

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA SAN FRANCISCO DE BORJA**

JULIACA - 2016.

TESIS

PRESENTADA POR:

ROXANA TURPO GUTIERREZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA SAN FRANCISCO DE BORJA
JULIACA - 2016.**

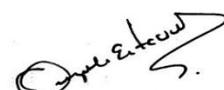
TESIS PRESENTADA POR:

ROXANA TURPO GUTIERREZ

Fecha de sustentación: 16 – ene - 2017

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADO POE EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:**

PRESIDENTE DEL JURADO : 
Mg. ROSA PILCO VARGAS

PRIMER JURADO : 
Mg. ÁNGELA R. ESTEVES VILLANUEVA

SEGUNDO JURADO : 
M. Sc. ELSA G. MAQUERA BERNEDO

TERCER JURADO : 
Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA

PUNO – PERÚ

2017

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

Área : Salud del adolescente

Tema : Conductas alimentarias

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tal especial en mi vida, supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante; por ser la luz de mi camino y cumplir uno de mis anhelos.

Con amor y gratitud a mis querido padres Cipriano y María por su enorme paciencia, amor, confianza y todo el apoyo brindado. A Iván por apoyarme en cada momento de mi vida.

A mi hija Melany quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

A las personas que más me han influenciado en mi vida, dándome los mejores consejos, guiándome y haciéndome una persona de bien, con todo mi amor y afecto se los dedico a:ivan, luz Marina.

ROXANA.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, a la escuela profesional de enfermería por enseñarnos valores sociales y espirituales, que tengo presente cada día de mi vida.

A la Facultad de Enfermería y docentes quienes impartieron sus conocimientos y sabios consejos en mi vida universitaria, en la formación de profesionales al servicio de la sociedad.

Con profunda gratitud a la directora y asesora de tesis Mg. Luz Marina Caballero Apaza; quien brindo su apoyo tiempo y paciencia para que este estudio sea realizado de la manera más prolija y veras orientando; dirigiendo durante todo el proceso de desarrollo y culminación de la presente investigación.

Agradezco a los miembros de Jurados por la labor y la comprensión al revisar el trabajo de investigación, por darnos consejos útiles durante el proceso de investigación.

Un especial agradecimiento al director y la plana docente de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borjas de Juliaca, quienes por brindarnos las facilidades para la realización de la presente investigación.

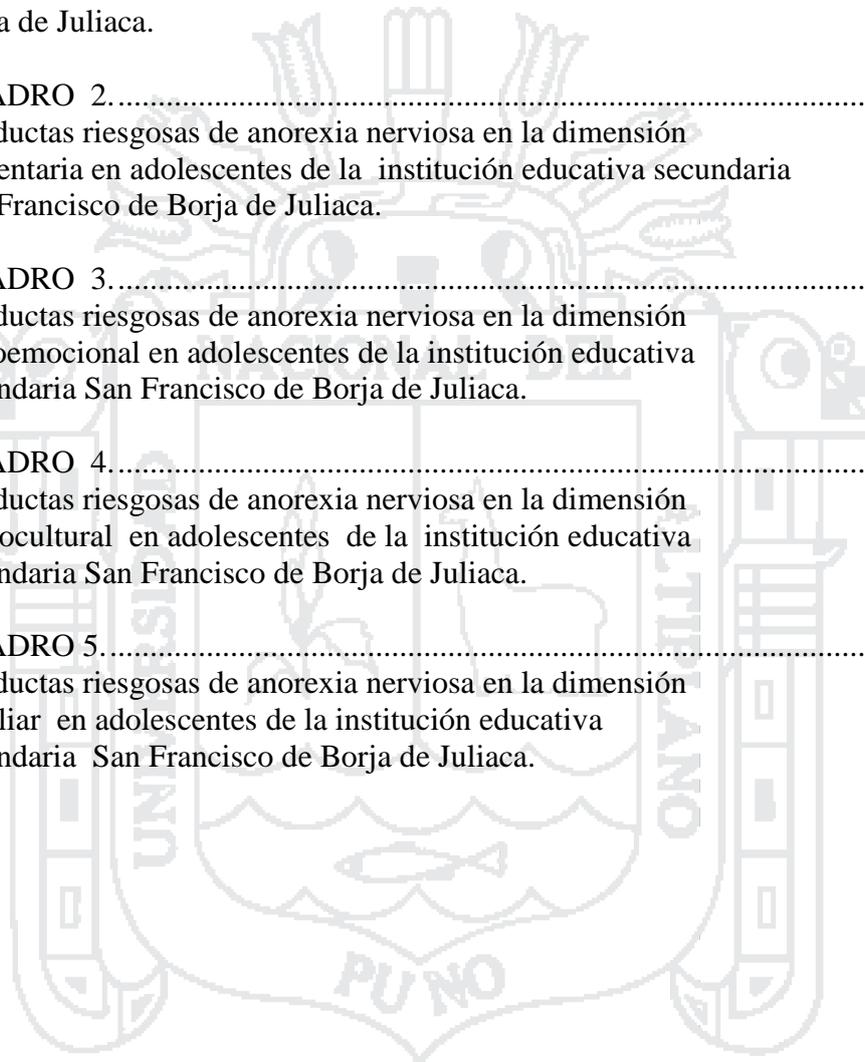
Un inmenso agradecimiento al ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado, por el asesoramiento estadístico, por darnos consejos útiles durante el proceso de investigación, que Dios me lo bendiga siempre a este gran profesional.

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS	6
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1.-El problema de investigación.....	10
1.2. Antecedentes de la investigación	13
1.3. Formulación del problema	19
1.4. Importancia y utilidad del estudio.....	19
1.5. Objetivos de la investigación.	20
1.6. Caracterización del área de investigación.....	21
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	22
2.1. Marco teórico	22
2.2. Marco conceptual.....	41
2.3. Hipótesis de la investigación.....	42
III.- MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	43
3.2. Población y muestra de estudio.....	43
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	44
3.4. Procesamientos de recolección de datos	47
3.5. Procesamiento y análisis de datos	49
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
4.1. Resultados	50
4.2. Discusión.....	55
V. CONCLUSIONES.	62
VI. RECOMENDACIONES	64
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	72

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1.....	50
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa secundaria San Francisco de Borja de Juliaca.	
CUADRO 2.....	51
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja de Juliaca.	
CUADRO 3.....	52
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja de Juliaca.	
CUADRO 4.....	53
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja de Juliaca.	
CUADRO 5.....	54
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja de Juliaca.	



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AN	: Anorexia Nerviosa
CIE	: Clasificación Internacional de Enfermería
DSM-IV-RT	: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
EAT	: Eating Attitudes Test (Actitudes ante la Alimentación)
EDI	: Eating Disorder Inventory (Inventario de trastornos alimentarios)
IMC	: Índice de Masa Corporal
LOPNA	: Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
T3	: Triyodotironina
TCA	: Trastornos de la Conducta Alimentaria
TSH	: Hormona Estimulante de la Tiroides
UGEL	: Unidad de Gestión Educativa Local
UNICEF	: United Nations International Children s Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia).

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016, tuvo como objetivo determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar; la investigación fue de tipo descriptivo trasversal, con diseño simple; cuya muestra estuvo conformada por 100 adolescentes del sexo femenino de 14 a 17 años de edad; la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario que consta de 35 ítems con afirmaciones directas e indirectas. Los resultados muestran que un 55% de adolescentes presentan conductas de mediano riesgo y 17% de alto riesgo. Respecto a la dimensión alimentaria un 53% tuvieron entre mediano riesgo y 12% conductas de alto riesgo; en la dimensión psicoemocional el 53% presentan conductas de mediano riesgo y el 15% de alto riesgo; en la dimensión sociocultural el 53% y 21% presentan conductas de mediano riesgo y alto riesgo respectivamente; respecto a la dimensión familiar el 57% tiene conductas de mediano riesgo y 16% alto riesgo. Se llegó a la conclusión que la mayoría de las adolescentes tienen conductas entre mediano y alto riesgo, siendo la dimensión sociocultural la que se da con mayor proporción, lo que puede repercutir negativamente en su calidad de vida, conllevándolas realizar conductas riesgosas que a la larga pueden desencadenar en la anorexia nerviosa.

Palabras Claves: conductas, riesgosas, anorexia, nerviosa, adolescentes

ABSTRACT

The present research study entitled risky behaviors of anorexia nervosa in adolescents of the secondary educational institution San Francisco de Borja Juliaca - 2016, had as objective to determine the risky behaviors of anorexia nervosa in the alimentary, psychoemocional, sociocultural and familiar dimension; The research was descriptive transverse, with simple design; Whose sample was formed by 100 adolescents of the female sex from 14 to 17 years of age; The technique used to collect data was the survey, using as a tool a questionnaire consisting of 35 items with direct and indirect statements. The results show that 55% of adolescents present medium-risk and 17% high-risk behaviors. Regarding the food dimension, 53% had medium-risk and 12% high-risk behaviors; In the psycho-emotional dimension, 53% had medium-risk behaviors and 15% had high-risk behaviors; In the socio-cultural dimension, 53% and 21% present medium-risk and high-risk behaviors respectively; Regarding the family dimension, 57% had medium-risk behaviors and 16% had high risk. It was concluded that the majority of adolescents have medium to high risk behaviors, with the socio-cultural dimension being the one with the greatest proportion, which can negatively affect their quality of life, leading them to conduct risky behaviors that in the long run Can trigger in anorexia nervosa.

Keywords: behavior, risk, anorexia, nervous, adolescents

I. INTRODUCCIÓN

1.1.-El problema de investigación

Hoy día existe una gran preocupación por el incremento que se está observando en la incidencia de anorexia nerviosa en varones y niñas pre púber. Desde hace dos décadas ha ido aumentando el número de pacientes varones con anorexia nerviosa, pero siempre en una proporción muy inferior al de las mujeres, aunque la sintomatología, la gravedad y el pronóstico de la enfermedad en aquéllos son iguales a los presentados por las mujeres con la misma enfermedad. ⁽¹⁾

El trastorno del comportamiento alimentario más común es la anorexia nerviosa, esta conducta nerviosa se manifiesta con diferentes síntomas, entre ellos destaca la pérdida de peso, generalmente pueden llegar a pesar un 15% menos de lo que les corresponde. Otro síntoma muy evidente es el miedo irracional a engordar, y a la vez, un deseo obsesivo por adelgazar, todo ello acompañado con dietas severas o ayunos autoimpuestos. Además existe una distorsión de la imagen corporal, se «ven» gordos a pesar de estar por debajo del peso normal. A veces, esta distorsión es solamente parcial, creen que una parte de su cuerpo es demasiado amplia o grande. Todo ello va acompañado por una preocupación desmesurada por el peso y la figura, una práctica de ejercicio físico excesiva con la única finalidad de perder peso. ⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas. Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que solo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aun sin que requiera que lo bajen. Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dietas son mujeres. ⁽³⁾

Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de niños adolescentes en el mundo padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno. ⁽³⁾

Si se realiza una evaluación diferencial de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres el porcentaje sería de 5% y 95% respectivamente. Aunque en los últimos años la diferencia entre sexos se va acortando. Del total de pacientes que reciben tratamiento para combatir la anorexia después de 5 años, aproximadamente el 12% se cronifica, aumentando hasta el 15% a los diez años. ⁽³⁾

La tasa de mortalidad a causa de la anorexia ronda del 3% al 15%. Según estadísticas mundiales la incidencia de anorexia nerviosa es de 3 por cada 100000 habitantes en el mundo. Una persona con anorexia nerviosa no pesa más del 85% del peso esperado para la edad. El 1.7% de la población sufre depresión y para el 2020 esta enfermedad será la primera causa de incapacidad. ⁽³⁾

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental afirma que las personas con anorexia nerviosa son 18 veces más probables de morir a una edad más temprana en comparación con las personas de edad similar en la población general. ⁽⁴⁾

Estudios previos de este fenómeno han hallado que el grupo de mayor riesgo está comprendido entre los 14 y 18 años aunque existen otros estudios que amplían este rango de edad desde los 12 hasta los 25 años. Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas. Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que solo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aun sin que requiera que lo bajen. Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dietas son mujeres. Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de niños adolescentes padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno. ⁽¹⁾

En Puno, según los registros del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, se detectaron 3 casos de anorexia en el año 2006, 2 casos en el año 2007, 1 caso en el 2008, mientras en el año 2010 se atendieron 6 casos de los cuales el 83.3% fueron adolescentes de sexo femenino entre 15 a 18 años de edad y el 16.7% adolescente de sexo masculino de 17 años. Para el año 2011 de los 5 casos registrados, el 100%

corresponden a adolescentes de sexo femenino en edades de 14 a 18 años, en el año 2012 se presentaron 17 casos de anorexia nerviosa; 8 estos datos demuestran que el problema de trastornos de conducta alimentaria está presente en nuestro medio y viene aumentando en forma progresiva. ⁽⁵⁾

En Puno, el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, reporta que en el año 2015, el 37.5% de adolescentes entre las edades de 12 a 17 años tuvieron anorexia nerviosa, seguido de un 25% de adolescentes entre 18 y 19 años. Del mismo modo en Juliaca, en el Hospital Carlos Monge Medrano, se reporta que en el año 2015, el 21.42% de adolescentes entre las edades de 14 a 18 años presentaron anorexia nerviosa. ⁽⁶⁾

La información de casos y los estudios previos, son argumentos para realizar la presente investigación; por ser un problema de salud pública, que requiere ser monitoreado constantemente e indistintamente en cualquier grupo de adolescentes, por ser grupo de riesgo; los datos hallados y alcanzados a las instancias correspondientes, permitirán tomar decisiones acertadas e intervenciones oportunas para evitar que vaya cobrando víctimas cada vez más precoces, ya que es evidente que algunos estilos de vida no son nada saludables y contribuyen al problema, tal es el caso de la alimentación que donde no existe control sobre la ingesta que realizan los adolescentes. Es importante realizar el presente trabajo de investigación por el incremento de adolescentes que presentan anorexia nerviosa, considerando que esta etapa de vida es importante porque la persona recién está adaptando su yo para poder enfrentarse al mundo adulto, en muchos países la patología ya es considerada una enfermedad pública y está siendo debidamente tratada.

