través de los recursos que se necesita para manifestar la experiencia en el campo físico, también permitirá instaurar en el profundo de nuestra mente la emoción que la ponemos para crear nuevos canales neuronales.

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN N° 1

I. DATOS GENERALES

1.1.- Título de charla.

Nutrición y Alimentación

1.2.- Objetivo

- Reforzar los conocimientos de una nutrición y alimentación adecuada en las adolescentes

1.2.1.- Objetivo Especifico

- Proporcionar un adecuado conocimiento sobre nutrición y alimentación.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.
- Reconocer la diferencia sobre nutrición y alimentación.

1.3.- Población objetiva

- Las adolescentes del 5to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima.

1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** Nuestra Señora de Fátima.
- **Fecha:** 13/09/2014
- **Duración:** 2 horas por sesión.

1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problemas (ABP)
- Dinámica – activa

1.6.- Justificación

La enseñanza de la nutrición como un saber, es un proceso complejo que requiere de la actividad de las alumnas. Ellos necesitan estar motivados en un ambiente adecuado, flexible, que facilite la comunicación horizontal las relaciones interpersonales y el intercambio de opiniones.

La escuela debe ser la base para el aprendizaje de habilidades para la vida, incorporando la nutrición y las buenas prácticas de alimentación tanto en las alumnas como en padres/madres de familia.

El mejoramiento de la nutrición de las alumnas debe ser una estrategia de prevención, basada en el cambio de comportamiento y modificación de hábitos no sanos.

II. CONTENIDO TEMATICO

1. NUTRICIÓN

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta. ⁽¹⁾

Nutrición es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza, las sustancias químicas (nutrientes) contenidas en los alimentos.

Aprender a comer de manera nutritiva no es difícil. Las claves son:

- Consumir una variedad de alimentos, que incluyan los vegetales, frutas y productos con granos integrales
- Consumir carnes magras, aves, pescado, guisantes y productos lácteos descremados
- Beber mucha agua
- Consumir moderadamente sal, azúcar, alcohol, grasas saturadas y grasas trans

2.- ALIMENTACIÓN

¿Qué es alimentación?

Es un proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancia

que, contenidas en los alimentos que compone la dieta, son necesarias para la nutrición. ⁽¹⁾

LOS ALIMENTOS

Son los productos con los cuales nos podemos alimentar y nutrir adecuadamente, siempre y cuando los seleccionamos de acuerdo a su origen y contenido nutritivo. De su contenido nutritivo obtenemos una serie de sustancias las cuales realizan funciones vitales en nuestro organismo, como formar y reparar el organismo, aportar la energía necesaria para la actividad física y regular todo el proceso metabólico en relación con la nutrición. ⁽¹⁾

1.- Alimentos Energéticos.

Son los que nos proporcionan energía para la actividad física. Los alimentos que proporcionan energía son: los cereales como el maíz, el trigo, la avena, el arroz y los productos derivados como el pan, las tortillas, las galletas, las pastas y otros. Las raíces y tubérculos como el camote, la yuca, la papa y algunas frutas como el plátano. ⁽¹⁾

2.- Alimentos formadores.

Son los que aportan proteínas necesarias para la formación y reparación de los tejidos. Entre los alimentos que aportan se distinguen en dos subgrupos ⁽¹⁾:

- **Proteínas de origen vegetal:** El frijol, las lentejas, el garbanzo, la soya, la palta, las nueces. También incluyen a los cereales como maíz, trigo, avena, arroz, cebada. Contienen además minerales y vitaminas.

- **Proteínas de origen animal:** comprende la leche y sus derivados, los huevo y la carne de todo tipo de animal (pollo, res, carnero, cuy, peces). Estos alimentos proporcionan además cantidades importante de minerales.

NOTA: las proteínas de origen animal se consideran completas, porque son más parecidas a las proteínas del ser humano, contienen todos los aminoácidos, a comparación de los de origen vegetal que son incompletas.

3.- Alimentos Reguladores.

Son los alimentos que suministran vitaminas y minerales necesarios para el aprovechamiento de otros alimentos y el buen funcionamiento del organismo. Los alimentos que proporcionan principalmente vitaminas y minerales, como las frutas y las verduras.⁽¹⁾

MACRONUTRIENTES

Sustancias nutritiva de mayor presencia en el organismo y necesaria en mayor cantidad. Son los únicos que nos dan energía.⁽¹⁾

NUTRIENTE	PRINCIPAL FUNCIÓN	FUENTE ALIMENTARIA
CARBOHIDRATO	Proporcionan la energía para mantener la respiración y la vida de nuestro organismo, para mantener la temperatura corporal, posibilitar el movimiento y el crecimiento normal. El carbohidrato como fibra dietética aumenta el volumen y la suavidad de las deposiciones.	Cereales, tubérculos, plátanos, jaleas, frijoles, frutas y verduras crudas.
GRASAS	Proporcionan una fuente concentrada de energía y de ácidos graos necesarios para la salud. Las grasas ayudan a la absorción de las vitaminas A,D, E y K.	Aceites, nueces, almendras, palta.
PROTEINAS	Sirven para construir las células, los fluidos corporales, los anticuerpos y	Carnes, leche y sus derivados,

	otras partes del sistema inmune. También las proteínas aportan energía.	huevos. Leguminosas y cereales
AGUA	Elemento esencial para que el organismo elabore los fluidos corporales, tales como la orina, el sudor.	Agua, algunas frutas y verduras.

MICRONUTRIENTES

Son sustancias nutritivas que se necesitan diariamente en pequeñas cantidades.

Entre ellas son las vitaminas y los minerales. ⁽¹⁾

VITAMINA	FUNCIÓN	FUENTE ALIMENTARIA
A	Facilita el proceso de la visión, mantiene en estado óptimo los tejidos internos de algunos órganos, fortalece el sistema inmunológico y participa en los procesos de crecimiento del ser humano	Verduras de color verde intenso, amarillo y rojo intenso (brócoli, zanahoria, acelga, espinaca) y frutas de color anaranjado o amarillo intenso (mango, papaya, plátano)
D	Participa en la calcificación del hueso, incrementa la absorción del calcio y fosforo y disminuyendo su eliminación.	Se encuentra en especial en los alimentos fortificados, por ejemplo la leche o mantequilla.
E	Ayuda en el proceso de la absorción de la grasa, mantiene la integridad de los vasos sanguíneos. Con su acción antioxidante protege las células evitando su deterioro o envejecimiento prematuro.	Germen de trigo y aceites: de maíz de algodón, de soya, de semillas de girasol.
C	Esencial para la cicatrización de heridas y la resistencia del organismo en las infecciones. Facilita la absorción y el mejor desempeño a nivel de organismo de otros nutrientes como la vitamina ácido fólico y aprovechamiento del hierro.	Los cítricos (naranja, mandarina, piña, toronja, limón)

NOTA: las vitaminas no proporcionan energía, tampoco son formadores de órganos.

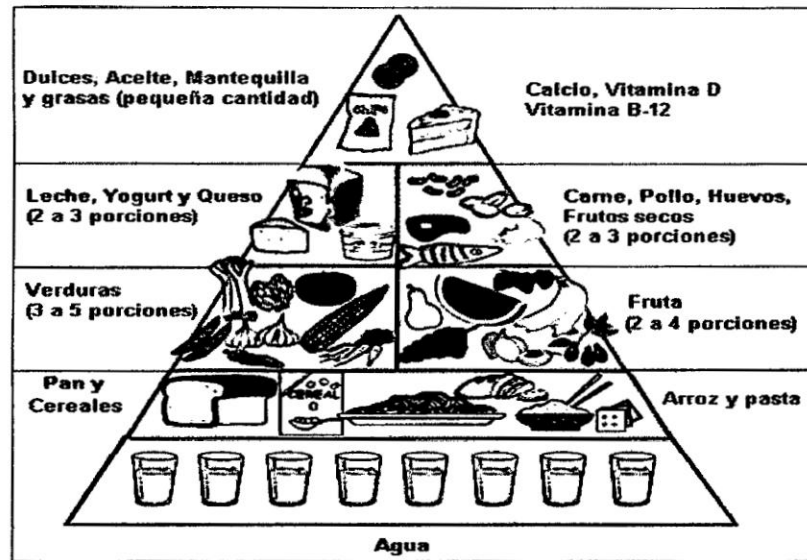
DIETA BALANCEADA

Una dieta balanceada o equilibrada es aquella que a través de los alimentos que forman parte de cada una de las comidas aporta nutrientes en las proporciones que el organismo sano necesita para su buen funcionamiento.

PIRAMIDE DE ALIMENTOS

Para establecer un parámetro, en lo que concierne a la dieta alimenticia, existe una manera de representar de manera gráfica los principales alimentos que deben ingerirse. Comúnmente se hace a través de una pirámide, llamada pirámide nutricional, aunque también existen otros modelos como el «tren alimentario» (utilizado en Colombia) y la «esfera alimentaria».

La base de la pirámide, el área de mayor tamaño, representa los cereales o granos, sobre todo los granos integrales, que constituyen la base de nuestra dieta. En medio de la pirámide se encuentran vegetales y frutas, que ayudan a tener energía más natural y sin efectos secundarios. Para asegurarse de obtener más de la mitad de nuestras calorías de carbohidratos complejos es preciso consumir las porciones sugeridas en este grupo. Los grupos disminuyen de tamaño a medida que se avanza hacia el vértice de la pirámide, ya que la cantidad de alimentos representados en esos grupos es menor que la que se necesita para una buena salud. La punta o vértice de la pirámide representa el grupo más pequeño de alimentos, como grasas, aceites y azúcares, de los que hay que comer en menor cantidad. ⁽²⁾



COMPOSICIÓN DE UNA DIETA BALANCEADA

¿Cuáles son los principios básicos de una dieta saludable?

Basados en el conocimiento de los contenidos de nutrientes de los alimentos, para la integración de una alimentación balanceada se deben considerar los siguientes principios ⁽¹⁾:

- La alimentación debe ser suficiente en cantidades de alimentos para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales del organismo y cubrir todos sus requerimientos según edad, sexo, talla, peso, actividad física.
- Debe ser completa; es decir, debe contener todos los nutrientes para ofrecer al ser humano todas las sustancias que integran sus tejidos: proteínas, carbohidratos, grasa, vitaminas, minerales y agua.
- Los alimentos deben guardar una proporción apropiada entre sí; es decir, que deben aportar las cantidades de nutrientes necesario para el adecuado funcionamiento del organismo.

- Se debe procurar que la dieta sea atractiva y variada; que estimule los sentidos y que evite la monotonía, incluyendo diferentes alimentos en cada comida.

Para que una alimentación sea sana debe tener estas características:

- Incluir diariamente alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida.
- Variar en cada comida los alimentos que provienen de un mismo grupo.
- Practicar medidas de higiene general en la preparación y en el consumo de los alimentos.

NUTRICIÓN Y SALUD

Existen seis clases de nutrientes que el cuerpo necesita: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. Es importante consumir diariamente esos seis nutrientes para construir y mantener una función corporal saludable. ⁽¹⁾

RELACIÓN ENTRE CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN

Para el mantenimiento de la función orgánicas, el crecimiento y desarrollo es necesario consumir los alimentos en cantidades adecuadas. Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición.

La satisfacción de las necesidades de energía y nutrientes, a través de la ingestión de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, garantiza la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que interviene en los procesos de crecimiento y desarrollo así como en la reparación de los tejidos. ⁽¹⁾

ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE

En este grupo existen subgrupos que obedecen a los marcadores cambios que se producen durante la pubertad, en cuanto a velocidad y crecimiento, actividad física, desarrollo de la sexualidad y la personalidad.

La alimentación del adolescente debe cumplir con las siguientes características:

- ❖ Ser suficiente, variada y equilibrada con el objeto de cubrir sus necesidades energéticas y nutrientes.
- ❖ Mantener 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) de ser posible.
- ❖ No dejar de tomar el desayuno, pues es la primera alimentación después de un ayuno prolongado, y es recomendable que esté compuesto por cereales, leche, frijoles, y algunas frutas.
- ❖ La merienda debe incluir leche sola, mezclada con frutas, frutas solas y en refresco, pan en todas sus variedades.
- ❖ Es aconsejable restringir la ingesta de jugos azucarados y bebidas de botella y en posible cambiarlos por jugos de fruta natural.

Para evitar incrementos exagerados de peso:

- ❖ Reducir el consumo excesivo de grasa, esto además evitara problemas cardiovasculares cuando sea adulto.
- ❖ Limitar el consumo de azúcares y aumentar la ingesta de hidratos de carbono complejos, como cereales integrales, verduras y frutas principales que aportan fibras.

NOTA: Los términos dieta y dietética también son confundidos frecuentemente y tampoco son lo mismo:

- **DIETA:** Son los hábitos alimenticios de un individuo, esta no tiene por qué estar enfocada al tratamiento de ninguna patología, como la obesidad o ni siquiera a la reducción de peso. Simplemente es lo que come el individuo, por lo tanto todas las personas llevan a cabo una dieta. La dieta se puede modificar para conseguir diversos objetivos, como por ejemplo el tratamiento de enfermedades como la obesidad, caso más usual en que se utiliza la expresión «estar a dieta», aunque no el único. ⁽¹⁾
- **DIETÉTICA:** Es la ciencia que utiliza los conocimientos de la nutrición para proporcionar una alimentación saludable que se adecue al individuo y a las diversas situaciones de su vida, como embarazo, lactancia y ejercicio físico, previniendo así posibles patologías y mejorando su calidad de vida y su rendimiento. ⁽¹⁾

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN N° 2

I. DATOS GENERALES

1.1.- Título de charla.

Trastorno de conducta alimentaria

1.2.- Objetivo

- Proporcionar un adecuado conocimiento sobre los trastornos de conducta alimentaria.

1.2.1.- Objetivo Especifico

- Aprender los riesgos de los trastornos de conducta alimentaria.
- Reconocer las conductas de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria.

1.3.- Población objetiva

- Las adolescentes del 5to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima.

1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** Colegio Nuestra Señora de Fátima
- **Fecha:** 20/09/2014
- **Duración:** 2 horas

1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problemas (ABP)
- Dinámica – activa

1.6.- Justificación

Últimos estudios realizados en la I. E, Nuestra señora de Fátima, en el año 2010, que el 22.7% de los adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Así mismo el 44% presento trastornos de bulimia y/o anorexia.

Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, del Ministerio de Salud (Minsa), reportaron que en la ciudad de Ayacucho en el año 2010 se registrados problemas alimentarios en un 8.3 y conductas bulímicas 3.8 en mujeres adolescentes.

Según el comercio Perú 21, en el año 2009, Lima-Perú, los casos de trastornos de conducta alimentaria crecieron 20% en lo que va del año, indicó que el número de casos con trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado ocho veces en los últimos 10 años, en comparación del año 2008.

II. CONTENIDO TEMATICO

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, etc., son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando mayor incidencia en los últimos años. Son síndromes y no enfermedades específicas con una causa, curso y patologías comunes. ⁽³⁾

J turón en su libro, refiere que la Organización Mundial de la Salud ha clasificado la anorexia y la bulimia como trastornos mentales y del comportamiento. Es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos. ⁽⁴⁾

BULIMIA

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado la bulimia como un trastorno mental.

La bulimia es una enfermedad que se caracteriza por atracones o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados de una sensación de pérdida de control. Luego, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar o consumir laxantes en exceso, diuréticos o dietas restrictivas intermitentes, para evitar aumentar de peso. ⁽⁶⁾

Causas

- los ideales de cuerpo,
- estar delgado,
- la cultura del hedonismo,

- el “verse bien”
- la imagen de la mujer perfecta. ⁽⁷⁾

Síntomas

- Atiborrarse o comer descontroladamente, incluso durante periodos de dos horas
- Sensación de no poder parar de comer.
- Hacer ayunos o dietas muy rigurosas
- Provocar vómitos que la persona enferma no reconoce.
- Abuso de laxantes y diuréticos
- Preocupación por el propio peso ⁽⁵⁾

Tratamiento

- La psicoterapia individual o en grupos
- Medidas dietéticas
- Tratamiento farmacológico ⁽⁴⁾

Detección precoz de la patología

- Engañar a los demás sobre su alimentación
- Nerviosismo a las horas de comer.
- Aparición de comida escondida en el bolso o en diferentes lugares de la habitación.
- Ir al lavabo al final de las comidas con excesiva frecuencia.
- Cambios del estado de ánimo o de carácter
- Distanciamiento de los amigos y familiares.
- Se evita ir a lugares públicos donde haya comida ⁽⁴⁾

Consecuencias de la bulimia

- Pérdida irreversible del esmalte de dientes.
- Daños en la garganta, el paladar y las encías
- Debilidad muscular, hormigueos y calambres
- Diarreas y dolores abdominales
- Alteraciones cardíacas y del metabolismo
- Amenorrea o reglas irregulares. ⁽⁸⁾

ANOREXIA

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. ⁽⁹⁾

Síntomas

- Negación a mantener un peso igual o superior al valor mínimo
- Pérdida importante de peso
- y afirmar que se está gordo aunque se está delgado.
- Reducir el consumo de alimentos, especialmente los que tienen más grasas y calorías.
- Agresividad, tristeza y aislamiento de la familia y amigos
- Aumento del ejercicio físico desmesurado ⁽⁵⁾

Tratamiento

El tratamiento más eficaz es el denominado cognitivo-conductual por parte de un equipo médico multidisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos,...) con el apoyo de la familia.

Una parte importante del tratamiento conlleva adquirir conductas de alimentación adecuadas. ⁽⁴⁾

Conductas de riesgo de la anorexia

- Modificar las costumbres alimentarias.
- Seguir dietas restrictivas.
- Reducir la cantidad de comida.
- Vomitar.
- Realizar ejercicio físico para perder peso. ⁽⁴⁾

Consecuencia

- Alteraciones cardiovasculares.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Alteraciones sanguíneas ⁽¹⁰⁾

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN N° 3

I. DATOS GENERALES

1.1.- Título de charla.

Imagen Corporal

1.2.- Objetivo

- Aumentar la aceptación de la propio imagen corporal

1.2.1.- Objetivo Específico

- Aprender a aceptar las diferencias en los cambios de desarrollo
- Reflexionar sobre nuestra imagen corporal, intentando fomentar el desarrollo de una mayor autoestima.

1.3.- Población objetiva

- Las adolescentes del 5to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima.

1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** Colegio Nuestra Señora de Fátima.
- **Fecha:** 27/09/2014
- **Duración:** 2 horas

1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problemas (ABP)
- Dinámica – activa

1.6.- Justificación

La imagen social que prima un cuerpo esbelto y delgado es ampliamente difundida por los medios de comunicación. Esta situación produce en la población adolescente intentos de adelgazar por métodos no saludables que pretende una pérdida de peso rápido. Esta situación puede provocar frustración y sentimientos de culpa con alteraciones de la autoestima.

El programa es un instrumento de gran utilidad para trabajar con adolescentes y preadolescentes en la prevención de los riesgos que pueden desembocar en trastornos de la alimentación y en la sensibilización sobre la conveniencia de adoptar patrones alimenticios saludables.

De una forma amena y práctica se analizan los aspectos referentes a la imagen corporal que tienen los jóvenes de sí mismos y de los demás y las causas o mecanismos psicológicos que pueden dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria, tan frecuentes en las sociedades desarrolladas, como la anorexia y la bulimia.

II. CONTENIDO TEMATICO

Primer paso: Se realizara una sesión de fotos a todas las adolescentes, para que lo coloquen en sus respectivos folders.

Segundo paso: Dibujo de la figura humana "Ideal" (Duración 20 min.)

- Se reparte una hoja bond a cada participante para que dibuje la figura ideal.
- Después de que hayan terminado, se recogen y se vuelve a repartir desordenado, con la intención de que les toque uno distinto al suyo.
- Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista.
- La monitora deberá intervenir y hacer reflexionar: "Cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable".