La motivación del estudio, es por la observación de la problemática durante las prácticas pre-profesionales realizadas en Juliaca, considerando además que durante la adolescencia propiamente dicha, se presentan cambios psicoemocionales importantes: se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadoras de riesgo y están muy preocupados por su apariencia física deseando un buen atractivo a su vez están fascinados con la moda; entonces se puede afirmar que en esta etapa el adolescente puede presentar trastornos de conducta alimentaria como

es la anorexia nerviosa. Una de las conductas de riesgo más populares es el de hacer dietas para adelgazar, que unidas a otros procesos para perder peso no menos peligrosos han sido relacionado con la conducta riesgosa de anorexia nerviosa.

La institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja que alberga adolescentes entre los 12 a 18 años de edad, no es ajena a presentar esta problemática de conducta riesgosa de anorexia nerviosa, la observación directa a estas adolescentes permiten atribuir que poseen rasgos de conductas riesgosa, evidenciado por conversaciones de una exagerada preocupación por el peso corporal que tienen y sobre las dietas que manejan para mantenerse delgadas y es por ello que es una problemática para la institución, familias y para sí mismas ya que estas conductas riesgosas para anorexia nerviosa no contribuyen en nada a la salud de la adolescente de la mencionada institución educativa.

1.2. Antecedentes de la investigación

A NIVEL INTERNACIONAL

Carbajal BE ⁽⁷⁾ realizaron una investigación titulada: “Anorexia en estudiantes de la unidad educativa fray Álvaro valladares de la ciudad de puyo, Pastaza, año 2015”. Realizada en Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de anorexia en los estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares. La investigación tuvo el siguiente diseño: fijo transversal, descriptiva, bibliográfica, cuantitativa y de campo. Se utilizó como técnica la encuesta que se aplicó a 135 estudiantes de séptimo, octavo, noveno y décimo año. Los resultados que arrojó la presente investigación fue que el 38,51% de los estudiantes tienen prácticas dañinas de la conducta alimentaria determinando que la incidencia de anorexia fue de 2,96%. Del total de jóvenes que involucra el estudio el 67,31 % se encuentran entre la edad de 12 a 14 años en un son de etnia mestiza en el 96,16% y de procedencia urbana 71,15%, pertenecen a familias de nivel media y alta el 76,92%. Los factores predisponentes principales son la ausencia de los padres por razones laborales en las horas de la comida; de la madre en el 57,70% y la ausencia del padre en el 76,92%; los estudiantes tienen conocimiento de que es la anorexia y la practican en el 2,96%. El 44,23% reportaron anemia como principal efecto. Se concluyó que existe un elevado porcentaje de jóvenes en riesgo y la incidencia de anorexia es del

2,96%. Los adolescentes están vulnerables ante la sociedad ya que el principal causal encontrado en el estudio es la falta de presencia y vigilancia de los padres de familia en horas de su alimentación lo que les causa este desorden alimenticio y confusión en ellos recurriendo a estos métodos.

Morales AA y Yépez VR ⁽⁸⁾ realizaron una investigación titulada: “Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del instituto tecnológico superior República del Ecuador ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el período septiembre 2011 – octubre 2012, realizada en Ecuador, cuyo objetivo fue evaluar las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años estudiantes del Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura durante el período septiembre 2011 – octubre 2012. El investigador identifica las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador. Se trabajó con 305 alumnos de ambos sexos específicamente de los segundos años de bachillerato de todas las especialidades. El instrumento aplicado fue un Test de Actitudes Alimentarias. Cuyos resultados señalan que el 45% de la muestra estudiada presentan algunos síntomas de este trastorno alimentario, predominando la no aceptación de su aspecto físico, provocando afecciones en su estado emocional, social contrastando al mismo tiempo con su entorno familiar. Los resultados nos permiten concluir que el grupo de estudio es propenso a desarrollar este tipo de trastorno, prevaleciendo el sexo femenino como el grupo más afectado. Como propuesta resolutive se elaboró, socializó y entregó 250 Guías Educativas y Preventivas sobre Conductas de Riesgo frente a la Anorexia, a los estudiantes y docentes del Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador.

A NIVEL NACIONAL

Rivera DC ⁽⁹⁾ realizó una investigación titulada “Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas, esta investigación se realizó en Lima en el año 2007”, esta investigación fu realizada en Lima, cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa, determinar el nivel de conocimientos sobre conductas riesgosas de anorexia nerviosa y determinar el nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa. El método fue el descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por un total de 661 adolescentes de 14 a 16 años de edad. La información se recolecto mediante la aplicación de un cuestionario para cada variable. Los resultados que llegó fueron el 48.3% tuvieron mediana conducta riesgosa de anorexia nerviosa, seguido de un 29.3% en un nivel bajo, finalmente un 22.4% de adolescentes tuvieron un alta conducta riesgosa de anorexia nerviosa, en la dimensión alimentaria se tiene un 53.7% de adolescentes tuvieron un nivel medio, por otro lado también un 24.2% de adolescentes tuvieron un nivel bajo, y un 22.1% tuvieron un nivel alto de conducta de anorexia nerviosa. En la dimensión psicoemocional un 37.8% de adolescentes tuvieron un nivel medio, de igual manera un 34.2% de adolescentes tuvieron un nivel bajo, finalmente un 28% de adolescentes tuvieron conducta de anorexia nerviosa en un nivel alto. En la dimensión sociocultural un 39.1% tuvieron un nivel de conducta bajo, un 37.6% tuvieron un nivel alto, y 23.1% de adolescentes tuvieron un nivel medio de conductas de anorexia nerviosa, finalmente en la dimensión familiar un 55.6% de adolescentes tuvieron un nivel bajo, un 27.8% de adolescentes tuvieron un alta conducta de anorexia nerviosa, y finalmente un 16.7% de adolescentes tuvieron una mediana conducta de anorexia nerviosa. Llegó a la conclusión que existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes. El nivel de conocimientos de los adolescentes es medio. La mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo.

Montoya M ⁽¹⁰⁾ realizo una investigación titulada “Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes

de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa María del Triunfo”, la investigación fue realizada en Lima en el año 2012, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II, en el distrito de Villa María del Triunfo. La Metodología que se utilizó fue un estudio de tipo cuantitativo y diseño descriptivo correlacional y según el tiempo de ocurrencia es de corte transversal, se utilizó el muestro probabilístico y para la selección muestral se aplicó tipo aleatorio estratificado para lograr la proporcionalidad en la muestra, quedando constituida por 175 adolescentes de educación secundaria. La técnica empleada fue la encuesta con su instrumento el cuestionario, uno para cada variable de estudio, el primero consta de 19 preguntas que permitió recolectar información sobre aspectos de 21 preguntas para conocer los factores asociados al riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Ambos instrumentos fueron sometidos a validación de contenido, constructo y criterio, aplicándose la prueba de concordancia de juicio de expertos y confiabilidad. El resultado que encontró fue que el 58.9% de adolescentes tiene edades entre 14 y 16 años, perteneciendo a la adolescencia media, seguidamente esta la adolescencia temprana (10 a 13 años) con un 27.4%, y el resto pertenece a la adolescencia tardía, referente al sexo de la población muestral el 53.7% es femenino. Se encontró que existe el riesgo. La conclusión que llegó el investigador fue que la prueba estadística Chi cuadrado confirman que el factor psicológico (inadecuada percepción de la imagen corporal e inadecuado auto concepto) y respecto al respecto familiar respecto a los estilos de padres están asociados significativamente al riesgo de TCA en adolescentes con una $p < 0.05$.

Caballero GD⁽¹¹⁾ Realizó una investigación titulada “Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana, realizada en el 2014”, realizada en la ciudad Lima, cuyo objetivo fue comparar las estrategias de afrontamiento en un grupo de 127 adolescentes con anorexia nerviosa de un Centro Terapéutico con un grupo de 300 adolescentes del quinto de secundaria de una institución educativa estatal que no sufren trastornos alimenticios. Se aplicó la encuesta de comportamiento alimentario y de modos de afrontamiento del estrés. La metodología fue de tipo descriptiva comparativo correlacional, sus resultados

muestran que los instrumentos de recolección de datos: trastornos alimenticios y estilos de afrontamiento, indican que son válidos y confiables. Los promedios en el grupo con trastornos alimenticios son mucho mayores que los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. En la escala de modos de afrontamiento al estrés el promedio del grupo con trastornos alimenticios, están por debajo de los promedios del grupo sin trastornos alimenticios. Llegó a la conclusión que existe una correlación negativa moderada muy significativa entre ambas variables. Existen diferencias muy significativas en todas las dimensiones y escala general de trastornos alimenticios a favor del grupo con trastornos. Existen diferencias muy significativas en modos de afrontamiento entre grupos, donde el grupo sin trastornos presenta mayores promedios que el grupo con trastornos.

A NIVEL REGIONAL

Ibáñez FP ⁽⁵⁾ realizó una investigación titulada Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno-2013, esta investigación fue realizada en la ciudad de Puno, cuyo fue objetivo fue determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con diseño simple; la población estuvo conformada por 64 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años, de sexo femenino de tercero, cuarto y quinto año de educación secundaria. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta, aplicando como instrumento la escala EAT – 26 de Garner y Garfinkel, constituida por 26 ítems con afirmaciones divididas en 3 partes. Los resultados del investigador son que los adolescentes muestran que los comportamientos riesgosos respecto a la dimensión de conductas de evitación de alimentos los más riesgosos son: Miedo a la idea de estar con sobrepeso con un 21.9%, “Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos con 20.3%, Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo con 17.2% y Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico con 14.1%. Respecto a las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos los comportamientos más riesgosos son: Preocupación por los alimentos con 12.5%, pensamiento excesivo y ocupación en la comida con 7.8 %, Impulso de vomitar después de comer con 7.8%, Sentimiento de que la comida controla su vida con 7.8%. En la dimensión de

control oral y presión percibida las conductas más riesgosas son: Come más lento que los demás con 21.9%, Mantienen un control de la ingesta con 18.8%, Sienten presión de los demás para comer con 14.1%. El investigador llegó a la conclusión que el 48.4% de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y 51.6% no presentan riesgo; cabe resaltar que la diferencia porcentual entre estas dos categorías es mínima, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas.

Loayza Y⁽¹²⁾ realizó una tesis titulada “Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales en adolescentes de la institución educativa secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno 2010”, realizada en Puno, cuyo objetivo fue determinar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales en la cual se aplicó la técnica de la encuesta y del test de Garner Garfinkel EDI. Los resultados mostrados en esta investigación fueron que el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales realizada en la Institución Educativa Secundaria Claudio Galeno de la ciudad de Puno, encontró que un 30.90% de adolescentes presenta riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y además son influenciados por factores psicosociales, sin embargo un porcentaje significativo del 11.30% de adolescentes presentan riesgo de padecer dicho trastorno pero no son influenciados por factores psicosociales.

Condori R⁽¹³⁾ realizó una investigación titulada “Factores psicosociales y trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución educativa Particular Luz Andina-Juliaca, 2011 “realizada en la ciudad de Puno. El objetivo general fue determinar la relación entre los factores psicosociales y Trastornos Alimenticios en Adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, con diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 133 estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria, para la recolección de datos aplico la Escala EAT-26 de Garner Garfinkel. Los resultados respecto al trastornos de conducta alimentaria fueron: El 21.2% presentaron riesgo y el 16.5% presencia de trastornos alimenticios. Estadísticamente se demostró, que los factores psicosociales: autoestima y

funcionamiento familiar tiene relación significativa con el riesgo y presencia de trastornos alimenticios en adolescentes.

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

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca 2016?

1.4. Importancia y utilidad del estudio

El presente trabajo de investigación tiene importancia debido a que proporciona información actualizada y objetiva sobre las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca, con los datos hallados y alcanzados a las instituciones responsables del cuidado de la salud del adolescente, como la DIRESA Puno, en la estrategia de salud del escolar y del adolescentes, Centro de Salud Santa Adriana de Juliaca, bajo cuya jurisdicción se encuentra esta institución educativa, permitirá plantear

propuestas de intervención oportunas, en la promoción de adecuados estilos de vida del adolescente, para evitar que vaya cobrando víctimas cada vez más precoces. Así mismo tendrá un aporte para la institución educativa ya que conociendo el problema permitirá abordarlo de manera más objetiva a través de intervenciones educativas tendientes a fortalecer las habilidades sociales y promover mejoras en las conductas riesgosas de anorexia nerviosa a través de la promoción de la salud en las dimensiones de: alimentaria, psicoemocional, sociocultural, familiar, ya que la anorexia nerviosa es un serio problema de salud pública.

1.5. Objetivos de la investigación.

1.5.1. Objetivo General

Determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en las adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca 2016.

1.5.2. Objetivo Específico

1. Identificar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja.
2. Describir las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión Psicoemocional en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja.
3. Identificar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja.
4. Describir las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja

1.6. Caracterización del área de investigación

1.6.1 Ubicación del estudio:

En el presente trabajo de investigación se realizó en la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borjas, localizado en la ciudad de Juliaca.

La institución educativa secundaria San Francisco de Borjas está ubicada en el urbanización la Capilla Juliaca, es una institución mixta, del nivel secundario con 780 alumnos, con un mínimo porcentaje de escolares del sexo masculino, su construcción es de material noble, tiene dos pisos, posee ambientes para las aulas de clases (21 aulas), dirección, subdirección, oficina de bienestar escolar, aula de innovación de computo, servicios higiénicos y patio central.

1.6.2. Características de la población

La población de estudio estuvo conformado por adolescentes del sexo femenino, cuya edades fluctúan entre 14 y 17 años, los cuales realizan sus labores académicas en turno mañana y tarde, el turno mañana es de 7:20 am hasta las 12:20 pm y de la tarde 12:20 pm hasta las 5:20 pm respectivamente. Muchos de los adolescentes proceden de la misma jurisdicción de Juliaca y en mínima proporción de sus alrededores, cuyos padres en su mayoría son comerciantes, con diferentes grados de instrucción, su situación económica se encuentra entre media y baja. La mayoría de las adolescentes, son comunicativas, responden con facilidad al interactuar con personas y casi siempre se muestran alegres.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Marco teórico

2.2.1. Adolescencia

La adolescencia es la etapa de transición de la infancia a la adultez, e incluye cambios físicos, psicológicos y emocionales. Esta etapa de la vida se caracteriza por la existencia de límites poco definidos y está condicionada por factores no sólo biológicos sino de índole político, cultural, social, psíquico, económica y de equidad o iniquidad de género, aspectos íntimamente relacionados con las condiciones socioculturales en que ocurren.⁽¹⁵⁾

La adolescencia es una época de afectividad en pleno proceso de maduración. Este proceso se caracteriza por una mayor o menor estabilidad en esta esfera de la personalidad. El desarrollo de la sexualidad en el adolescente involucra al total de la persona y se relaciona directa e indirectamente con todos los procesos que se dan en ella.⁽¹⁶⁾

Casas et al. indica que la adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. A pesar de todo, la mayoría de los adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida.⁽¹⁷⁾

Según la Organización mundial de la salud (OMS) a la adolescencia se le considera la etapa más inestable en la parte física y emocional, la OMS afirma que los adolescentes están entre los jóvenes de 10 a 19 años considerados como un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes,

suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.⁽¹⁸⁾

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que la adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas:

- Adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad)
- Mediana (14-16)
- Tardía (17-19).

Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta. UNICEF concede una especial importancia a la tarea de llegar a los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos, la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias.⁽¹⁹⁾

En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el concepto de adolescencia, como el período de la vida entre la maduración biológica (incluida la madurez sexual), psíquica y social, y el momento de asumir los roles y responsabilidades de los adultos, Es así, como se puede afirmar que los adolescentes comienzan a evaluar su capacidad en términos del desempeño esperado en los roles futuros, mientras enfrentan expectativas sociales nuevas, relacionadas con la responsabilidad y la elección de formas ocupacionales.⁽¹⁵⁾

Kielhofner ⁽¹⁵⁾ plantea que los adolescentes comienzan a verse seriamente “como autores de sus propias vidas”. La libertad reclamada y conquistada por el adolescente se constituye en un reto para establecer claramente sus valores, no sin dejar de experimentar las contradicciones presentadas entre los valores ideales y las realidades cotidianas. Paralelamente los intereses cambian, la atracción hacia lo novedoso y a lo que se establece como desafío, se convierte en una expresión de

identidad, lo que a su vez, contribuye a la afirmación de sí mismo.

Para el adolescente, sus amigos y compañeros se constituyen en agentes socializadores y en una fuente de información de lo que sucede fuera del contexto familiar, y en la invitación para probar nuevas ideas y comportamientos. Los nuevos hábitos son parte de las circunstancias cambiantes de ésta etapa, dejan de estar regulados externamente por la familia y se adaptan, por lo general, a las exigencias del grupo de pares.⁽¹⁵⁾

La adolescencia es un período del desarrollo humano que se edifica sobre las experiencias de desarrollo de la niñez y juega a fuertes bases para la adultez. Él o la adolescente enfrenta un proceso del desarrollo en diferentes esferas de su vida: cambios físicos y fisiológicos, transformaciones psicológicas y modificaciones de orden social. Este proceso que avanza conforme, el complemento permite hablar de la adolescencia como el tiempo del descubrimiento del mundo interior; el reconocimiento del mundo de vida, del espacio social y de su quehacer en la acción social. En definitiva, cambios que se hacen evidentes en direcciones de transición que varían en función de las influencias de carácter socio histórico.⁽²⁰⁾

La adolescencia al ser un periodo de aprendizaje se prolonga, ya que la indudable importancia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos.⁽¹⁷⁾

2.2.2. Etapas de desarrollo de la Adolescencia.

La Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente-LOPNA señala que al igual que el desarrollo físico y mental, la sexualidad se forma gradualmente y necesita pasar por una serie de etapas antes de completarse. Los cambios que se producen en la sexualidad pueden enmarcarse dentro de las etapas de la adolescencia y la pubertad, ya que las transformaciones físicas y mentales condicionan sobremanera el desarrollo de la sexualidad y de la identidad sexual.⁽²¹⁾

2.2.2.1. Adolescencia temprana (10-14 años).

Se inicia con la aparición del vello púbico y la menarquía o primera regla en la mujer y los sueños húmedos en el hombre, como expresión del comienzo de la maduración sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se caracteriza por comportamientos de extrema curiosidad por su cuerpo, fantasías sexuales, exploración del cuerpo, coquetería, amores platónicos. Básicamente están muy preocupados por sus cambios corporales y tiene gran incertidumbre por su apariencia física.⁽²¹⁾

2.2.2.2. Adolescencia media (15-17 años).

En esta etapa se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadores de riesgo; esto porque tienen un pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance: esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Están muy preocupados por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y están fascinados con la moda. Existen intereses también por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía; ya que en esta etapa aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera al incremento de la pelvis.⁽²¹⁾

Mejía señala que las relaciones sociales fuera del entorno familiar, especialmente con amigos, empiezan a tener preponderancia, por lo que el adolescente contrapone los valores y la educación sexual recibida de sus padres con la de sus amigos (en muchas ocasiones llenas de mitos derivados de la poca o nula experiencia sexual), lo que puede acarrear riesgos, si a esto se suma que el adolescente aún no ha desarrollado del todo el pensamiento abstracto y en algunas ocasiones le cuesta pensar en las consecuencias de sus actos. Además, al no haber desarrollado por completo el pensamiento adulto, el adolescente utiliza los sentidos para expresar sus emociones.⁽²²⁾

2.2.2.3. Adolescencia tardía (18-19 años).

Se caracteriza por la completa maduración física y el alcance de la mayoría de edad en el aspecto legal. Logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más estable, alcance de la identidad sexual y personal. ⁽²¹⁾

El deseo ya no sólo responde a un estímulo o pulsión sexual, sino que el adolescente, ya adulto, comienza a buscar otros valores en sus relaciones sociales, como la confianza o la reciprocidad. ⁽²²⁾

2.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

a. Características biológicas

La adolescencia es el tránsito entre la niñez y la edad adulta ocurre en lapsos variables y su duración depende de las circunstancias específicas del individuo como:

La intensidad del crecimiento lineal, función hormonal, cambios en las emociones y sentimientos. Los cambios físicos marcan el comienzo de la adolescencia y los cambios intelectuales que permiten a los adolescentes pensar abstractamente. Además los cambios fisiológicos que incluyen la maduración total del cuerpo y sus funciones. Tendencia hacia la disminución de la actividad física o hacia la intensificación de la misma. ⁽²³⁾

b. Características Psicológicas

Pérez y Marván ⁽²³⁾ mencionan que la característica psicológica es una crisis por la transición, la duración e intensidad siendo variables de acuerdo con la persona la cultura y su entorno social; también puede haber conflictos intelectuales, morales por descubrimientos y enfrentamiento de incoherencias entre teorías y realidades. Así como aceptación o rechazo de la imagen corporal y los hábitos que se tiene pueden ocasionar aceptación o rechazo de sus compañeros.

c. Características sociales

Las características sociales representan la necesidad de pertenencia, de identidad

personal y de identidad con el grupo. Establecer reglas propias, parámetros de valoración y juicio de sistemas sociales de actitudes y de compartimiento de los demás; establecimiento roles sociales y círculos sociales, propios del sexo así como la definición final de los comportamientos y actitudes varoniles o femeninas.

(24)

2.2.4. CONDUCTAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE

Las conductas de riesgo agrupan aquellas "actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura". De acuerdo este autor afirma que las conductas de riesgo de anorexia nerviosa de los adolescentes son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia. Llega a la conclusión que las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma. ⁽²⁵⁾

Las impresiones del mundo de acuerdo con sus características personales y las del medio que las rodea los adolescentes van organizando. Si el crecimiento y desarrollo tienen lugar en medio de privaciones, pobreza, y violencia, si no reciben cuidados ni afecto, el desarrollo psicoactivo se estanca o se altera. La integridad de la salud física, mental y social resultara de la interacción de las defensas del individuo y la agresividad de los agentes o circunstancias que lo rodean: familia y escuela. La salud del adolescente es el resultado de desarrollo de las etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. A su vez, su salud física, mental y social influirá en etapas posteriores y futuras. Los factores de conductas de riesgo pueden o no desencadenar o asociarse a un determinado suceso indeseado. En general, existe una asociación de factores que ejercen efectos multiplicadores que interactúan y desencadenan la enfermedad. ⁽²⁶⁾

Las conductas de riesgo de las mujeres están más relacionadas con:

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Problemas relacionados con la inactividad física.
- Riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.
- Embarazo y aborto.
- Intentos de suicidio.

2.2.5. ANOREXIA NERVIOSA

La palabra anorexia viene del griego clásico orexia, “falta de apetito”, y del latín nervus, “nervioso”. Según su definición, se trata de un trastorno de inapetencia de origen nervioso, lo que no es exacto, puesto que el enfermo de anorexia sí tiene hambre, lo que le ocurre es que su percepción desfigurada y su pánico por la comida lo lleva a no alimentarse. ⁽²⁾

La anorexia nerviosa es un trastorno en el que existe una incapacidad voluntaria severa y prolongada para comer, con una desmesurada pérdida de peso marcada en esta la etapa de la adolescencia. ⁽²⁾

La anorexia nerviosa se caracteriza por: ⁽⁴⁾

- Adelgazamiento extremo (emaciación).
- Incesante búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable. Miedo intenso a subir de peso.
- Imagen corporal distorsionada, autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal.
- Falta de menstruación en niñas y mujeres.
- Alimentación extremadamente restringida. ⁽⁴⁾

FISIOPATOLOGÍA

La anorexia nerviosa afecta varios ejes hormonales y las manifestaciones clínicas que tiene dependen fundamentalmente de la edad en que se presenta. El eje que con mayor frecuencia se compromete es **el eje hipotálamo-hipófisis-gónada**: En la

anorexia nerviosa, se encuentra un hipogonadismo hipogonadotrófico. Esto significa que desde la hipófisis no se están enviando las órdenes adecuadas para el funcionamiento de los ovarios y el ciclo menstrual.

Alteraciones en el eje de la hormona del crecimiento

Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides: En los cuadros de anorexia, para reducir el metabolismo basal, se forma mayor cantidad de T3 reversa que en condiciones normales, lo que se traduce en un nivel más bajo de T3 en los exámenes. En condiciones habituales, cuando se encuentra T3 bajo, la TSH debería incrementarse, porque quiere decir que existe poca hormona tiroidea funcional.

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: La glándula suprarrenal reacciona frente a esta situación de anorexia nerviosa, enfrentándola como una situación de estrés. Generalmente, lo que se encuentra es un hipercortisolismo, que se manifiesta como un aumento de los niveles basales y del ritmo del cortisol y de los niveles de cortisol libre urinario. Del mismo modo la intervención de un médico ginecólogo es necesaria ya que la mujer al completar el crecimiento alrededor de los 16-18 años tiene un 26 al 28 % de su peso corporal como depósito adiposo. Cuando este porcentaje se halla por debajo del esperable, el organismo reacciona. En consecuencia, se sustrae el ciclo menstrual. La amenorrea es un recurso del organismo para protegerse de la pérdida de hierro y de la consiguiente anemia, e infertilidad.⁽³⁰⁾

Signos y Síntomas

Existen determinados signos y síntomas que hacen sospechar que una persona puede estar padeciendo anorexia nerviosa, estos signos son:⁽²⁸⁾

Síntomas principales de la anorexia nerviosa:

- Profundo deseo de adelgazar.
- Percepción errónea de la imagen corporal (la persona tiende a percibirse gorda)
- Sólo en períodos más avanzados de la enfermedad se pierde el apetito.

- Rechazo a la comida.
- Dieta y ejercicios excesivos.
- Ausencia de períodos menstruales.
- Preocupación obsesiva por el tipo de alimentos.
- Disminución significativa de peso o falta de aumento de peso durante el período de crecimiento (el peso corporal se encuentra, al menos, un 15% por debajo del peso normal para esa persona).
- Resistencia a mantener un peso corporal mínimo estipulado para su talla, sexo y edad.
- Intenso placer ante la idea de estar delgado.

Síntomas físicos de la anorexia nerviosa.

- Pérdida notable de peso
- Fatiga
- Piel seca y descamada
- Pelo quebradizo y lanugo (cabellos finos)
- Vértigo y dolor de cabeza
- Deshidratación
- Amenorrea (pérdida de la menstruación)
- Hipotermia (pies y manos frías)
- Osteoporosis, arritmias, bradicardia
- Insomnio
- Infertilidad

CRITERIOS CLÍNICOS

A) Baja ingesta de calorías en relación con los requerimientos energéticos que lleva a una pérdida significativa de peso tomando en cuenta edad, sexo y etapa del desarrollo del individuo.

B) conducta persistente para evitar la ganancia de peso

C) percepción distorsionada de la figura y el peso corporal

Subtipos

- Restrictiva: pérdida de peso a través de una dieta estricta, ayuno o ejercicio excesivo durante los últimos 3 meses.
- Purgativa inducida por vomito uso de laxantes, diuréticos y enema durante los últimos 3 meses.