Tercer paso: Juego de papeles "La gordita"

- Se pide a las estudiantes que seleccionen a 5 compañeras, para que realizan distintos personajes, y se repartirá a cada una un personaje (tarjeta). Las tarjetas se repartirá a cada alumna y estos son:

Tarjeta 1. Tita "la gordita": le sobran kilos pero es una chica normal, simpática, que no saca malas notas y le gusta divertirse. Le propone a María para jugar en su equipo de vóley, pero ella lo rechaza. Le dice a Juana, para ir al cine, pero ella no quiere que le vean con una gorda, porque puede perder su popularidad. Pool, el chico que le gusta, le dice que no, cuando le propone quedar para salir a dar una

vuelta, porque no es su tipo. Katy su amiga le propone jugar al baloncesto y luego se van al cine juntas.

Tarjeta 2. Katy, su amiga: Le propone a Tita “la gordita” jugar en su equipo de baloncesto, para aprovechar su fuerza, y luego se van al cine con Tita.

Tarjeta 3. María: Es muy lista en el deporte. Demasiada competitiva, no disfruta si no gana. No quiere a Tita “La gordita” en su equipo de vóley porque es lenta y así no se puede ganar.

Tarjeta 4. Juana, “La popular”: No quiere ir con Tita “la gordita”. No quiere que le vean con una gorda, porque cree que puede perder la popularidad y dejar de ser “súper regia”.

Tarjeta 5. Pool: Le gusta a Tita “La gordita” que le pide salir. Él le dice que no cuando le propone para salir a dar unas vueltas, porque no es su tipo.

- Después de prepararnos, pasan las cinco chicas y representan la historia.
- Se plantea un debate en grupo analizando los motivos por lo que se rechaza a la protagonista.
- Una estrategia interesante a los actores como se han sentido, ya que siempre que se implica uno emocionalmente y se movilizan sentimientos personales, como ocurre en el juego de roles. Recaltar que lo que importa son otros valores personales más allá que la apariencia.

Cuarto paso: imágenes de publicidad con crítica (20 min)

- Se divide en subgrupos, y se reparte las revistas o fotografías, y ellas analizaran primero la fotografía, para que posteriormente lo expongan en el grupo.

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN N° 4

I. DATOS GENERALES

1.1.- Título de charla.

Autoestima

1.2.- Objetivo

- Mejorar la autoestima de las participantes.

1.2.1.- Objetivo Especifico

- Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás
- Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

1.3.- Población objetiva

- Las adolescentes del 5to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima.

1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** Colegio Nuestra Señora de Fátima.
- **Fecha:** 04/10/2014
- **Duración:** 2 horas

1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problemas (ABP)
- Dinámica – activa

1.6.- Justificación

El significado primordial de la autoestima es la confianza en la eficacia de la propia mente, en la capacidad de pensar, de tomar decisiones de vida y de búsqueda de la felicidad.

La autoestima es parte de la identidad personal y está profundamente marcada por la condición de género que determina en gran medida la vida individual y colectiva de las mujeres, tanto de manera positiva como de forma nociva.

La autoestima de pertenencia por relación con los otros es siempre temporal y frágil, y coloca a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad. Dejar de pertenecer y perder los vínculos es siempre una doble pérdida: la derivada del hecho en sí, y la del daño de la autoestima fincada tanto en el vínculo con los otros, como en el goce de su reputación, prestigio o poder como si fueran propios. El daño es mayor cuando, además, se pierde la posibilidad de ocupar espacios y territorios y de acceder a recursos y oportunidades a través de los otros.

II. CONTENIDO TEMATICO

Primer paso: Árbol de mi autoestima

Se dividen en sub grupos, se entregan una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divide en dos columnas vertical de igual tamaño.

En una columna deben colocar los "logros" o "éxitos", metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos, etc.

En la otra sus "cualidades" físicas o corporales, espirituales o mentales.

Cuando hayan terminado la monitora les indica que dibujen un árbol que se muestra en anexos, para que pongan su nombre encima y escriban los logros en los frutos y las cualidades en las raíces.

Tercer paso: es importante que después contemplen al "Árbol de mi autoestima" durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les transmite.

Se les invita a que escriban un mensaje debajo del "Árbol de su autoestima"

Segundo paso: Dibujo de las tortugas (Duración 15 min)

La monitora explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas que se muestra en los anexos.

Se comienza preguntando a los participantes su punto de vista, que les parece, que representa...para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima. "La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas".

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonca. Es una gran tortuga pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.

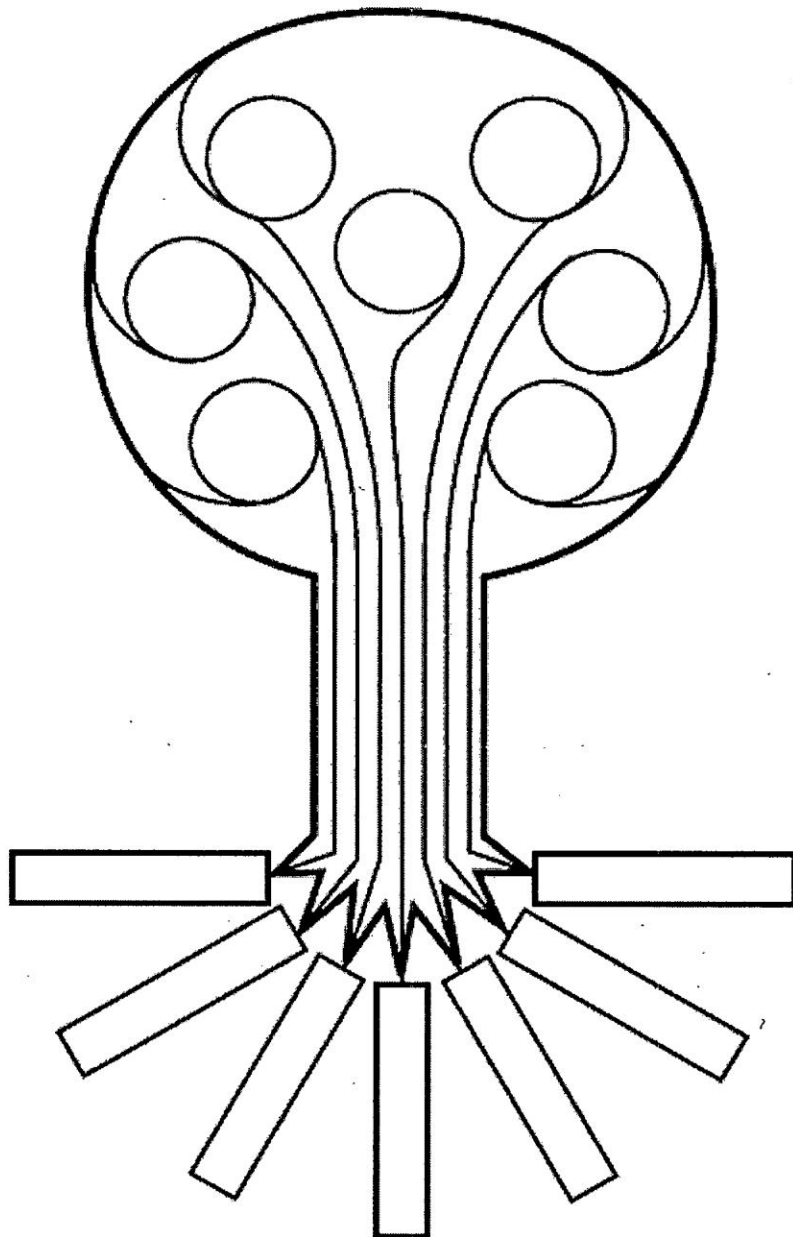
Tercer paso: Espejo mágico (Duración 20 min.)

El grupo está de pie en el círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blanca Nieves y que si se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: **Espejito mágico ¿Qué es lo que más te gusta de mí?**

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: **“Lo que más me gusta de ti es...”** y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan **“Es un espejo mágico y siempre responde”**

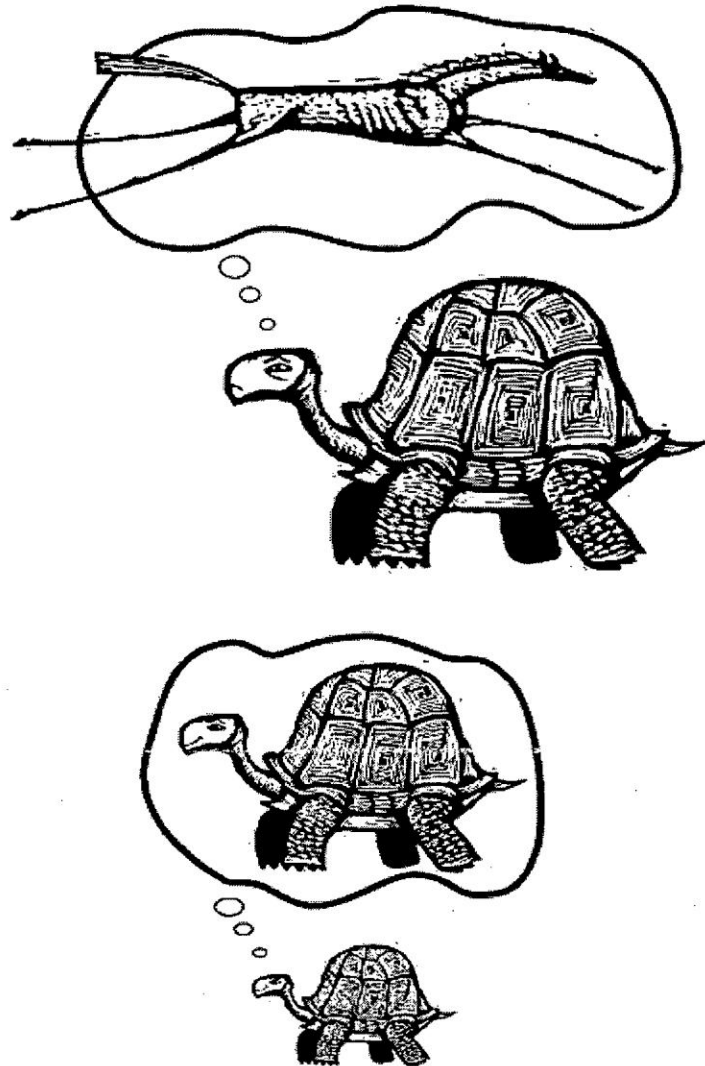
Después hacer puesta en común de **cómo se ha sentido.**

ARBOL DE AUTOESTIMA



Fuente: Modificado de Bonet, 1994

DIBUJO DE LAS TORTUGAS



Fuente: Modificado de Bonet, 1994

PLAN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN N° 5 y 6

DATOS GENERALES

1.1.- Título de charla.