REMISIÓN

- PARCIAL: antes cumplía con los 3 criterios clínicos y en la actualidad cumple solo con 1 o 2 criterios.
- Completa: no cumple con ningún criterio clínico después de haber presentado los 3

SEVERIDAD

Existen 4 niveles de AN según el IMC

- Leve - 17 kg/m^2
- Moderada $16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave $15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extrema $< 15 \text{ kg/m}^2$

2.2.7. ANOREXIA NERVIOSA EN MUJERES

La anorexia nerviosa es un trastorno psicológico que se caracteriza por la realización de ayunos deliberados con la finalidad de perder peso debido a un intenso temor a convertirse en obeso. La bulimia nerviosa consiste en un patrón de alimentación anómalo, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas.⁽³¹⁾

La anorexia nerviosa en las mujeres, interactúan causalmente como los factores Biológicos (desórdenes hormonales, etc.), psicológicos (rasgos de personalidad), familiares, sociales y culturales (modelo de delgadez). Las mujeres con trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa presentan características psicológicas comunes, tales como dificultad. Para identificar y expresar emociones, estados afectivos, sensaciones. Algunas veces, esta confusión de las sensaciones internas se

extiende al hambre y a la sociedad. No es infrecuente que necesiten de indicaciones alimentarias externas, pues les resulta imposible discernir si, realmente, desean más comida. Además son personas que dudan acerca de su valor y, por lo tanto, están más necesitadas de aprobación externa. Esta necesidad refuerza su inclinación a someterse a los dictados de la moda con respecto a su aspecto corporal.⁽³¹⁾

2.2.8. CONDUCTA RIESGOSA DE ANOREXIA NERVIOSA

Existen múltiples recursos personales, familiares y sociales que favorecen el desarrollo del proceso adolescente y que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo.⁽²⁶⁾

Entre los factores personales destacan la baja autoestima, el alto nivel de auto exigencia y de perfeccionismo, miedo a madurar, a crecer. La anorexia, por ejemplo, tiene mayor incidencia y provoca serias alteraciones emocionales y restricciones alimentarias muy severas para perder peso. Entre los factores familiares también debemos mencionar los posibles conflictos, la incomunicación, la autoexigencia sobre el cuerpo y el sobrepeso de la madre. Entre los factores sociales y culturales debemos destacar los modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, la influencia de la publicidad y de la moda. Otros factores influyen en la precipitación de esta enfermedad, como por ejemplo la práctica de dietas para adelgazar, problemas personales relacionados con el estrés y también otras patologías psiquiátricas asociadas⁽²⁾

Los factores que ayudan en el desarrollo del individuo a aumentar la resistencia al riesgo se denomina factores protectores como son la autoestima y el poder de iniciativa puede jugar un rol importante para disminuir o incrementar los riesgos.⁽²⁶⁾

La anorexia nerviosa tiene varias conductas de riesgo que al realizarlas predisponen a padecerla o la descaderan directamente.

Entre las conductas de riesgo tenemos:

- Conductas de riesgo Alimentario.
- Conductas de riesgo Psicoemocional.

- Conductas de riesgo Sociocultural.
- Conductas de riesgo Familiar.

2.2.8.1. CONDUCTAS DE RIESGO ALIMENTARIO

Las conductas de riesgo alimentario es un miedo patológico a engordar, la persona se coloca en una situación crítica, inmersas en un círculo infernal sometidas en una gran tensión para mantener el autocontrol, con gran ansiedad sobre todo lo referente a su alimentación o peso y con pérdidas ponderales desde el 25% a 50% del peso inicial que conlleva las disminución de tejido adiposo y muscular y marcados signos de desnutrición. ⁽²⁶⁾

El apoyo durante la alimentación normal contempla que los grupos de alimentos no son negociables, la presencia de algún miembro del equipo durante la ingesta y un tiempo concreto para la realización de las comidas. El miembro del equipo que supervisa la comida anima a su correcta realización en ese tiempo y procura introducir elementos de distracción, evitando hablar de calorías, dietas, comentarios sobre la comida etc. La supervisión tiende a prolongarse un tiempo (por ejemplo, una hora) una vez finalizada la ingesta. ⁽³²⁾

El ayuno constituye un eje básico de la anorexia nerviosa, las comidas no solo se reducen cuantitativa y cualitativamente, sino que hacen peculiares comportamientos como contar calorías, mirarse en el espejo a cada momento, pesarse constantemente. Normalmente inician con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechazan las grasas y las proteínas e incluso los líquidos llevándolas a una deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se les puede sumar conductas como la utilización vómitos provocados o exceso de ejercicio. ⁽²⁶⁾

En efecto, conductas como el hecho de aislarse y optar por relacionarse con los alimentos, de perder peso y alterar su sistema de defensas se adoptan en estos trastornos como una forma de autoagresión para agredir simbólicamente al creador (la madre) y defenderse de su falta de cuidado. ⁽³³⁾

Estos trastornos son mucho más comunes en el sexo femenino por varias razones. Tal como lo explica Diana Gómez, psiquiatra y psicoanalista especialista en trastornos de conducta alimentaria, esto se debe a que en ellas la delgadez y la forma del cuerpo es lo que alimenta su ego, de ahí que tengan más predisposición a obsesionarse por la figura. ⁽³³⁾

Los adolescentes que tienen hábitos alimentarios saludables, realizan las comidas en familia, y que no se les permite saltarse ninguna comida (desayunar correctamente desde niños es uno de los factores protectores) y tienen unos modelos “sanos” con horarios estables de la comida tradicional que es el desayuno, almuerzo y cena, además de que posee conocimientos sobre alimentación, tienen menos posibilidades de padecer el trastorno. ⁽³⁴⁾

Entre las conductas de riesgo alimentario tenemos:

- Consumir productos bajos en calorías: consumir alimentos con pocas calorías para bajar de peso.
- Seguir dietas restrictivas: contar frecuentemente las calorías que consume, evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (por ejemplo, chocolates, dulces entre otros).
- Saltarse las comidas: dejar de desayunar o almorzar para bajar de peso.
- Reducir la cantidad de comida: consumir poca comida con la intención de bajar de peso.
- Sentimientos de culpa por haber comido: sentirse culpable después de comer.

2.2.8.2. CONDUCTA DE RIESGO PSICOEMOCIONAL

El ciclo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad y la inestabilidad emocional que aparece en esta etapa de vida, así de ser un persona independiente y separarse de los padres, todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida, en esto el adolescente refleja que existe un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad,

que hace vivir al sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación. ⁽²⁶⁾

Las personas con conducta nerviosa suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Las personas con este trastorno tienen miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas y ser la burla de su entorno que los rodea; este miedo generalmente no desaparece aun que el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque; el peso vaya disminuyendo. ⁽²⁶⁾

El comienzo de la enfermedad pueden coincidir con el inicio de una dieta adelgazante; con los cambios rápidos del cuerpo, con un incremento rápido de peso y los consiguientes comentarios críticos de las personas del entorno; algunos cambios importantes en la vida; como cambios de casa, escuela o con enfermedad importante o muerte de un miembro de la familia, la separación o conflicto con la pareja o la separación de los padres. ⁽²⁶⁾

Aquellos a los que se ha inculcado una autoestima fuerte basado en sus rasgos de personalidad y en sus valores, acusaran el impacto del cambio corporal, pero la seguridad en sí mismos estará basada en algo más que su aspecto externo, siendo más resistente a la influencia de la publicidad y los medios de comunicación. ⁽³⁵⁾

Entre las conductas de riesgo psicoemocionales tenemos:

- Preocuparse de forma excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura, sentir miedo a engordar, pensar que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.
- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazar.
- Pasar mucho tiempo mirándose al espejo.
- Cambios de carácter (irritabilidad, ira); dicen que soy insoportable.
- Inseguridad emocional; vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.

- Aislamiento social y olvidar las amistades.
- El no aceptarse, verse gorda a pesar que los demás digan lo contrario.
- Baja autoestima, inseguridad respecto a si mismos.

2.2.8.3. CONDUCTA DE RIESGO SOCIOCULTURAL

Entre los factores sociales y culturales debemos destacar los modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, la influencia de la publicidad y de la moda. Otros factores influyen en la precipitación de esta enfermedad, como por ejemplo la práctica de dietas para adelgazar, problemas personales relacionados con el estrés y también otras patologías psiquiátricas asociadas. ⁽²⁾

Las influencias socioculturales van encaminadas a reproducir el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, control de sí mismo, libertad y éxito social. Este mensaje aflora continuamente. Al día recibimos centenares de inputs relacionados con él. La publicidad, que nos llega a través de las revistas, televisión, internet, anuncios en la calle, radio, cine, las pasarelas de moda, las tiendas, sea cual sea el producto que se venda. Por otro lado, estamos en una generación en que los padres y madres, incluso abuelos actuales, ya fueron niños, niñas, adolescentes que pasaron por la experiencia de ser impregnados por el estereotipo de la delgadez y, sin darse cuenta, lo transmiten a las generaciones que siguen. Debido a esto, los niños interiorizan ese modelo corporal, mientras siguen contactando con agentes sociales que remachan continuamente la insatisfacción corporal. ⁽²⁾

El tener problemas con la imagen corporal se da una proporción mucho mayor en las mujeres y en aquellas sociedades que enfatizan la preocupación por la figura y la delgadez como criterio de belleza. Según este modelo, debemos ser mujeres jóvenes, atractivas, seductoras, altas, delgadas, interesantes. ⁽³⁶⁾

La moda que se nos impone a través de los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, estar en forma, virtud y

búsqueda de perfección, higiene, juventud y facilidad para conquistar. Así la delgadez se ha convertido en un fin en sí mismo.⁽³⁶⁾

Son muchos los factores que intervienen:

Los medios de comunicación social hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de mujeres y hombres a través del cine y de la televisión, fotografías en revistas, miles de artículos y reportajes sobre métodos y dietas de adelgazamiento, publicidad de cada cuatro anuncios dirigidos a mujeres uno invita directa o indirectamente a perder peso o a hacer socialmente o famosos top modelos, actrices, deportistas, aristócratas que nos cuentan sus secretos para mantenerse delgadas.⁽³⁶⁾

La moda se presenta por modelos de dimensiones corporales reducidos, casi esqueléticas; además influye la dificultad de encontrar tallas más grandes de la ropa que nos gusta. Es el cuerpo el que debe adaptarse a la moda. La difusión del estar en forma como sinónimo de delgadez, juventud etc. Asociado con frecuencia a la práctica de ejercicio físico más o menos compulsivo y a dietas restrictivas. El ejercicio no lo hacemos para disfrutar del movimiento y/o de las sensaciones, a veces, ocurre todo lo contrario y se convierte en un sufrimiento más en la "lucha" por conseguir el cuerpo ideal.⁽³⁶⁾

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. Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad⁽³⁷⁾

Entre las conductas de riesgo sociocultural tenemos:

- Ideales de adelgazar como la presión continua y creciente por la delgadez, el culto a la imagen y falta de comidas familiares, debido al ritmo de vida actual, "preferir los programas de televisión donde

aparezcan modelos, modas entre otros”.

- A todo esto se une la publicidad en el que imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas de moda, reportajes y anuncios, nos muestran una multitud de factores a favor de la pérdida de peso, prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios.
- Ciertas profesiones y deportes favorecen la aparición de estos trastornos: modelos, gimnastas. Son grupos de riesgo, ya que, tiene un gran control sobre su peso. Tener como imagen ideal aun modelo ideal de belleza. ⁽³⁷⁾

2.2.8.4. CONDUCTA DE RIESGO FAMILIAR

Las relaciones familiares afectivas entre padres e hijos juegan un papel muy importante en el desarrollo de conductas problemáticas en los adolescentes. A este respecto, algunas investigaciones destacan el vínculo existente entre las conductas problemáticas del adolescente y la pertenencia a familias en las que predomina un ambiente tenso y conflictivo o una pobre comunicación. Las interacciones de los jóvenes con sus padres son importantes por dos motivos fundamentales: la ausencia de una relación adecuada entre ellos incrementa su vinculación a los amigos en busca del apoyo y afecto que no encuentran en casa; además, esa insatisfacción familiar influye sobre la elección que el hijo hará de sus amigos y es altamente probable que se una a personas con problemáticas semejantes. ⁽³⁸⁾

Preocupación excesiva de los padres por la figura y por estos temas de estética lo cual lo transmiten a los hijos repitiendo estos comportamientos posteriormente, las dietas bajas en calorías y la imagen. Sobreprotección hacia los hijos hace que aumente las dificultades en estos para resolver sus propios problemas o tomar decisiones por si solos, por lo que cuando llega a la etapa adolescente, esto les hace tener una mayor vulnerabilidad. ⁽³⁷⁾

Distanciamiento entre padres e hijos. El distanciamiento repercute negativamente en ellos ya que va haber una falta de comunicación, afecto y seguridad. Cuando no se facilita la expresión de los sentimientos sobre todo los negativos esto favorece a

que los hijos lo expresen de maneras menos sanas e indirectas, como a través de las comidas. A veces suele pasar que no se establecen normas y límites adecuados para la edad de los hijos, o bien que no les permiten la autonomía necesaria para poder madurar⁽³⁷⁾

La comunicación es una de las dimensiones fundamentales de cualquier sistema, y es especialmente relevante para el sistema familiar por la proximidad y larga interacción del proceso, así como por su impacto en el desarrollo de sus miembros. La funcionalidad de la familia depende en gran medida de los patrones de comunicación que se establecen entre sus miembros, y también son reflejos de factores internos: de pensamientos, de actitudes y de intenciones. Mejorar la comunicación es en parte encontrar vías más adecuadas para expresar nuestro yo no observable. Los problemas en la comunicación, en especial escasa o nula comunicación en el binomio de padres-hijos o en su defecto comunicación distorsionada o muy disfuncional, conflictos familiares, pobre estilo de disciplina, rechazo parental, falta de supervisión de adultos, sobreprotección, ineficacia de los padres frente al comportamiento de sus hijos, son factores que contribuyen a crear un clima de riesgo.⁽³⁸⁾

La familia es el núcleo de la sociedad además es considerada muy importante en la aparición en la conducta riesgosa de anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos⁽²⁶⁾

Estos son algunas de las características de las familias:

- Preocupación excesiva de la madre o padre por el peso y las dietas.
- Conflictos familiares.
- Modelo de dinámica familiar (clima tenso, agresivo, sobreprotección y poca comunicación),” mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida”
- El que los padres tomen decisiones por los hijos.
- Conflictos familiares: existen problemas en mi hogar.

2.2.9. CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA DE RIESGO

La categorización de la conducta riesgos y sus respectivas dimensión como son alimentaria, psicoemocional, sociocultural, familiar, fue realizada a través de la escala de stanones, esta escala es el que categoriza a la variable en 3 dimensiones como pueden ser bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo de conductas de anorexia nerviosa con sus intervalos y puntajes respectivos que encontraremos más detallado en el anexo de esta investigación. ⁽⁹⁾

Bajo riesgo:

Son conductas que no exponen a desviaciones de la salud, las adolescentes piensan que su salud esta primero y cuentan con aparente buena salud bio-psico-social (hay ausencia total de riesgo). Consumen sus alimentos tres o más veces al día, que piensan que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico, de igual manera también aceptan todos los alimentos que me ofrecen, y por ultimo estas adolescentes consideran innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso. ⁽⁹⁾

Mediano Riesgo:

Son conductas que exponen a desviaciones en la salud, donde las adolescentes consumen alimentos con pocas calorías para bajar de peso, cuentan frecuentemente las calorías que consumen, tienen como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación, evitan asistir a reuniones por no comer, además de ello las adolescentes tienen miedo a engordar, la mayoría de estas adolescentes se sienten culpable después de comer, y por ultimo dejan de desayunar o almorzar para bajar de peso. ⁽⁹⁾

Alto riesgo:

Son conductas conducentes a afectar la salud por la anorexia nerviosa; donde las adolescentes quieren ser delgada como las modelos de televisión, prefieren los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, el pensar que las personas delgadas tienen más éxito en la vida, piensan que se ven gorda a pesar que los demás dicen lo contrario, una gran parte de adolescentes que están en esta categoría de alto riesgo hacen ejercicios excesivamente para bajar de peso, pasan mucho tiempo mirándose al espejo, estas adolescentes en la parte emocional

piensan que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien y atribuyen características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa. Esta categoría es extrema ya que estas adolescentes generalmente piensan que los alimentos tienen poca importancia en su vida, viven momentos críticos y difíciles en mi vida, discuten con sus padres por la alimentación en la hora del desayuno y almuerzo ya que no consumen las calorías necesarias para su edad. ⁽⁹⁾

2.2. Marco conceptual

Adolescencia: Proviene de la voz latina "adolescere" que significa crecer, avanzar hacia la madurez, esto implica un crecimiento tanto físico como el desarrollo cognoscitivo, psicológico, emocional y social.

Anorexia nerviosa: Es un trastorno mental y del comportamiento, caracterizado por el rechazo voluntario de los alimentos, miedo intenso a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada.

Conducta de anorexia nerviosa: La anorexia nerviosa es una enfermedad psicosomática caracterizada por una alteración de la imagen corporal y un trastorno de la conducta alimentaria.

Riesgo alimentaria: Las conductas de riesgo alimentario es un miedo patológico a engordar, la persona se coloca en una situación crítica, inmersas en un círculo infernal sometidas en una gran tensión para mantener el autocontrol, con gran ansiedad sobre todo lo referente a su alimentación o peso y con pérdidas ponderales desde el 25% a 50% del peso inicial que conlleva las disminución de tejido adiposo y muscular y marcados signos de desnutrición.

Riesgo psicoemocional: Aquellos a los que se ha inculcado una autoestima fuerte basado en sus rasgos de personalidad y en sus valores, acusarán el impacto del cambio corporal, pero la seguridad en sí mismos estará basada en algo más que su aspecto externo, siendo más resistente a la influencia de la publicidad y los medios de comunicación.

Riesgo sociocultural: Los factores sociales y culturales debemos destacar los modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, la influencia de la publicidad y de la moda. Otros factores influyen en la precipitación de esta enfermedad, como por ejemplo la práctica de dietas para adelgazar, problemas personales relacionados con el estrés y también otras patologías psiquiátricas asociadas.

Riesgo familiar: Preocupación excesiva de los padres por la figura y por estos temas de estética lo cual lo transmiten a los hijos repitiendo estos comportamientos posteriormente, las dietas bajas en calorías y la imagen. Sobreprotección hacia los hijos hace que aumente las dificultades en estos para resolver sus propios problemas o tomar decisiones por sí solos, por lo que cuando llega a la etapa adolescente, esto les hace tener una mayor vulnerabilidad.

2.3. Hipótesis de la investigación

Las adolescentes de la Institución educativa San Francisco de Borjas; presentan conductas riesgosas de anorexia nerviosa, unas más que otras respecto a sus dimensiones.

III.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, transversal ⁽³⁹⁾

Descriptivo porque permitió describir la variable conductas riesgosas para anorexia nerviosa, y es transversal debido a que se estudia la variable en un solo momento, en un tiempo determinado ⁽⁴⁰⁾

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño que corresponde al presente estudio es simple y estuvo representada con el siguiente diagrama. ⁽⁴⁰⁾

M-----O

Dónde:

M = Tamaño de muestra de adolescentes, de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borjas Juliaca - 2016.

O = Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borjas Juliaca - 2016.

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por los 145 adolescentes mujeres de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja, entre 14 a 17 años de la ciudad de Juliaca, matriculados en el año 2016 y que comprende al 4to y 5to año de secundaria.

3.2.2. Muestra

La muestra utilizada fue la no probabilística por conveniencia y estuvo conformado por 100 adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja que cursan regularmente y cuyas edades oscilan entre 14 y 17 años de edad, y que conformo el grupo de estudio. ⁽³⁸⁾

El tamaño muestral es el resultado de la selección de participantes según criterios de inclusión y exclusión que a continuación se detallan.

3.2.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de Inclusión

- Adolescentes matriculados durante el año académico 2016, que cursan el 4to y 5to que asistan en forma regular a la institución educativa.
- Adolescentes del sexo femenino.
- Adolescente que acepten participar del estudio a través del consentimiento informado y autorización de sus padres de familia.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no pertenecen al 4to y 5to grado de secundaria de la institución educativa San Francisco de Borjas.
- Adolescentes del sexo masculino.
- Adolescentes que no asistan el día de la encuesta.

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.3.1. Técnica: La técnica que se utilizó en esta investigación es la encuesta, que permitió obtener información sobre conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes, los datos se recolectó en el mes de setiembre, con previa autorización del director del plantel y consentimiento informado de los adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borjas Juliaca. ⁽⁴¹⁾

3.3.2. Instrumento: Se utilizó el cuestionario de la investigadora Diana Carolina Rivera chamorro de su estudio titulado, Conocimientos y conductas riesgosas de

anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas, consta de 35 preguntas dividió en 4 dimensiones las cuales son: alimentaria con 8 preguntas, psicoemocional 16, sociocultural con 5 y familiar con 6 preguntas, el instrumento tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.8 y está basada en la escala de Likert⁽⁴¹⁾

De los 35 ítems, 24 son afirmaciones directas y 11 indirectas. Los puntajes asignados para las afirmaciones según las alternativas propuestas; está establecido por el tipo de afirmación.

- **Afirmaciones directas:**

1,2,4,5,7,8,9,11,12,13,14,16,17,18,19,21,23,24,25,28,29,31,32,34, para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación según las alternativas propuestas.

- Nunca = 0 puntos
- Algunas veces = 1 punto
- Muchas veces = 2 puntos

- **Afirmaciones indirectas:**

3,6,10,15,20,22,26,27,30,33 y 35, para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación según las opciones propuestas.

- Nunca = 2 puntos
- Algunas veces = 1 punto
- Muchas veces = 0 punto

3.3.2.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Validez : El instrumento tiene validez externa, por haber sido propuesto y aplicado por Diana Carolina Rivera Chamorro, en su estudio titulado Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas, en el que además refiere que para su validez se sometió a juicio de expertos conformado por 3 enfermeras, 2 profesores del nivel secundario, 1 nutricionista y 1 psicólogo, posteriormente se realizó el grado de concordancia entre los jueces según la Prueba Binomial, obteniéndose un

grado de concordancia significativo, se aplicó una prueba piloto con 661 estudiantes sobre conductas riesgosas de anorexia nerviosa ⁽⁹⁾

Además de ello se realizó una revalidación del instrumento para nuestra realidad con una prueba piloto con 30 adolescentes de la misma institución educativa la cual se obtuvo un alfa de cronbach de 0.83.

Confiabilidad: Esta dado por el alfa de Cronbach de 0.8; y por qué fue aplicado en comas – Lima, el año 2007, por la investigadora Diana Carolina Rivera Chamorro.

3.3.2.2. ESCALA DE CALIFICACIÓN

Los resultados del instrumento esta categorizados de la siguiente forma, como se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro de dimensiones y de ítems de la conducta de anorexia nerviosa.

DIMENSIÓN	ITEMS	Nº ITEMS	PUNTAJE
Alimentaria	2,5,7,12,20,26,27,28	8	0 a 16
Psicoemocional	3,6,11,15,16,17,18,19,22,24,25, 29,30,31,32,33.	16	0 a 32
Sociocultural	1,4,8,9,13	5	0 a 10
Familiar	10,14,21,23, 34,35	6	0 a 12

Puntajes totales por dimensiones de la conducta de anorexia nerviosa

Categoría	Puntaje de conducta de riesgo Alimentaria	Puntaje de conducta de riesgo Psicoemocional	Puntaje de conducta de riesgo Sociocultural	Puntaje de conducta de riesgo familiar	Puntaje total
Bajo riesgo	0 - 3	0-8	0 - 1	0 - 3	0 - 17
Mediano Riesgo	4 - 7	9 - 14	2 - 4	4 - 6	18 - 29
Alto riesgo	8 - 16	15 - 32	5 - 10	7 - 12	30 - 70

La categorización de la conducta nerviosa se da a través intervalos esto quiere decir que para la conducta de anorexia nerviosa las adolescentes que obtuvieron puntaje entre 0 y 17 puntos estarían en bajo riesgo, de igual manera las adolescentes que obtuvieron puntaje entre 18 a 19 puntos estarían en mediano riesgo, finalmente las adolescentes que alcanzaron puntajes entre 30 y 70 estarían predispuesta a tener alto riesgo de conducta nerviosa.

3.4. Procesamientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

a. Período de coordinación:

- Se solicitó la autorización por escrito al director de la institución educativa secundaria san francisco de Borjas, para la ejecución de la investigación.
- Posteriormente se efectuó las coordinaciones con los directores y docentes de la Institución Educativa; para poner en conocimiento los objetivos de la investigación, al mismo tiempo concertar las fechas de iniciar la recolección de datos.

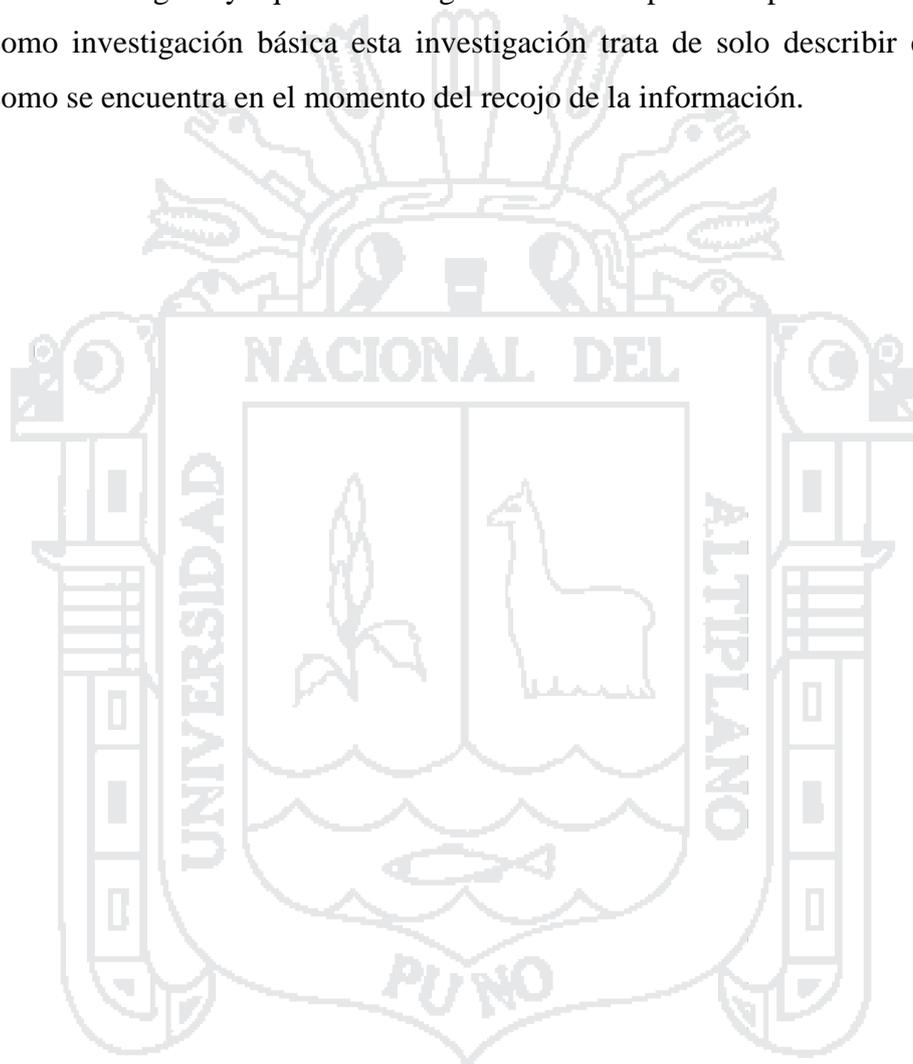
- Se realizó cronograma para la recolección de datos, con el encargado de la oficina y auxiliares de la institución educativa.

d. Periodo de ejecución:

- Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al director de las instituciones educativas a fin de obtener la autorización.
- La recolección de datos se realizó sección por sección, según cronograma establecido.
- La encuesta de conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, es auto administrada por cada adolescente, con una previa indicación sobre la forma de llenado.
- La aplicación tuvo una duración a aproximada de 30 minutos por cada aula recolectando, teniendo un total de 9 aulas.
- La investigadora permaneció en el aula junto a los adolescentes para las dudas que se presenten durante el transcurso.
- Antes de recoger los instrumentos, se verifico el llenado completo.
- Luego se agradecerá a los adolescentes por el tiempo brindado.
- Una vez terminada la recolección de datos, la información será sistematizado.
- Finalmente los resultados se ostentara en base a la estadística descriptiva porcentual, cuadros estadísticos y/o en gráficos para su análisis e interpretación respectiva.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados en el programa SPSS 23, luego de ahí se mostraran en tablas de frecuencia y gráficos, después de esto se analizaran los datos de las tablas de frecuencia, en este tipo de investigación descriptiva no se utilizará prueba estadística alguna ya que la investigación es descriptiva simple o también conocida como investigación básica esta investigación trata de solo describir el hecho tal como se encuentra en el momento del recojo de la información.



IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Objetivo General

CUADRO 1

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca.

CATEGORÍA DE CONDUCTA RIESGOSA	N°	%
Conducta de bajo riesgo	28	28%
Conducta de mediano riesgo	55	55%
Conducta de alto riesgo	17	17%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca 2016.

Respecto a las conductas riesgosas a la anorexia nerviosa, se observa que 28% presentan conductas de bajo riesgo, 55% conductas de mediano riesgo, y 17% tienen conductas de alto riesgo.

Objetivo Específico 1**CUADRO 2**

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca.

Categoría	Alimentaria	
	Nº	%
Conducta de bajo riesgo	35	35%
Conducta de mediano riesgo	53	53%
Conducta de alto riesgo	12	12%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca 2016.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión alimentaria un 35% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 53% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 12% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

Objetivo Específico 2**CUADRO 3**

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca.

Categoría	Psicoemocional	
	Nº	%
Conducta de bajo riesgo	32	32%
Conducta de mediano riesgo	53	53%
Conducta de alto riesgo	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja, Juliaca 2016.

En cuanto a la dimensión psicoemocional tal como se evidencia en el cuadro podemos afirmar que un 32% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 53% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 15% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

Objetivo Específico 3**CUADRO 4**

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca.

Categoría	Sociocultural	
	Nº	%
Conducta de bajo riesgo	26	26%
Conducta de mediano riesgo	53	53%
Conducta de alto riesgo	21	21%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja, Juliaca 2016.

De acuerdo a la conducta riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural se muestra en el cuadro que el 26 % de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 53% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 21% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

Objetivo Específico 4**CUADRO 5**

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca.

Categoría	Familiar	
	N°	%
Conducta de bajo riesgo	27	27%
Conducta de mediano riesgo	57	57%
Conducta de alto riesgo	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja, Juliaca 2016.

Con respecto a la dimensión sociocultural se muestra en el cuadro que el 27% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 57% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 16% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

4.2. Discusión

Los resultados del presente estudio, revelan que la mayoría de adolescentes tienen conductas de riesgo de anorexia nerviosa en niveles medio y alto; al comparar con los encontrados en el estudio de Rivera⁽⁹⁾; tienen cierta similitud, dado que en este, el 77.6% de adolescentes tienen también conductas de alto y mediano riesgo, pese a ser ámbitos diferentes, por lo expuesto se podría deducir que las conductas riesgosas de anorexia nerviosa es un problema extendió a toda la sociedad y que afectan a todos los adolescentes. (Ver anexo: 5)

Respecto a las dimensiones de las conductas de riesgo, los adolescentes presentan conductas de mediano y alto riesgo, tanto a nivel de las familiares, alimentarias, psicoemocionales y socioculturales; los cuales podrían deberse a la misma etapa de desarrollo por la que están atravesando, pues queriendo acercarse a un modelo de belleza, influenciados por los modelos sociales del momento, sobreprotección de los padre, problemas en el hogar; miedos, inseguridades de sí mismas, implican para las adolescentes un profunda crisis que repercuten negativamente en su calidad de vida, a realizar conductas de riesgo que a la larga pueden desencadenar en la anorexia nerviosa.

En cuanto a la dimensión alimentaria presentan conductas de mediano riesgo y alto riesgo en adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja.

En cuanto a la dimensión alimentaria; las conductas alimentarias de riesgo con mayor presentación son: consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso; contar frecuentemente las calorías que consume; darle poca importancia a los alimentos como medio de vida saludable y dejar de desayunar o almorzar para bajar de peso cuando el adolescente lo desee (Ver anexo: 6)

Asimismo los investigadores Morales A. A. y Yépez V.R⁽⁸⁾ Encontraron resultados similares que el 45% de la muestra estudiada presentan algunos síntomas de este trastorno alimentario, predominando la no aceptación de su aspecto físico, provocando afecciones en su estado emocional, social contrastando al mismo

tiempo con su entorno familiar. Los resultados nos permiten concluir que el grupo de estudio es propenso a desarrollar este tipo de trastorno, prevaleciendo el sexo femenino como el grupo más afectado. Como propuesta resolutive se elaboró, socializó y entregó 250 Guías Educativas y Preventivas sobre Conductas de Riesgo frente a la Anorexia, a los estudiantes y docentes del Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador.

En contraste con los resultados obtenidos y estudios previos, se puede afirmar que está incrementándose las conductas de riesgo alimentario debido a que las adolescentes que presentaron estas, representan el 65%, respecto al estudio de Morales A. A. y Yépez V.R.⁽⁸⁾; representaban el 45%, Esto probablemente por el tiempo transcurrido y donde el problema se agudiza cada vez más, sin embargo debe considerarse que el presente estudio se realizó en una institución educativa nacional a diferencia del mencionado.

Por lo expuesto, se puede concluir indicando que un porcentaje mayoritario de adolescentes presentaron conductas mediano y alto riesgo a la anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, principalmente en la restricción de alimentos y sentimientos de culpable surgidos después de comer; además, el restringir o eliminar algunos alimentos de la dieta se considera la puerta de entrada a la anorexia nerviosa, siendo todas estas adolescentes, quienes influenciadas por múltiples factores que afectan su condición física, se ven impulsadas de manera consciente o no, a realizar conductas que ponen en riesgo su salud.

En cuanto a la dimensión psicoemocional tienen conductas de mediano riesgo y alto riesgo en adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja.

Las conductas psicoemocionales de riesgo que mayormente presentan las adolescentes son: tener miedo a engordar, pasar mucho tiempo mirándose al espejo; verse gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario; Consideró innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso; y el desagrado de permanecer largo tiempo frente al espejo. (Ver anexo: 7)

Pascalini Llorens ⁽²⁶⁾ El periodo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad y la inestabilidad emocional que aparece en esta etapa de vida, así de ser un persona independiente y separarse de los padres, todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida, en esto el adolescente refleja que existe un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación.

Muchas veces las adolescentes pasan mucho mirándose en espejo para contemplar el reflejo de su imagen física; el sentirse miedo a engordar les coloca en una situación crítica, inmersas en círculo maléfico sometidas a una gran tensión para mantener el autocontrol esto solo con deseo de perder peso a pesar de tener un peso normal para la edad y talla, esto debido a que están preocupadas por su aspecto físico.

En la investigación Montoya M ⁽¹⁰⁾ los resultados que encontró fue que el 58.9% de adolescentes tiene edades entre 14 y 16 años, perteneciendo a la adolescencia media, seguidamente esta la adolescencia temprana (10 a 13 años) con un 27.4%, y el resto pertenece a la adolescencia tardía, referente al sexo de la población muestral el 53.7% es femenino. Se encontró que existe el riesgo. La conclusión que llegó el investigador fue que la prueba estadística Chi cuadrado confirman que el factor psicológico (inadecuada percepción de la imagen corporal e inadecuado auto concepto) y respecto al respecto familiar respecto a los estilos de padres están asociados significativamente al riesgo de TCA en adolescentes con una $p < 0.05$

Esto es corroborado por Rivera D. C ⁽⁹⁾ afirma que el 28% presentan conductas de alto riesgo, 37.8% tienen conducta de mediano riesgo; y Loaiza Y. ⁽¹²⁾ en su estudio riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales en Adolescentes de la institución educativa Claudio Galeno puno –

2010; afirma que respecto a los que tienen riesgo a los trastornos de conducta alimentaria, el 47% lo predisponen los factores psicoemocionales.

En comparación a los estudios previos, se puede deducir que existe un incremento relativo, ya que en el presente estudio las adolescentes que tienen conductas de alto y mediano riesgo representan un acumulado de 68%, en contraste al estudio de Loaiza en el que 47% tienen conductas de riesgo. Esto probablemente por el transcurrir de los años.

Por lo expuesto, se deduce que un porcentaje considerable de adolescentes presentaron conductas psicoemocionales de mediano y alto riesgo a la anorexia nerviosa; dirigidas las principales conductas de bajo y mediano riesgo son: baja autoestima y personalidad obsesiva; la percepción de la imagen corporal y rasgos de personalidad; por lo que realiza conductas que ponen en riesgo la salud.

En respecto a la dimensión sociocultural presentan conductas de mediano riesgo y alto riesgo en adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja.

Las conductas socioculturales de riesgo que mayormente presentan las adolescentes son: preferencia por leer revistas donde se trate de dietas, querer ser delgada como las modelos de televisión que representan; y preferir los programas de televisión donde aparecen modelos y modas. (Ver anexo: 8)

Según Serra M. ⁽²⁾ Las influencias socioculturales van encaminadas a reproducir el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, control de sí mismo, libertad y éxito social. Este mensaje aflora continuamente. Al día recibimos centenares de inputs relacionados con él. La publicidad, que nos llega a través de las revistas, TV, internet, anuncios en la calle, radio, cine, las pasarelas de moda, las tiendas, sea cual sea el producto que se venda. Por otro lado, estamos en una generación en que los padres y madres, incluso abuelos actuales, ya fueron niños, niñas, adolescentes que pasaron por la experiencia de ser impregnados por el estereotipo de la delgadez y, sin darse cuenta lo transmiten a las generaciones que siguen. Debido a esto, los niños interiorizan ese modelo corporal, mientras siguen

contactando con agentes sociales que remachan continuamente la insatisfacción corporal.

Los medios de comunicación social hacen lo posible que el mensaje de la delgadez llegue a millones de adolescentes: especialmente a través de programas de la televisión y estoy compriman la idea de que estar delgada va asociado a la felicidad, éxito en las relaciones sociales, el ideal de belleza. Es así que los medios de comunicación mediante sus distintos programas exhiben personas delgadas modelos o actrices, sin ser de ninguna manera ideales; lo que atrae a los adolescentes, el punto de ser como ellas, ya que durante esta fase de vida están preocupadas por su apariencia física; además estos medios mediante sus anuncios en revistas, ofrecen muchos métodos y dietas de adelgazamiento.

En la actualidad, a través de los medios de comunicación y de nuestra propia cultura, se nos vende que para ser aceptadas y aceptados socialmente debemos estar delgadas y delgados, convirtiéndose así la delgadez en sinónimo de autocontrol y éxito social. Esto tiene como primera consecuencia que multitud de jóvenes lleven a cabo dietas alimentarias, que en muchos casos pueden desencadenar en el desarrollo de anorexia nerviosa.

Es corroborado por el, Rivera ⁽⁹⁾ asegura que 37.6% tienen conductas de alto riesgo y 23.1 % conductas de mediano riesgo. En comparación a los resultados obtenidos y los estudios previos, se puede deducir que en los últimos años, las conductas socioculturales de riesgo están en constante incremento, ya estas conductas de alto y mediano riesgo representan 74%; respecto al estudio de Rivera, que representaban un acumulado de 60.7% esto probablemente por el aumento de los anuncios publicitarios sobre modas, en medios televisivos y por el paso de los años.

En comparación a los resultados obtenidos y los estudios previos, se puede deducir que en los últimos años, las conductas socioculturales de riesgo están en constante incremento, ya que estas conductas de alto y mediano riesgo represente un acumulado de 74%, respecto al estudio de Rivera ⁽⁹⁾, que representaban un acumulado de 50%; esto probablemente por el aumento de los anuncios

publicitarios sobre modas, en medios televisivos y por el paso de los años.

Por lo tanto se puede concluir indicando que las adolescentes presentaron conductas de mediano y alto riesgo a la anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural, enfocados principalmente en mostrar interés en la Alta influencia de la Televisión, el internet y las redes sociales este último es la causa principal de que los adolescentes pueden estar influyendo negativamente, estas situaciones que pueden llevar a diversos factores que las puede conllevarlas a un riesgo de presentar anorexia nerviosa.

En cuanto a la dimensión familiar presentan conductas de mediano riesgo y alto riesgo en adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja.

Los adolescentes afirman que las conductas familiares de riesgo que mayormente presentan las adolescentes son: Mi familia toma decisiones por mí; mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida; existen problemas en mi hogar

(Ver anexo: 9)

Fantin MB y Garcia HD. ⁽³⁶⁾ Las relaciones familiares afectivas entre padres e hijos juegan un papel muy importante en el desarrollo de conductas problemáticas en los adolescentes. A este respecto, algunas investigaciones destacan el vínculo existente entre las conductas problemáticas del adolescente y la pertenencia a familias en las que predomina un ambiente tenso y conflictivo o una pobre comunicación. Las interacciones de los jóvenes con sus padres son importantes por dos motivos fundamentales: la ausencia de una relación adecuada entre ellos incrementa su vinculación a los amigos en busca del apoyo y afecto que no encuentran en casa; además, esa insatisfacción familiar influye sobre la elección que el hijo hará de sus amigos y es altamente probable que se una a personas con problemáticas semejantes.

Sobreprotección de los padres generan Sobre involucramiento, es decir excesiva fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individual; debido a que la familia sobreprotectora,

tienden a satisfacer todas las necesidades en sus miembros y les limitan todo tipo de problemas y no les dejan que se enfrenen a sus propias dificultades.

Entorno a esto Carbajal BE. ⁽⁷⁾ encontró resultados similares en su estudio de total de jóvenes que involucra el estudio el 67.31 % se encuentran entre la edad de 12 a 14 años en un son de etnia mestiza en el 96.16% y de procedencia urbana 71.15%, pertenecen a familias de nivel media y alta el 76.92%. Los factores predisponentes principales son la ausencia de los padres por razones laborales en las horas de la comida; de la madre en el 57.70% y la ausencia del padre en el 76.92%; los estudiantes tienen conocimiento de que es la anorexia y la practican en el 2.96%. El 44.23% reportaron anemia como principal efecto.