Habilidades Sociales y Asertividad

1.2.- Objetivo

- Desarrollar estrategias personales para favorecer la asertividad en las estudiantes.

1.2.1.- Objetivo Especifico

- Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás.
- Aprender a ser más asertivo frente a los mensajes exteriores de la sociedad.
- Adquirir seguridad en sí mismo en las alumnas.

1.3.- Población objetiva

- Las adolescentes del 5to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima.

1.4.- Lugar, Fecha Y Duración:

- **Lugar:** Colegio Nuestra Señora de Fátima.
- **Fecha:** 11/10/2014, 18/10/2014
- **Duración:** 2 horas

1.5.- Metodología general

- Expositiva, Aprendizaje basado en problemas (ABP)
- Dinámica – activa

1.6.- Justificación

Vamos a conocer y comprender lo que se ha dado en llamar habilidades sociales. Significa la forma en que nos comportamos y lo que decimos cuando estamos con los demás. Todos sabemos que hay “buenas maneras” y “malas maneras” de hablar a la gente. Al aprender habilidades sociales aprendemos buenas o apropiadas maneras de hacerlo. Si tenemos unas buenas habilidades sociales probablemente nos llevaremos mejor con los profesores, compañeros de clase y miembros de la familia, que alguien que no las tenga. Es importante aprender estas habilidades porque nos hacen más felices y dan como resultado menos problemas con los demás.

CONTENIDO TEMATICO

¿Qué es asertividad?

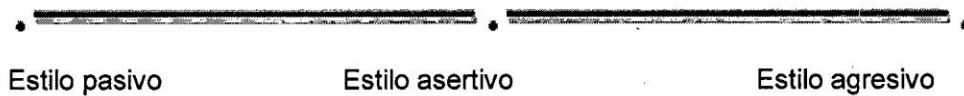
Es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, para comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros derechos sin la intención de herir a los demás. ⁽¹³⁾

Pongamos un ejemplo: Usted se sienta en un restaurante a cenar. Cuando el camarero le trae lo que ha pedido, se da cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Usted podría:

- a. No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.
- b. Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.

- c. Llamar al camarero y pedirle que por favor le cambie la copa.

Este ejemplo ilustra los tres puntos principales del continuo de asertividad:



Ni a) ni b) sean conductas apropiadas en esa situación si lo que pretendemos es reducir nuestro estrés.

Expongamos aquí una serie de ideas falsas y el derecho de la persona que es violado:

- No hay que interrumpir nunca a la gente. Interrumpir es de mala educación.
 - Usted tiene derecho a interrumpir a su interlocutor para pedir una explicación.
- Los problemas de uno no le interesan a nadie más y no hay que hacerles perder el tiempo escuchándolos.
 - Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
- Hay que adaptarse a los demás, si no es posible arriesgarnos a perder una amistad.
 - Usted tiene derecho a decir "NO".
- Cuando alguien tiene un problema hay que ayudarle.
 - Usted tiene el derecho de decidir cuándo prestar ayuda a los demás y cuando no.

Vamos a ver un ejemplo ilustrativo de lo que queremos decir:

Mujer: "Paco, ¿podrías ir a recoger a los niños al colegio?, tengo aun que preparar la lección para mañana y creo no medará tiempo."

Marido: "Los siento María, pero acabo de volver del trabajo y estoy muy cansado, ve tú."

Mujer: "Sé que estás muy cansado, normal porque te esfuerzas mucho en tu trabajo. Tu jefe debería de darse cuenta de eso y no cargarte con tantas tareas. Pero te pido el favor de que recojas los niños, ya que tengo que hacer este trabajo para mañana. Luego podremos descansar."

En este último ejemplo se defienden los propios derechos (derecho a pedir ayuda y a expresar las opiniones) sin vulnerar los derechos del otro, puesto que no hay ningún tipo de orden, menosprecio o agresividad hacia la otra persona. Ser asertivo es expresar nuestros puntos de vista respetando el de los demás.

RECUERDE: Ser asertivo no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no. Todos tenemos también derecho a **EQUIVOCARNOS**.

Habilidades sociales

Vamos a conocer y comprender lo que se ha dado en llamar habilidades sociales. Significa la forma en que nos comportamos y lo que decimos cuando estamos con los demás. Todos sabemos que hay “buenas maneras” y “malas maneras” de hablar a la gente. Al aprender habilidades sociales aprendemos buenas o apropiadas maneras de hacerlo. Si tenemos unas buenas habilidades sociales probablemente nos llevaremos mejor con los profesores, compañeros de clase y miembros de la familia, que alguien que no las tenga. Es importante aprender estas habilidades porque nos hacen más felices y dan como resultado menos problemas con los demás. ⁽¹³⁾

Existen muchos tipos diferentes de habilidades sociales porque hay muchas y diferentes situaciones en las que es importante comportarse y hablar de manera apropiada. Por ejemplo, la forma en que habláis a un amigo en el patio es diferente de la forma en que hablaríais a vuestro hermano o a vuestros padres. ⁽¹³⁾

Probablemente, habláis a vuestros padres de forma diferente a como hablaríais a vuestro profesor. La forma en que habláis a alguien que está triste es diferente de la forma en que lo hacéis con alguien que está alegre. Incluso, cuando estáis enfadados, tenéis que prestar atención a lo que decís, teniendo muy en cuenta quien es vuestro interlocutor. Por lo tanto es importante saber cómo hablar y comportarse en diferentes situaciones, con diferente gente. ⁽¹³⁾

La palabra social significa como nos llevamos con los demás, incluidos los amigos, hermanos, padres o profesores. La palabra habilidades significa la capacidad o talento que habéis aprendido y desarrollado al practicar a hacer algo cada vez mejor. Por lo tanto, como probablemente ya habréis adivinado, las habilidades sociales se refieren a nuestra habilidad para congeniar con los demás. Como hemos

dicho, existen muchos y diferentes tipos de habilidades sociales. Por ejemplo, hay habilidades muy simples, como hacer un elogio a alguien cuando te gusta algo de esa persona; pero también hay habilidades más difíciles, como por ejemplo, tener que decir no a un amigo cuando nos pide un favor, de forma que no se enfade. En ocasiones, queréis solucionar un problema con un amigo, pero no sabéis que hacer; esto también es una habilidad social. Por lo tanto, el propósito de este tema consiste en hablar sobre las razones por las que las habilidades sociales son importantes, conocer que piensas sobre ellas. Después, practicaremos algunas habilidades. Algunos ejemplos son: hacer elogios, formular quejas, rechazar peticiones irracionales, compartir sentimientos, defender los propios derechos, solicitar favores, solicitar un cambio en el comportamiento de los demás, resolver conflictos, relacionarse el sexo opuesto, tratar con los adultos... ⁽¹³⁾

Ni ratones ni monstruos.

Una de las ideas básicas de la enseñanza de habilidades sociales consiste en que aprendáis a observar la diferencia entre el comportamiento social pasivo, agresivo y asertivo.

Cuando alguien actúa de forma pasiva no se expresa a sí mismo, se comporta como un ratón. Deja que los demás niños le manden, le digan lo que tiene que hacer y, generalmente, no defiende sus propios derechos. Por regla general, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que los otros niños se aprovechen de él.

En el otro extremo se encuentran las personas que son agresivas o monstruos. Son mandones, intimidan a los demás, los critican y los humillan. Sólo se preocupan por conseguir lo que ellos desean y cuando ellos quieren. Rara vez se preocupan por los sentimientos de los demás y, con frecuencia se meten en líos o peleas.

Tienden a aprovecharse injustamente de los demás y, generalmente, tienen muy pocos amigos de verdad.

Por lo tanto, queda claro que tanto el comportamiento social pasivo como el agresivo no son la mejor forma de relacionarse con los demás. Estos dos comportamientos conducen, bien a resultar herido (ratones), bien a herir a los demás (monstruos). Seguro de que conocéis compañeros que se comportan como ratones o como monstruos, y parece obvio afirmar que no se trata de gente feliz. Los monstruos tienen que ser duros, mientras que los ratones se tienen que esconder continuamente.

Síntesis

Ventajas de poseer unas buenas habilidades sociales:

- Comprender mejor a los demás.
- comunicarse mejor con los demás.
- Hacer más amigos y conocer mejor a nuestros amigos.
- Podemos jugar un papel más importante en nuestras familias y estar más implicados en las decisiones familiares.
- Podemos tener mejores rendimientos escolares, menos problemas con los amigos o compañeros y una mejor adaptación posterior en la vida.
- Llevarnos mejor con nuestros profesores y compañeros de clase.

Inconvenientes de tener pocas habilidades sociales:

- Puede que no seas capaces de comunicar bien nuestras necesidades o sentimientos a los demás.

- Puede resultar más difícil hacer nuevos amigos y conservar los que ya tienes.
- A los demás les costará comprenderte.
- Podrás verlos apartados de las cosas importantes o divertidas que suceden
- Te puedes encontrar solo, perder amigos, tener problemas con los adultos

Dos conclusiones finales

Podemos aprender a ser más asertivos.

La asertividad no es algo innato e inmutable. Es cierto que algunas personas son capaces de comportarse socialmente sin apenas esfuerzo y a otras les cuesta mucho. Pero siempre se puede aprender.

La asertividad es contagiosa

(Y la no asertividad también). Si expresamos lo que queremos, con claridad y sin agredir a los demás, es mucho más probable que nos comprendan y nos respeten.