Esto es corroborado por Rivera ⁽⁹⁾ respecto a la dimensión familiar el 27.8% presentan conductas de alto riesgo y un 16.7% de adolescentes tuvieron un conducta de anorexia nerviosa en el nivel medio; también, Loaiza Y. ⁽¹²⁾ afirma que el 59% lo predispone el factor familiar a los trastornos de conducta alimentaria.

En contraste con los estudios previos, se puede deducir que se ha acrecentado las conductas familiares de riesgo, ya que estas conductas de alto y mediano riesgo representan un acumulado de 73%; respecto al estudio de Loaiza, que representaban el 59%, esto probablemente por una muestra mayor y el uso de diferentes instrumentos de estudio.

Podemos concluir que un porcentaje considerable de adolescentes presentaron conductas de mediano y alto riesgo a la anorexia nerviosa en la dimensión familiar, enfocados principalmente problemas en el hogar, sobreprotección de los padres, por lo que la familia puede estar generando problemas en estas adolescentes sentimientos de inconformidad hacia su propio cuerpo.

V. CONCLUSIONES.

PRIMERA: Las adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja tienen en su mayoría conductas de mediano riesgo para la anorexia nerviosa, dirigidas en las dimensiones alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar.

SEGUNDA: Las adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja en su mayoría presentan conductas de mediano y alto riesgo en relación a la dimensión alimentaria, los aspectos que reconocen los adolescentes que a veces o siempre consumen poca comida en el desayuno, almuerzo y cena; se encuentran preocupadas con la comida, con contar calorías, con su peso y la forma de su cuerpo sin tomar en cuenta que su etapa es de desarrollo y cambios pudiendo adquirir un peso que no es normal ni para su edad ni para su estatura.

TERCERA: Las adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja, más de la mitad de las adolescentes presentan conductas de mediano y alto riesgo, en relación a la dimensión psicoemocional, ya que los aspectos que más reconocen que a veces o siempre tienen miedo a engordar; que al mirarse al espejo sienten inconformidad con su peso y la forma de su cuerpo es una manera de canalizar problemas emocionales como un nivel de autoestima muy bajo debido a las actitudes y pensamientos negativos que tiene hacia su cuerpo y hacia sí misma.

CUARTA: Más de la mitad de las adolescentes presentan conductas de mediano y alto riesgo, en relación a la dimensión sociocultural, de los adolescentes de la institución educativa San Francisco de Borja, reconocen que a veces o siempre quieren ser delgadas como las modelos de televisión, prefieren los programas de televisión donde aparecen modelos y modas, en muchas ocasiones prefieren comer solas.

QUINTA: Las adolescentes presentan conductas de mediano y alto riesgo en relación a las dimensión familiar de los adolescentes de la institución educativa secundaria San francisco de Borja, reconocen que a veces o siempre sus padres les protegen, existen problemas en su hogar y se involucran mucho en sus vidas.



VI. RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD Y ESTRATEGIA DE SALUD DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

- ❖ Establecer relaciones con las instituciones educativas secundarias, a fin de brindar una adecuada orientación sobre prevención de los trastornos de conducta alimentaria y evaluar las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, dirigidos a los adolescentes y comunidad en general.
- ❖ Desarrollar estrategias activas de promoción de la salud, que incluyan lo relacionado a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, dirigidos a los adolescentes, como talleres sobre estilos de vida saludables: alimentación, autoestima, autoimagen, habilidades para la vida, comunicación y manejo de conflicto.
- ❖ Promover la estrategia de salud del escolar y adolescente en familias fuertes y límites basada en evidencias como: dinámica familiar basada en el diálogo; desarrollando en las adolescentes empatía, comunicación asertiva, pensamiento crítico, toma de decisiones y consejería dirigido a los padres de familia para que los adolescentes tengan menos conductas de riesgo, prevención de las conductas riesgosas anorexia nerviosa y educación nutricional correcta. Dichos programas deben ir en paralelo con orientaciones psicológicas dirigidas a mejorar la autoestima personal y control de emociones.
- ❖ Desarrollar talleres dirigidos a padres con hijos adolescentes para proporcionarles conocimientos sobre prevención de los trastornos alimentarios y así adoptar comportamientos más saludables.
- ❖ Promover a que los centros de salud desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan lo relacionado a las conductas riesgosas dirigidas a los grupos de riesgo.

A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS

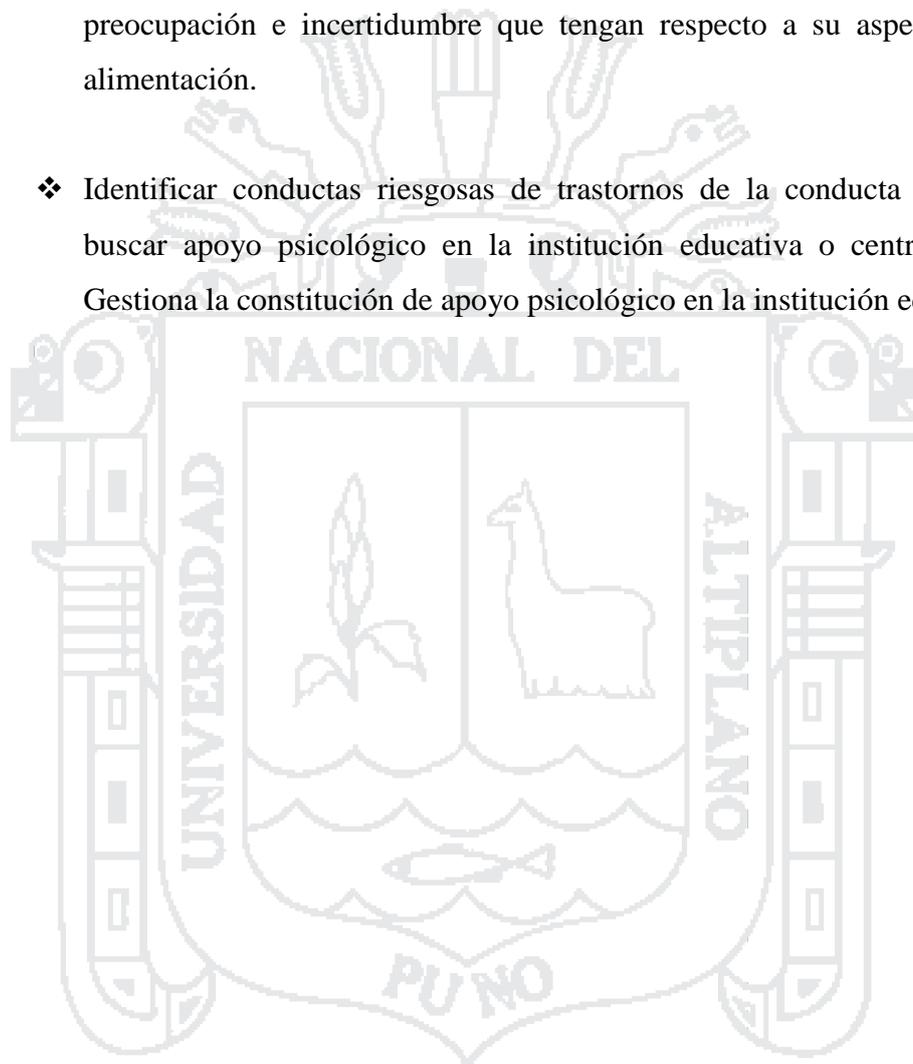
- ❖ Al director, coordinar con los establecimientos de Primer Nivel de atención en Salud de su ámbito, para que conjuntamente planteen estrategias de intervención orientadas a fomentar estilos de vida saludable dirigidos a los adolescentes, principalmente en prevención de conductas riesgosa para la anorexia nerviosa.
- ❖ A los docentes, se recomienda fortalecer las reuniones de escuela de padres; donde se traten temas referidos a la alimentación de sus hijos, clasificación de alimentos que deben consumir en esta edad, importancia de una nutrición adecuada, socialización de las comidas en familia y temas que contribuyan a la adopción de conductas saludables.
- ❖ A los adolescentes tener comunicación con sus padres y abordar el problema de las distorsiones en la percepción física del adolescente y practicar hábitos alimenticios sanos y equilibrados.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- ❖ los estudiantes durante las prácticas pre-profesionales en la asignatura de enfermería en salud del escolar y adolescente, enfatizar la educación sobre prevención de trastornos de conducta alimentaria, con la finalidad de contribuir en la disminución de estos trastornos durante la etapa de la adolescencia.

A LOS PADRES DE FAMILIA

- ❖ Recomendaciones a los padres de familia prestar atención a cualquier conducta riesgosa de los trastornos del comportamiento alimentario como brindar confianza a sus hijos para que ellos puedan manifestarle cualquier preocupación e incertidumbre que tengan respecto a su aspecto físico y alimentación.
- ❖ Identificar conductas riesgosas de trastornos de la conducta alimentaria, buscar apoyo psicológico en la institución educativa o centro de salud. Gestiona la constitución de apoyo psicológico en la institución educativa.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bello RE. Anorexia nerviosa en jóvenes y niños. Revista electronica de portalesmédicos. 2010.
2. Serra M. Trastornos del comportamiento alimentario enfoques preventivos. Primera edición ed. Barcelona : Editorial UOC; 2015.
3. Organización Mundial de la Salud.[Internet]; Disponible en :
<http://www.who.int/gho/en/>. [Consultado: el 20 Agosto 2016]
4. Instituto Nacional de Salud Mental. transtornos de alimentacion estados unidos : Instituto nacionales de la salud; 2011.
5. Ibañez FP. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno – 2013. [Tesis de grado]. Puno : Universidad Nacional del Altiplano , Puno ; 2014.
6. Dirección Regional Salud Puno. Morbilidad General por categorías del CIE 10-Por grupo Etéreo y Sexo. Informe de morbilidad del 01 de enero 2015 al 31 diciembre 2015. Juliaca : Hospital Carlos Monge Medrano , Puno; 2015.
7. Carbajal BE. Anorexia en estudiantes de la unidad educativa Fray álvaro valladares de la ciudad de puyo , pastaza, año 2015. [Tesis de grado]. Puyo; 2015.
8. Morales AA, Yépez VR. Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del instituto tecnológico superior “república del ecuador” ubicado en la ciudad de otavalo, provincia de imbabura, durante el período septiembre 2011 – octubre 2012. [tesis de grado]. Ibarra: Universidad Tecnica del Norte; 2012.
9. Rivera DC. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2007.
10. Montoya M. Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa Maria del Triunfo.[Tesis de grado]. Lima : Escuela de Enfermeria Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad

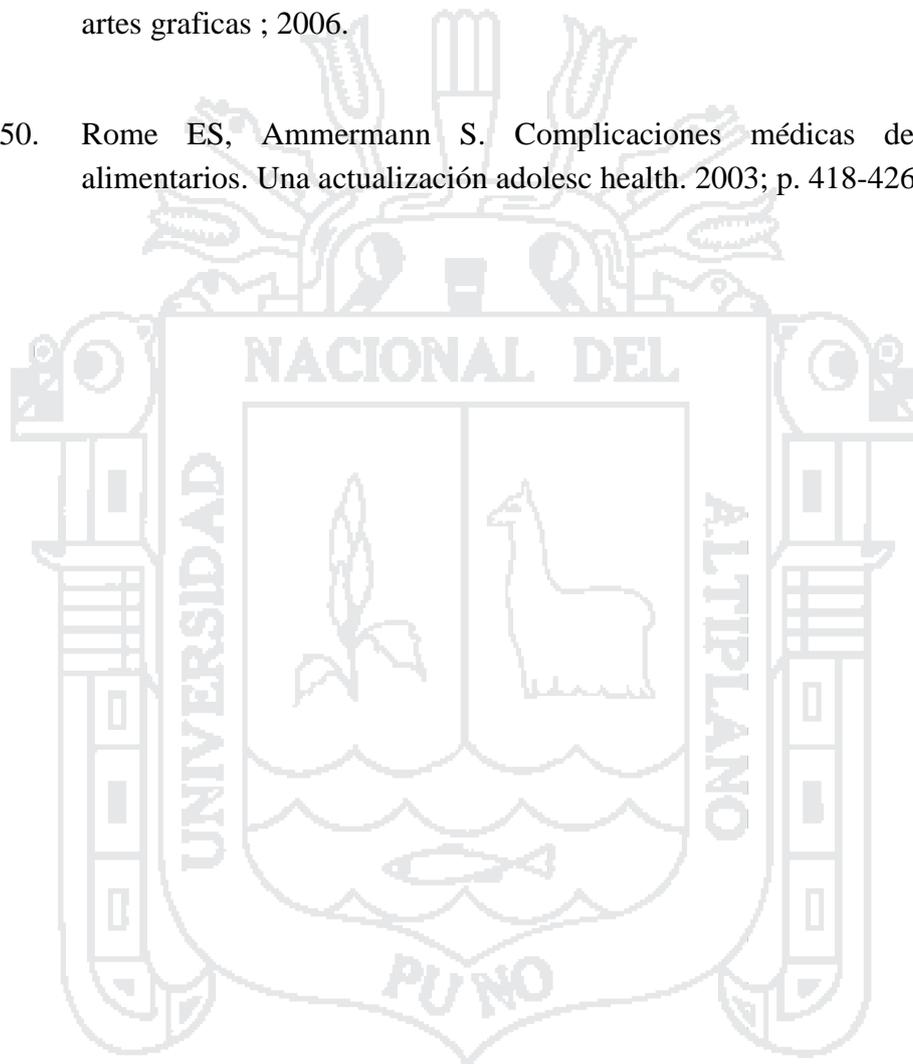
Ricardo Palma; 2012.