El comportamiento pasivo impide que los demás nos conozcan y se comporten pasivamente con nosotros o que entiendan que somos dominables y se comporten agresivamente.

Si somos agresivos, nos encontraremos con la agresividad de los demás o, en el polo opuesto, con su pasividad, pero no estableceremos relaciones constructivas.

Solo nuestra asertividad puede aumentar la asertividad de los demás.

Primer paso: A las adolescentes se les brindara unas pequeñas mosquitos, para que actúen y las demás reconocerán cual es pasivo, agresivo y asertivo.

Tarjeta 1: Un amigo acaba llega a cenar, pero una hora más tarde de lo que había dicho. No ha llamado para avisar que se retrasaría. Estás irritado por la

tardanza. Tienes estas alternativas:⁽¹²⁾

1. **CONDUCTA PASIVA.** Saludarle como si tal cosa y decirle "Entra la cena está en la mesa".
2. **CONDUCTA ASERTIVA.** He estado esperando durante una hora sin saber lo que pasaba (hechos). Me has puesto nervioso e irritado (sentimientos), si otra vez te retrasas avísame (conducta concreta) harás la espera más agradable (consecuencias).
3. **CONDUCTA AGRESIVA.** Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que te invito.

Tarjeta 2: Un compañero de trabajo te da constantemente su trabajo para que lo hagas. Decides terminar con esta situación. Puedes crear la situación preguntándole como lleva su trabajo o esperar a que ella cree cuando te pida otra vez a que le ayudes haciéndole algo. Las alternativas podrían ser:⁽¹²⁾

1. **CONDUCTA PASIVA.** Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar.
2. **CONDUCTA AGRESIVA.** Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo. Eres un desconsiderado.
3. **CONDUCTA ASERTIVA.** Muy frecuentemente me pides que te eche una mano en el trabajo que te asignan, porque no te da tiempo o porque no sabes hacerlo (hechos). Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo (sentimientos), así que intenta hacerlo tú mismo (conductas), seguro que así te costará menos la próxima vez (consecuencias).

Tarjeta 3: Sospechas que una amiga ha cogido prestado uno de tus libros sin pedírtelo antes. Puedes decir: ⁽¹²⁾

TU: Perdona, Leticia, ¿Has cogido mi libro de matemáticas? No lo encuentro por ninguna parte.

AMIGA: ¡Oh, sí! Espero que no te moleste, lo necesitaba para hacer un problema.

TU: De acuerdo, está bien que lo cojas prestado, pero, por favor, pídemelo antes. Así no creeré que lo he perdido.

AMIGA: De acuerdo, es que tenía prisa.

(Asertiva) Esta es una buena respuesta asertiva porque:

1. evitas que tu amiga se enfade;
2. probablemente, te devolverá el libro;
3. esto evitará que vuelva a repetirse el mismo tipo de problema porque ahora tu amiga sabe que quieres que pida el libro antes de cogerlo.

TU: ¡Caramba! Me gustaría encontrar mi libro de matemáticas. Espero que nadie lo haya cogido.

AMIGA: ¡Oh! Lo he cogido yo. Pensé que no te molestaría.

TU: ¡Vaya! Pensaba que lo había perdido.

AMIGA: No te preocupes, lo tengo yo.

(Pasiva) Esta es una respuesta pasiva y menos deseable porque:

1. no has dicho lo que realmente querías decir;
2. puede que, en el futuro, tu amigo se aproveche de ti otra vez porque no ha comprendido que este comportamiento te molesta.
3. puede que no te devuelva el libro.

TU: ¡Muy bien! ¡Te he cazado robándome el libro de matemáticas!

AMIGA: ¿Lo dices en serio? Sólo lo he cogido prestado.

TU: Seguro que sí (sarcásticamente) ¡Gracias por pedírmelo!

AMIGA: ¡Toma! Quédate con tu viejo libro.

(Agresiva) Esta respuesta es agresiva porque:

1. No has dicho lo que realmente querías decir;
2. Puede que al final tu amigo esté enfadado contigo y que actúe de la misma manera.
3. Puedes perder un amigo porque le has atacado verbalmente y le has avergonzado.

Tarjeta 4: Tus padres te piden que esta noche laves tú los platos. ⁽¹²⁾

TU: Yo lo he hecho las dos últimas noches. ¿Le toca a (hermano/hermana)?

MADRE: Creo que tienes razón. Pensaba que ella/él los había lavado ayer por la noche.

TU: No, lo hice yo. ¿Puedo salir ya?

MADRE: Muy bien. Vete.

(Asertiva) Esta respuesta es convenientemente asertiva porque:

1. has explicado tu situación sin discutir, gimotear o siendo pasivo;
2. no has sido irrespetuoso.

TU: ¡No! ¡Yo no los voy a lavar! ¡Ya puedes buscarte a otro para que lo haga!

MADRE: ¡A mí no me hables así!

TU: ¡Ya está bien! ¡No es justo! Siempre me haces lavar los platos a mí.

MADRE: ¡Deja de exagerar y lávalos!

(Agresiva) Esta es una respuesta agresiva porque:

1. fracasas al expresar tus motivos para no lavar los platos.
2. no dejas que tus padres tengan la oportunidad de explicar su punto de vista y eres irrespetuoso;
3. la respuesta no es muy efectiva porque de todas formas, al final, tienes que lavar los platos.

Segundo paso: Por grupos, elaborar un guion de respuesta asertiva en cada una de estas situaciones. Representarlo ante los demás. ⁽¹²⁾

Situación 1. Una amiga te pide que le hagas un favor: que le lleves en tu moto durante el cambio de clase a su casa por el cuaderno de lenguaje que necesita para la clase siguiente.

Situación 2. Al pagar en el cafetín del Instituto te devuelven 20 pesetas de menos.

Situación 3. Tu profesora, enfadada, te dice que has vuelto a reprobar. Tú habías estudiado mucho para ese examen.

Situación 4. Tu amiga Pepa te cae muy bien pero apenas se fija en ti. Quieres decirle algo agradable.

Situación 5. Las compañeras de clase que se sientan detrás de ti no paran de cuchichear en clase y te distraen,

Situación 6. Una compañera se burla de ti por tu nuevo corte de pelo. Respondes asertivamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y nutrición. [internet]. Honduras. 2010. [citado 20 de Junio del 2014]; (60-64; 68,69; 81)
2. MUÑOZ MONROY; Mario: Pirámide alimenticia. [Revista en línea]. Cuba. 2013. [Citado 3 de Julio del 2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/pdguanabo/temas.php?idv=15046>
3. RAMÓN J.; FRANCISCO J.: "Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas". [Tesis doctoral]. Granada. Universidad de Granada. 2010.
4. J. TURON, Vicente: Asociación contra la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. España. [Actualizado 14 de Marzo del 2014. Citado 20 de Marzo del 2014]. Disponible en: <http://aban.es/index.html>
5. CAMBA DE LA MUELA, Eduardo: Desórdenes alimenticios. 3 Ed. Madrid-España. 1995.
6. TORO O.; Antonio Carlos: Blog Psiquiatría. [Internet]. Colombia. 2013. [Consultado 11 de Junio del 2014. Disponible en: <http://blogpsiquiatria.blogspot.com/2007/12/bulimia.html>
7. ARTEAGA J. La anorexia. [monografía en internet]. Barcelona. 2011. [Citado-11-de-Junio-2014].-Disponible-en:
<http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>
8. RAMIREZ Jazmín: Causas y consecuencias de bulimia. Blog-Bulimia. [Internet]. [Citado 12 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://jjzmin1307.blogspot.com/>
9. CATALAN BORJA, Amelia: Características clínicas de la bulimia. Blog de Psicología. [Internet]. Publica 2 de Febrero del 2010. [Citado 2 de Febrero-

del-2013].-Disponible-

en:<http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2010/02/20/caracteristicas-clinicas-de-la-bulimia/>

10. RUIZ; Alejandro. Anorexia: antecedentes, causas y consecuencias. [monografía en internet]. México. 2007. [Citado 11 de junio 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/anorexia-antecedentes-causas/anorexia-antecedentes-causas2.shtml>
11. BONET JV (1994) Sé amigo de ti mismo. Manual de Autoestima. 5ª ed. Santander: Sal Terrae.
12. JIMÉNEZ F (1991) La comunicación interpersonal. Ejercicios educativos. 3ª ed. Madrid: Publicaciones I.C.C.E.
13. Goldstein, A. P. y otros. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Ed. Martinez Roca. Barcelona. 1989.

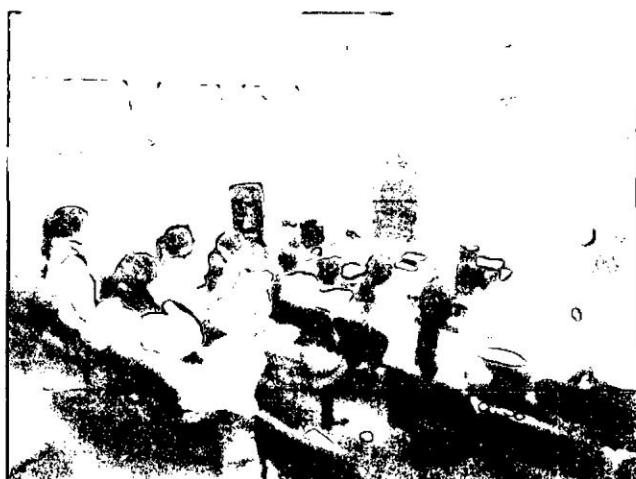
FOTOS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS CON LAS ADOLESCENTES DEL 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA



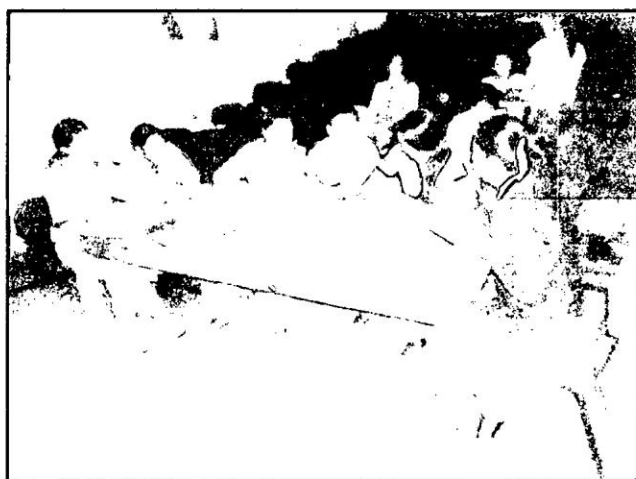
EVALUACION DEL PRE TEST A LAS ADOLESCENTES DEL 5TO AÑO DE SECUNDARIA



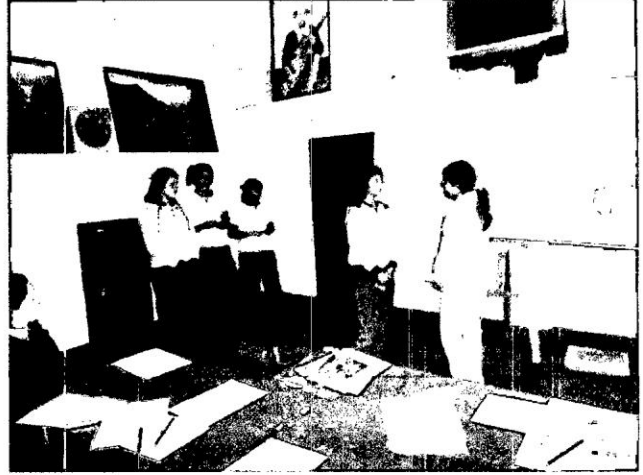
1RA Y 2DA SESION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION



3RA SESION EDUCATIVA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



4TA SESION SOBRE IMAGEN CORPORAL



5TA SESION SOBRE AUTOESTIMA (DIBUJO DE LA IMAGEN PERFECTA Y ACTUACIÓN)



INDICACIONES SOBRE EL LLENADO DEL ÁRBOL DE AUTOESTIMA Y LA TORTUGA



DINAMICA DE AUTOESTIMA CON LA PARTICIPACION DE LAS ALUMNAS



5TA Y 6TA SESION EDUCATIVA DE HABILIDADES SOCIAL Y ASERTIVIDAD- PARTICIPACION DE LAS ALUMNAS



**EVALUACION DE POST TEST
A LAS ALUMNAS
SELECCIONADAS, AL
FINALIZAR LAS SESIONES
EDCUATIVAS**

**FOTOS CON LAS ADOLESCENTES
DEL 5TO AÑO DE SECUNDARIA, AL
FINALIZAR LAS SESIONES
DEMOSTRATIVAS, MOSTRANDO SUS
FOLDERS "QUIERETE"**





Escuela
Profesional
Enfermería

ARTÍCULO ORIGINAL

Ayacucho, 2015 ° Volumen 1, Número 1 ° pp 1-13

**PROGRAMA EDUCATIVO EN LA REDUCCIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA
DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA
“NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA”, AYACUCHO, 2015**

Flor de María, OCHANTE PALOMINO y Yanet, YUPANQUI FLORES

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de programa educativo en reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las adolescentes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2015. **Material y Método:** **Enfoque:** Cuantitativo, **Tipo:** Aplicativo, **Nivel:** Correlacional **Diseño:** Cuasi experimental. **Área de estudio:** I.E.P “Nuestra Señora de Fátima”. **Población:** 70 adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E.P “Nuestra Señora de Fátima”. **Muestra:** Constituida por 15 estudiantes quienes mediante los tests, resultaron con diagnóstico de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta alimentaria. **Resultados:** Antes del programa educativo el 100% de adolescentes percibían su imagen corporal de manera negativa; en tanto que, después de la intervención se logró el 53,3% percepción positiva de imagen corporal y 46,7% aún perciben imagen corporal negativa. Mientras de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, en pre-test 53,3% de adolescentes presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y 46,7% sin riesgo; en tanto que, después de la intervención, aumentó a 60,0% de adolescentes sin riesgo a trastorno de conducta alimentaria y disminuyó a 40,0% con riesgo. **Conclusiones:** El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en mejorar la autopercepción de imagen corporal negativa y disminuir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los adolescentes de 5to año de secundaria de la I.E.P “Nuestra Señora de Fátima”. ratificada con la prueba “t” de Student.

ABSTRACT

Objective: Determine the effectiveness of educational program in reducing negative self-perception of body image and risk of eating disorders in teenage secondary 5th year of School Public Our Lady of Fatima, Ayacucho 2015. **Materials and Methods:** **Focus:** Quantitative, **Type:** Application, **Level:** Correlational, **Design:** Quasi experimental, **Study area:** IEP "Our Lady of Fatima." **Population:** 70 teenage secondary 5th years of the IEP "Our Lady of Fatima." **Sample:** Consists of 15 students who, through the tests, were diagnosed with negative body image and self-perception of risk of eating disorder. **Results:** Before the educational program at 100% of teenagers observed negative body image; whereas, after the intervention 53.3% positive perception of body image was achieved and 46.7% persist with negative body image. While risk of eating disorder, pre-test in 53.3% of adolescents presented risk of eating disorder and 46.7% risk; whereas, after the intervention, it increased to 60.0% of adolescents without risk eating disorder and decreased to 40.0% at risk. **Conclusions:** The educational program designed and implemented was effective in improving the perception of negative body image and reduce the risk of eating disorder in teenagers 5th year of junior high school advertises "Our Lady of Fatima", ratified by testing "t" Student.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, etc., son alteraciones graves del comportamiento alimentario. Estos trastornos aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera. Los pensamientos están centrados en la delgadez y en las conductas motoras: la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. ⁽¹⁾

Según la OMS el 1% de la población mundial sufre de anorexia, el 3% se ve afectada gravemente por la bulimia y 3.5% padece de otro tipo de alteración en la alimentación. ⁽²⁾

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2010), se encontró el 11.5% en adultos y 8.3% en adolescentes con riesgo de desarrollar estas patologías. Además en el grupo de adolescentes se halló un 0.8% con bulimia y un 0.1% con anorexia. ⁽³⁾

Según el Diario Perú 21, en el año 2009, Lima-Perú, los casos de trastornos de conducta alimentaria crecieron 20% en lo que va del año, indicó que el número de casos con trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado ocho veces en los últimos 10 años, en comparación del año 2008.

Estudios epidemiológicos de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, del Ministerio de Salud (Minsa), reportaron que en la ciudad de Ayacucho en el año 2010 se registraron problemas alimentarios en un 8.3% y conductas bulímicas en un 3.8% en mujeres adolescentes. ⁽⁵⁾

Últimos estudios realizados en la Institución Educativa Pública, Nuestra Señora de Fátima, en el año 2010, el 22.7% de las adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Así mismo el 44% presento trastornos de bulimia y/o anorexia. ⁽⁶⁾

Tal como se aprecia en los informes de investigaciones internacionales, nacionales y local, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública, por su creciente incidencia en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y falta de políticas preventivas, excepto en el caso de México, uno de los modelos que se ha desarrollado en prevención basado en los niveles de riesgo y/o en la población blanco (prevención universal, selectiva o indicada), que consistió en implementar un programa de prevención selectiva basado en modelos psicoeducativos, cuyos resultados mostraron efectos

positivos a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en la variables asociadas con imagen corporal⁽⁷⁾

Al contrastar su creciente incidencia del riesgo de trastorno de conducta alimentaria y falta de un programa educativo específico para prevenir trastornos alimentarios en sector Salud y Educación de la región y en especial en la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, surgió el interés de diseñar y aplicar el PROGRAMA EDUCATIVO EN LA REDUCCIÓN DE AUTO PERCEPCIÓN NEGATIVA DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA “NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA”, AYACUCHO, 2015

Siendo el enunciado del problema, ¿Cuál es la efectividad del programa educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año secundaria, Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2015?

OBJETIVOS:

General

- Determinar la efectividad del programa educativo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastorno de conducta

alimentaria en adolescentes del 5to año secundaria, Institución Educativa Pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2015

Específico

- Identificar a las adolescentes con autopercepción negativa de imagen corporal antes y después de aplicación del programa educativo.
- Identificar a las adolescentes con riesgos de trastorno de conducta alimentaria antes y después de aplicación del Programa Educativo.
- Aplicar el programa educativo en la reducción de autopercepción negativa y riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

La hipótesis propuesta fue:

- H_a : El programa educativo es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. “Nuestra Señora de Fátima”.
- H_o : El programa educativo no es efectivo en la reducción de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año de secundaria de I.E.P. “Nuestra Señora de Fátima”.

II. METODOLGIA DE LA INVESTIGACIÓN

ENFOQUE DE ESTUDIO

- ✓ Cuantitativo

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Aplicativa

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Correlacional

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Cuasi-experimental

SEDE O ÁREA DE ESTUDIO

- ✓ El estudio se realizó en la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima"

POBLACIÓN

- ✓ La población constituida por 70 adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E.P. "Nuestra Señora de Fátima"

MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA

- ✓ Constituida por 15 estudiantes quienes mediante los tests, resultaron con diagnósticos de autopercepción negativa de imagen corporal y riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

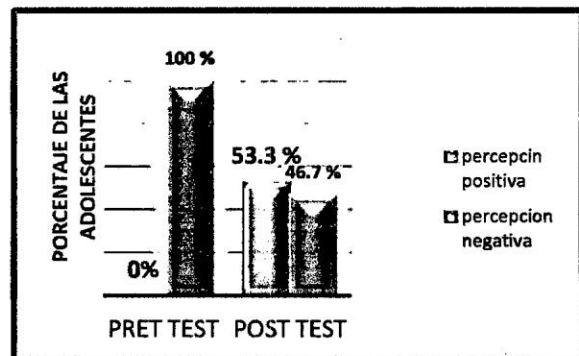
TIPO DE MUESTREO

- ✓ Probabilístico aleatorio simple

III. RESULTADOS

GRÁFICO N° 01

Autopercepción de imagen corporal antes y después de la aplicación del programa educativo en las adolescentes de quinto de secundaria, institución educativa pública nuestra señora de Fátima, Ayacucho 2015



Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

CUADRO N° 01

Estadístico de efectividad después de aplicación del programa educativo en reducción de autopercepción negativa de imagen corporal en adolescentes del 5to año de secundaria de institución educativa pública "nuestra señora de Fátima", Ayacucho 2015

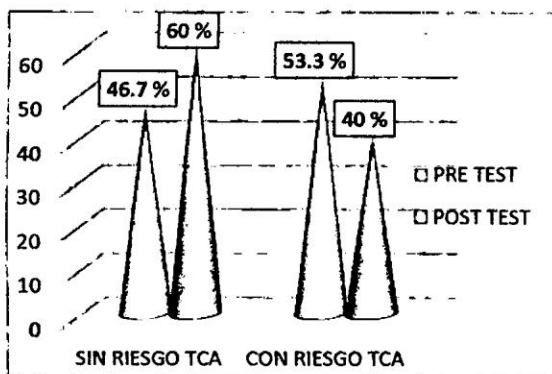
estadísticos de imagen corporal	imagen corporal antes	imagen corporal después	diferencia
n	15	15	15
media	142,80	99,47	-6,33
Desv. Típica	26,528	43,400	9,021

Gl=14 T tabla: 2,145 t calculado: 5,868

P= 0,000 G°: 0.05%

GRÁFICO N° 02

Riesgo de trastornos de conducta alimentaria antes y después de la aplicación del programa educativo en las adolescentes de quinto de secundaria, institución educativa pública nuestra señora de Fátima, Ayacucho 2015



Fuente: Encuesta realizada a las estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP Nuestra Señora de Fátima

CUADRO N° 02

Estadístico de efectividad después del programa educativo en reducción de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del 5to año de secundaria de institución educativa pública “nuestra señora de Fátima”, Ayacucho 2015

estadísticos de imagen corporal	imagen corporal antes	imagen corporal después
n	15	15
media	21,00	14,67
Desv. Típica	14.343	11,648

GI=14 T tabla: 2,145 t calculado: 2,719

P= 0,017 G°: 0.05%

IV. DISCUSIÓN

En cuanto a la **autopercepción de imagen corporal**, el 100% de adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, antes de la aplicación del programa educativo, percibían de manera negativa su imagen corporal (**Gráfico N°01**); dichos datos sometido al análisis estadísticos de mediana y desviación típica, arrojó un promedio de $142,80 \pm 26,528$ puntos, situándose en la categoría negativa (≥ 105) (**Cuadro N° 1**). Al respecto, ACOSTA ⁽⁶⁾, en su investigación en el año 2010 en esta misma población, reportó que el 22.7% de las adolescentes percibe su imagen corporal de manera negativa, constituye un grupo de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Esto significa que el número de casos de percepción negativa de imagen corporal se ha incrementado 4 veces en los últimos 4 años en comparación del año 2010; es decir, aumentó en 77.3%, más la prevalencia anterior de 22.7%, hacen un total de 100% de mujeres adolescentes insatisfechas con su imagen corporal. Este resultado es muy superior y de alto riesgo en comparación a los resultados reportados por otros investigadores; tal es así, CRISÓSTOMO ⁽¹⁵⁾ en su investigación realizado “Alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga 2007”, concluyó que un alto porcentaje (45.2%) de estudiantes no están satisfechos con su figura corporal, lo que puedes ser causa de futuros casos de anorexia nerviosa y bulimia. De manera similar BEHAR ⁽⁹⁾ (2007) en su tesis titulada “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios

particulares de Viña del Mar, Santiago-Chile. 2007” concluyó que 65% alumnos presentan insatisfacción corporal; sin embargo, éste fue significativamente

mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados.

En el mismo sentido UESU (2004)⁽¹⁴⁾ en su investigación “Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2004” llegó a la conclusión 46.2% presento distorsión de la imagen corporal.

GÓMEZ y col (2010)⁽⁴²⁾. Presencia de factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria de distintos grupos de edad (adolescentes, preadolescentes y pre púberes)” se reportaron altos porcentajes de insatisfacción corporal 44 a 77%.

Haciendo el análisis de los datos obtenidos antes de la intervención del programa educativo y con el sustento de los autores citados, se infiere que la percepción del imagen corporal de los adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima, en un 100% fue negativa, lo que puedes ser causa de futuros casos de anorexia nerviosa y bulimia. En esta realidad contextual se diseñó y aplicó el Programa Educativo en un total de 06 sesiones.

Después de la aplicación del programa educativo, el 53,3% presentó percepción positiva y 46,7% aún continúan percibiendo de manera negativa su imagen corporal. (Gráfico N°1). Dichos datos sometidos al análisis de procesos estadísticos de mediana y desviación

estándar, refleja percepción de imagen corporal promedio de $99,47 \pm 43,400$ puntos situándose en la categoría de la percepción positiva. (Cuadro N° 1), lo cual coincide con lo reportado por LEÓN (2005)⁽⁷⁾ en su trabajo de investigación “Modelos de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas”, logró efectos positivos a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en la variables asociadas con imagen corporal⁽²⁴⁾ y del mismo modo LEÓN (2013)⁽⁸⁾ en investigación “Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes” Al evaluar el efecto de los dos programas por separado (pre test-pos test) se obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos ($p \leq .001$) en variables asociadas con su imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Además se observó una disminución importante en el porcentaje de participantes que se ubicaban en riesgo (significancia clínica) como producto de los programas.

El programa educativo diseñado y aplicado, fue una experiencia positiva, porque los estudiantes participaron activamente en los talleres y exhibieron interés para aprender nuevos conocimientos que serán de mucha utilidad en su vida actual y futura.

Cómo se puede observar en el gráfico, existen diferencias con la evaluación antes y después de la aplicación del programa educativo, por lo que, para encontrar el nivel de significancia de la variación entre los dos momentos, se aplicó la prueba “t” de Student; con un resultado de (0,000) menor que el valor crítico ($\alpha = 0,05$), que es evidencia suficiente para afirmar la hipótesis

alterna, que el “ programa educativo tiene efecto significativo en cuanto la percepción positiva de la imagen corporal de las adolescentes. ($t=5,868$; $p<0,05$).

Luego de un amplio análisis mediante diferentes procesos y pruebas estadísticas, se concluye que el programa educativo diseñado y aplicado, tuvo efecto significativo en cuanto la conversión de autopercepción negativa a positiva de la imagen corporal de las adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”.

Sobre los **riesgo de trastorno de conducta alimentaria**, en las adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Nuestra señora de Fátima”, antes de la aplicación del programa educativo, se identificó el 53,3% con riesgo de trastorno de conducta alimentaria, y 46,7% sin riesgo (**Gráfico N°02**); dichos dato sometidos al análisis estadísticos de mediana y desviación típica arrojó un promedio de $21,00 \pm 14,343$ puntos, situándose en la categoría “con riesgo” (21–45) (**Cuadro N° 2**). Al respecto, ACOSTA ⁽⁶⁾, en su investigación “Imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho 2010”, en esta misma población, reportó que el 44% de los adolescentes presentaron riesgo de trastornos de conducta alimentaria; es decir, bulimia, anorexia y otras enfermedades alimentarias. Esto, significa que número de casos de riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria ha incrementado en 9.3% en los últimos 4 años en comparación del año 2010 en esta población.

ROCA (2008) ⁽¹⁶⁾ en su investigación “Factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E.G.N.E. Federico Froebel”, reportó una incidencia de trastornos de conducta alimentaria equivalente al 0.7%, con un 36.1% de adolescentes con riesgo de caer en este problema.

En Lima (2010)⁽⁵⁾ “estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” llegando a concluir cerca del 11% de más de nueve mil adolescentes encuestados en 17 ciudades del país sufre problemas alimentarios, entre ellos la bulimia y la anorexia. ⁽³⁵⁾

LORETO (2006) ⁽¹⁰⁾, en su investigación titulada “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana, Santiago. 2006” se concluyó entre otros, que el 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

BEHAR (2007) ⁽⁹⁾ en su tesis titulada “Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago- Chile. 2007”, concluyeron que el porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones.

POMALIMA (2009) ⁽⁴⁾ reportó que los casos de trastornos de conducta alimentaria crecieron en un 20% en lo que va del año, indicó que el número de casos con trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado ocho veces en los últimos 10 años, en comparación del año 2008.

Los resultados de esta investigación antes de la aplicación del programa educativo, los riesgo a padecer trastorno de conducta alimentaria fue muy superior (53.3%) a otras investigaciones desarrolladas en estos últimos 5 a 10 años en Ayacucho, Lima y Chile. En esta realidad circunstancial, se procedió con aplicar el programa educativo para la prevención de riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

Luego de la aplicación del programa educativo; se logró reducir de 53.3% a 40.0% la población de adolescentes con riesgo a sufrir trastorno de conducta alimentaria y de manera inversa se logró aumentar de 46,7% a 60,0% adolescentes sin riesgo a sufrir dicho trastorno (Gráfico N° 02).

Por tanto, cómo se aprecia en el presente análisis (Gráfico N°02), existen diferencias en la evaluación antes y después de la aplicación del programa educativo y para encontrar el nivel de significancia de variación entre los dos momentos, se realizó el análisis de la prueba "t" de Student; logrando como resultado (0,017) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$), que es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo tiene efecto significativo en reducir los riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima" ($t=2,719$; $p<0,05$). (Cuadro N°2).

Luego de un amplio análisis mediante procesos y pruebas estadísticas se concluye que el "Programa educativo fue efectivo en la reducción de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra señora de Fátima".

V. CONCLUSIONES

1.- El 100% (15) de las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima" antes de la intervención del programa educativo, percibían su imagen corporal de manera negativa, con una media y desviación típica de $142,80 \pm 26, 528$ puntos, situándose en la categoría de percepción negativa (≥ 105).

2.- El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en mejorar la autopercepción de imagen corporal de manera positiva en adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima": Conclusión ratificada mediante la prueba "t" de Student; con un resultado de (0,000) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$).

3.- El 53,3% de las adolescentes de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima" antes de la intervención del programa educativo, se encontraban con riesgo de trastorno de conducta alimentaria; con una media de $21,00 \pm 14,343$ puntos situándose en la categoría "con riesgo" (21-45).

4.- El programa educativo diseñado y aplicado fue efectivo en reducir los riesgo de trastorno de conducta alimentaria de 53.3% a 40.0% y de manera inversa se logró incrementar de 46,7% a 60,0% adolescentes sin riesgo a sufrir dichos trastornos en adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora de Fátima". Conclusión ratificada mediante la prueba "t" de Student con resultado (0,017) que es menor al valor crítico ($\alpha = 0,05$).

VI. RECOMENDACIONES

1.- A las autoridades del Sector Salud, deben orientar sus acciones hacia el logro de actitudes saludables en la alimentación de las adolescentes; realizar campañas y programas de prevención dirigidos a erradicar los factores relacionados con los Trastornos de Conducta Alimentaria.

2.- A las autoridades del Sector Educativo, implementar profesionales de Psicología en todas las Instituciones Educativas, según la Ley N° 29719

3.- A los padres de familia prevenir conflictos en el hogar y practicar comunicación asertiva con sus hijos y familiares.

4.- A los estudiantes de la E.F.P. de Enfermería, aplicar el presente programa educativo en las prácticas de las asignaturas de Salud Pública.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. RAMÓN J.; FRANCISCO J.: "Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas". [Tesis doctoral]. Granada. Universidad de Granada. 2010.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Anorexia y bulimia, enfermedades definidas por trastornos emocionales. 2011.
3. Adolescentes sufren de anorexia y bulimia. Revista Perú 21. [Revista en línea]. 2010. [Citado el 04 de Enero 2014]. Disponible en: <http://peru.com/noticias/portada2010>

0719/108696/-Aproximadamente-el-11-por-ciento-de-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-en-el-pais

4. POMALIMA, Rolando. Revista Perú 21, [Revista en internet]. 2009. [citado-el-01-de-enero-2014].-

Disponible-en:

<http://peru21.pe/noticia/303331/casos-anorexia-bulimia-crecieron-20-lo-que-va-ano>

5. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI. Adolescentes sufren de anorexia y bulimia. 2010. (Rev. 04 de Mayo del 2014). Disponible en:

<http://peru.com/noticias/portada2010>

0719/108696/-Aproximadamente-el-11-por-ciento-de-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-en-el-pais

6. ACOSTA ESPINOZA, Lilian Luz; CCAYANCHIRA DOMÍNGUEZ, Maybee: "Imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación en estudiantes del quinto grado de educación secundaria Nuestra Señora de Fátima". [Tesis de licenciatura-Enfermería]. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga Ayacucho. 2010.

7. LEÓN, H. R: Modelos de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. [Tesis de doctorado]. Facultad de Psicología. UNAM. México. 2005.

8. LEÓN HERNÁNDEZ, Rodrigo; HERNÁNDEZ ALCÁNTARA, Alfredo y otros. "Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de

- Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria". *Trastornos Alimentarios*. [Revista en internet]. 2013. [Citado 11 de Enero 2014]; 4 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007->
9. BEHAR A. Rosa; ALVIÑA W. Marcela, GONZÁLEZ C. Trinidad, RIVERA A. Natalia. "Detección De Actitudes y/o Conductas Predisponentes a Trastornos Alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, Santiago". *Nutrición*. [Internet]; 2007. [Citado 06 de Setiembre 2013]. 34(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300008
 10. LORETO CORREA, María; ZUBAREW G., Tamara; y otros: "Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana- Santiago". [Revista en línea]. *Pediatría*. 2006. [Citado 06 de Setiembre 2013]. 77(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200005&script=sci_arttext
 11. MARTÍN RODRÍGUEZ, Jorge; JAVIER MINA, Francisco: "Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali". Colombia. 2005. [Citado 08 de Setiembre]. 59(3). Disponible en: www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid...es...
 12. MARTÍN LEAL, C. ; RODRÍGUEZ MORILLA, Felipe; HIRUELA BENJUMEA, M. V.; DÍAZ BENAVENTE, M. : "Factores de riesgo relacionados con los trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. España". *Atención primaria*. [Revista en línea] 2003. [Citado 09 de Octubre]. 32(7). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707562>
 13. MONGE DI NATALE, Jessica: "Hábitos Alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la Universidad Mayor de San Marco". [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de Psicología de la UNSM. 2007.
 14. UESU TOYOHAMA, Ada Sofia: "Prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación y los hábitos alimentarios en mujeres adolescentes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos". [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de Psicología de la UNSM; 2004.
 15. CRISÓSTOMO GARCÍA, Darío O.; QUIPE LOAYZA, Ronald D.: "Alteración de los hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y su efecto en el estado nutricional de la Universidad Nacional San Cristóbal de

- Huamanga". [Tesis de licenciatura]. Ayacucho. 2007.
16. ROCA QUISPE, Rocío Lorena: "Factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del tercero al quinto de educación secundaria de C.E:G.N.E. Federico Froebel". [Tesis de licenciatura]. Ayacucho. Facultad de Enfermería de la UNSCH; 2008.
 17. SIMÓN, Andrade. Diccionario de Economía. 3ra Ed. Editorial Andrade. 2005. P. 253.
 18. SILVA, Sandra. Programación Neruo-Lingüística. Florida. [Revista en línea]; 2008 [Consultado 17 de febrero 2014]. Disponible en: <http://nuevaera.about.com/od/Creencias/a/Qu-E-Es-Programaci-On-Neuro-Lingu-Istica.htm>
 19. KOONTZ, Harold y WEIHRICH, Heinz: Administración Un Perspectiva Global. 12a. Ed. 2004, P. 14.
 20. Diccionario de la lengua española. Educación. [Revista en línea]. 2001. [citado.15.de.Abril-2014]...Disponible.en:<http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>
 21. ESPINOZA H. Violeta: Psicología de la educación para padres y profesionales [Citado 09 de Octubre del 2014] Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/programa%20educativo>
 22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los Adolescentes. 2008.
 23. MINISTERIO DE SALUD. Somos el presente, somos el futuro. Lima 2010.P.4._Disponible,en:
http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Somos_el_presente_somos_el_futuro_de_todo_el_Peru_depende.pdf
 24. BOLÍVAR, Yezenia. La adolescencia. [Monografía en internet]. 2009. [Citado-24-de-Abril-2014].-Disponible-en:
<http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml#Relacionados>
 25. PAPALIA DIANE, E. y WENDKOS OLDS, S.: Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 5Ta ed. McGraw-Hill. México, 1997. P. 373.
 26. REYES, M.R. Nutrición en la Adolescencia, México. 1998
 27. J. TURON, Vicente: Asociación contra la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. España. [Actualizado 14 de Marzo del 2014. Citado 20 de Marzo del 2014]. Disponible en:
<http://aban.es/index.html>
 28. MAGANTO MATEO, Carmen. "Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de conducta alimentaria". España. 2011 [Citado 9 de octubre de 2014]. Disponible en:
<https://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
 29. Ministerio de sanidad y consumo: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona. 2006. P. 50,51.
 30. Asociación contra la anorexia y bulimia. [internet]. Barcelona. 2007. [Citado_9-de-octubre-2014].-Disponible-

- en:<http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
31. Trastornos de la conducta alimentaria. [Actualizada 18 de enero de 2014; [Citado-9-de-octubre-2014].-Disponible-
en:http://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_de_la_conducta_alimentaria#Factores_socioculturales
 32. PICHUGUA VEGAS, Sofia. La anorexia afecta a 800 mil escolares. [Revista en línea]. 2011. [Citado 20 de Mayo 2014]. Disponible en: <http://peru21.pe/noticia/1311552/anorexia-afecta-800-mil-escolares>
 33. CAMBA DE LA MUELA, Eduardo: Desórdenes alimenticios. 3 Ed. Madrid-España. 1995.
 34. TORO O.; Antonio Carlos: Blog Psiquiatría. [Internet].Colombia. 2013. [Consultado 11 de Junio del 2014. Disponible en: <http://blogpsiquiatria.blogspot.com/2007/12/bulimia.html>
 35. FERNÁNDEZ ARANDA, Fernando: Trastornos de alimentación: guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia. 1ra Ed. Barcelona. 2002. [Citado 15 de Noviembre del 2013] P. 13-19.
 36. RAMÍREZ Jazmín: Causas y consecuencias de bulimia. Blog-Bulimia. [Internet]. [Citado 12 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://jjzmin1307.blogspot.com/>
 37. CATALAN BORJA, Amelia: Características clínicas de la bulimia. Blog de Psicología. [Internet]. Publica 2 de Febrero del 2010. [Citado 2 de Febrero-del-2013].- Disponible-
en:<http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2010/02/20/caracteristicas-clinicas-de-la-bulimia/>
 38. ARTEAGA J. La anorexia. [monografía en internet]. Barcelona. 2011. [Citado-11-de-Junio-2014].- Disponible-
en:<http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>
 39. RUÍZ; Alejandro. Anorexia: antecedentes, causas y consecuencias. [monografía en internet]. México. 2007. [Citado 11 de junio 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/anorexia-antecedentes-causas/anorexia-antecedentes-causas2.shtml>
 40. GRIMALDO MUCHOTRIGO M. Calidad de vida de estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. Revista Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia) 2009, reproducido con autorización de la Universidad de San Martín de Porres y Universidad Nacional Federico Villarreal. Disponible en: mgrimaldo2001@yahoo.com
 41. INOCENTE DÍAZ N. “Clima de clase y rendimiento académico de alumnos del cuarto de secundaria del taller industria del vestido en Ventanilla- 2010” [Tesis de maestría]. Lima: Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola; 2010.
 42. GÓMEZ-PERESMITRÉ, G., LEÓN, H. R., PLATAS, A. S., GONZÁLEZ,

X. D., y PINEDA, G. G. (2010).
Resultados preliminares de un
programa de prevención de TCA en
tres distintos niveles de riesgo. La
Psicología Social en México, 1089-
1095.

**Facultad De Ciencias
De la Salud**

**Escuela Profesional
de Enfermería**

UNSCH