11. Caballero GD. Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Lima; 2014.
12. Loayza Y. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con factores psicosociales en adolescentes de la institución educativa secundaria Claudio Galeno, de la ciudad de Puno 2010. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del altiplano , Puno ; 2010.
13. Condori R. Factores psicosociales y transtornos alimenticios en adolescentes de la Institución educativa Particular Luz Andina-Juliaca. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del altiplano, Puno; 2011.
14. Ccari Y. Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución educativa Secundaria Maria Auxiliadora. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano, Puno; 2010.
15. Kielhofner G. Modelo de la Ocupación Humana teoría y aplicación Buenos Aires: Médica Panamerica; 2004.
16. Zegers B, Contardo A, De la Luz M, Rencoret S, Salah E. Descubrir la Sexualidad. Primera ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2003.
17. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 2013; 17(2): p. 88-93.
18. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. [Internet]; disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. [consultado: 4 agosto 2016].
19. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Adolescencia y juventud. [Internet]; Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html. [consultado: 10 octubre 2016].
20. Mora Salas L. Desarrollo adolescente y derechos humanos. Red de poyo por la juticia y la Paz - UNICEF. 2011.
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Educación de la Sexualidad y Salud sexual y reproductiva Caracas: Ignaka C.A; 2010.

22. Mejía Ramirez G. Guía didáctica para jóvenes Costa Rica: EUNED; 2006.
23. Pérez A, Marván L. Manual de Dietas Terapéuticas México D.F: La prensa Médica ; 2006.
24. Mataix VJ. Tratado de nutrición y alimentación : Oceano ; 2009.
25. Comella J. Anorexia nerviosa-aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud facotre de riesgo y proteccion. [Internet].; 2007. Disponible en:
<http://www.ingesa.msc.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosGrl.es.htm>. [Consultado: 2 noviembre 2016].
26. Pascalini D y Llorens A. salud y bienestar del adolescente y joven: una mirada integral OPS/OMS Buenos aires; 2010.
27. Quintanar LE, Rodríguez LG, Cavazos MM, Valente B. Manual del Médico interno de pregrado México D.F.: Intersistemas S.A.; 2016.
28. Álvarez RG, Franco PK, Vásquez R, Escarria A, Haro M. Sintomatología de trastorno alimentario: una comparación entre hombres y mujeres estudiantes. Psicología y Salud.; 2008.
29. Lenoir M, Tomas S. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (parte 1) criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. arch argent pediatr. 2006; 3(104).
30. Guía Médica de Diagnóstico, y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clínica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios buenos Aires : Latin gráfica ; 2004.
31. Rivarola MF. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en transtornos alimentarios. Fundamentos en humanidades. 2003; VII(7): p. 149-161.
32. Jauregui I, Bolaños P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. Revista medica de chile. 2012; I.
33. El pais. Problemas emocionales, un factor determinante en los trastornos alimenticios. [Internet]. Disponible en:
<http://www.elpais.com.co/elpais/salud/noticias/problemas-emocionales-factor-determinante-trastornos-alimenticios>. [consultado: 9 agosto 2016]

34. Transtornos de la conducta alimentaria.(n.d). [Internet]; Disponible en: <http://www.adolesweb.org/Adicciones/TCA>. [consultado: 22 Octubre 2016].
35. Alimentos bajos en calorías. [Internet]; Disponible en: <http://www.alimentosbajosencalorias.com>. [Consultado 3 Octubre 2016].
36. Migallón P, Gálvez B. Anorexia y Bulimia: Grafo S.A.; s.f.
37. Surichaqui MI. Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una institución privada chosica-2011. [Tesis de grado]. Lima: Escuela de enfermería padre luis tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2012.
38. Fantin MB, García HD. Factores sociales, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. 2011; p. 194 - 195.
39. Baena G. Metodología de la investigación. Primera edición ed. México D.F: Grupo editorial patria; 2014.
40. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la Investigación Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
41. Cordova I. Estadística aplicada a la investigación Lima: San Marcos EIRL; 2009.
42. Rojo L, Cava G. Anorexia nerviosa. Primera de edición ed. Barcelona : Editorial Ariel S.A 2003.
43. Galindo SL. Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo-2011. [tesis de grado]. Lima : Escuela de enfermería Padres Luis Tezza afiliada a la universidad Ricardo Palma; 2012.
44. Cordella P. Anorexia Bulimia Obesidad experiencia y reflexión con pacientes y familias Santiago : Ediciones uc; 2010.
45. Félix GA, Nachón MG, Hernández TG. Anorexia nerviosa. Psicología y salud. 2003; 13(1).
46. García A, Olvera P. Presentación Clínica de los Trastornos de conducta alimentaria.Anorexia nerviosa.in: Tirahines M. Anorexia nerviosa una experiencia clinica Madrid: Dias de Santos; 2003.
47. Jacquin P, Ouvry O, Alvin P. Fatal water intoxication in a young patient

- with anorexia nervosa J. adolesc health; 1992.
48. Salomon S, kirby DF. La revisión. J. Parente Enteral Nutr.; 1990.
 49. Rodriguez L, Antolin M, Vaz FJ, García A. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia. Junta de extremadura ed. Mérida: Printex artes graficas ; 2006.
 50. Rome ES, Ammermann S. Complicaciones médicas de trastornos alimentarios. Una actualización adolesc health. 2003; p. 418-426.





ANEXO: 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Índice	
Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en Adolescentes.	Es toda aquella forma de comportamiento influenciado por factores socioculturales, alimentarios, psicoemocionales y familiares; asumidas por el adolescente de 14 a 17 años de la Institución Educativa San Francisco de Borja, las cuales al ser puestas en práctica con intencionalidad consiente o no aumenta la probabilidad de desencadenar la anorexia nerviosa; el cuál será medido mediante la aplicación de un cuestionario que fue como valor final Conductas de Alto, Mediano y Bajo riesgo.	Alimentarias	2. Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0	
			5. Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso.		1	
			7. Cuento frecuentemente las calorías que consumo.		2	
			12. Me siento culpable después de comer.			
		Psicoemocionales	20. Consumo mis alimentos tres o más veces al día.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0	
			26. Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.		1	
			27. Consumo todos los alimentos que me ofrecen.		2	
			28. Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.		Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2
			3. Me considero seguro(a) de mí mismo(a)		Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1
			6. Vivo momentos tranquilos y felices de mi vida.			0
11. Tengo miedo a engordar.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2				
15. Pienso que mi salud esta primero que todo.	Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1 0				
16. Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.						
17. Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.		Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2			
18. Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.						
19. Paso mucho tiempo mirándome al espejo.						

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Índice
			22. Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.	Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1 0
			24. Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien. 25. Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa. 29. Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2
			30. Considero innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso.	Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1 0
			31. Dicen que soy insoportable. 32. Dicen que soy una persona tranquila.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2
			33. Me desagrada permanecer largo tiempo frente al Espejo.	Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1 0
		Socioculturales	1. Prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios. 4. Quiero ser delgada como las modelos de televisión. 8. Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación. 9. Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer. 13. Prefiero los programas de televisión donde aparecen modelos, modas etc.	Nunca Algunas veces Muchas veces	0 1 2
		Familiares	10. Hay buena comunicación en mi familia. 14. Mi familia toma decisiones por mí. 21. Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida. 23. Existen problemas en mi hogar. 34. Discuto con mis padres por la alimentación	Nunca Algunas veces Muchas veces	2 1 0
			35. Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.	Nunca Algunas veces Muchas veces Nunca	2 1 0

ANEXO: 2

Encuesta de conductas riesgosas de anorexia nerviosa



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENCUESTA DE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA



DATOS GENERALES:

EDAD: 15 años () 16 años () 17 años () Grado: 4to () 5to ()

Fecha: /..... /.....

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, marca tu respuesta con una aspa (X), en uno de los casilleros. Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate responder todas las interrogantes. El presente cuestionario es de carácter anónimo.

Agradezco tu colaboración.

Nº	AFIRMACIONES	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
01	Prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios, etc.			
02	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.			
03	Me considero seguro(a) de mí mismo(a).			
04	Quiero ser delgada como las modelos de televisión.			
05	Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso.			
06	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida.			
07	Cuento frecuentemente las calorías que consumo.			
08	Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación			
09	Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer			
10	Hay buena comunicación en mi familia.			
11	Tengo miedo a engordar.			

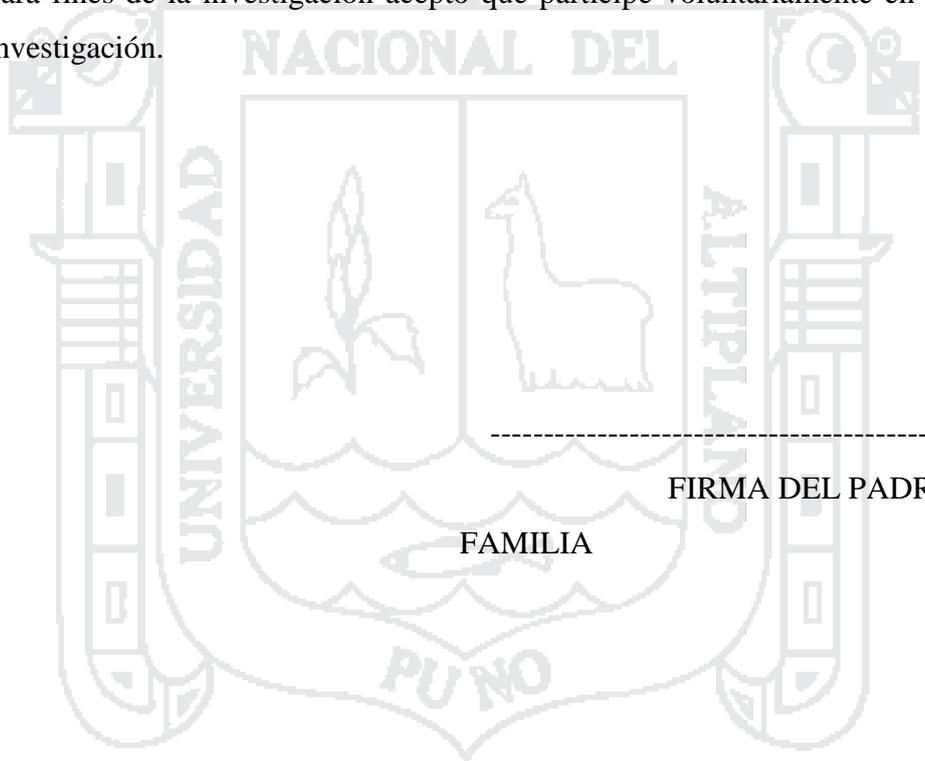
12	Me siento culpable después de comer			
13	Prefiero los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.			
14	Mi familia toma decisiones por mí.			
15	Pienso que mi salud esta primero que todo.			
16	Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.			
17	Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.			
18	Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.			
19	Paso mucho tiempo mirándome al espejo.			
20	Consumo mis alimentos tres o más veces al día			
21	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.			
22	Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.			
23	Existen problemas en mi hogar.			
24	Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien.			
25	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.			
26	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.			
27	Consumo todos los alimentos que me ofrecen			
28	Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.			
29	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida			
30	Considero innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso.			
31	Dicen que soy insoportable.			
32	Dicen que soy una persona tranquila.			
33	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo.			
34	Discuto con mis padres por la alimentación.			
35	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.			

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO: 3**CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES DE FAMILIA**

A través del presente documento expreso mi voluntad a que mi menor hija participe en la investigación titulada “CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SAN FRANCISCO DE BORJA JULIACA - 2016.”

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



FIRMA DEL PADRE DE
FAMILIA

ANEXO: 4

Desarrollo de la escala de stanones para ver el nivel de anorexia

Para ver los niveles de anorexia se tendrá que hallar la escala de stanones cuya fórmula es la siguiente:

1. Clasificación de las conductas riesgosas de anorexia nerviosa

Estadísticos		
N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		22.8900
Desviación estándar		8.3144

1.-Se determinó el Promedio(X)

$X=22.89$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$DS =8.3144$

$a=X-0.75(DS)$

$b= X +0.75(DS)$

$a=22.89-0.75 (8.3144)$

$a=22.89+0.75 (8.3144)$

$a=16.65$

$b=29.13$

$a= 17$

$b=29$

Conducta de bajo riesgo : 0 – 17

Conducta de mediano riesgo : 18 – 29

Conducta de alto riesgo : 30 – 70

2. Clasificación de las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria

Estadísticos		
N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		4.6900
Desviación estándar		2.4317

1.-Se determinó el Promedio(X)

$X=4.69$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$DS =2.4317$

$a=X-0.75(DS)$

$b= X + 0.75(DS)$

$a=4.69-0.75 (2.4317)$

$b=4.69 + 0.75 (2.4317)$

$a= 2.87$

$b= 6.51$

a= 3

b= 7

Conducta de bajo riesgo : 0 - 3

Conducta de mediano riesgo : 4 - 7

Conducta de alto riesgo : 8 - 16

3. Clasificación de las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional

Estadísticos

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		10.62
Desviación estándar		4.1066

1.-Se determinó el Promedio(X)

$X=10.62$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$DS =4.1066$

$a=X-0.75(DS)$

$b= X +0.75(DS)$

$a=10.62-0.75 (4.1066)$

$b=10.62+0.75 (4.1066)$

$a=7.54$

$b=13.70$

a= 8

b=14

Conducta de bajo riesgo : 0 - 8

Conducta de mediano riesgo : 9 - 14

Conducta de alto riesgo : 15 – 32

4. Clasificación de las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural

Estadísticos

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		2.8100
Desviación estándar		1.8240

1.-Se determinó el Promedio(X)

X=2.81

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

DS =1.8240

$A=X-0.75(DS)$

$a=2.81-0.75 (1.8240)$

$a=1.44$

a= 1

$b= X + 0.75(DS)$

$b = 2.81 + 0.75 (1.8240)$

$b=4.18$

b= 4

Conducta de bajo riesgo : 0 – 1

Conducta de mediano riesgo : 2 – 4

Conducta de alto riesgo : 5 - 10

5. Clasificación de las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar

Estadísticos

N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		4.77
Desviación estándar		1.9584

1.-Se determinó el Promedio(X)

X=4.77

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 1.9584$$

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 4.77 - 0.75 (1.9584)$$

$$b = 4.77 + 0.75 (1.9584)$$

$$a = 3.30$$

$$b = 6.24$$

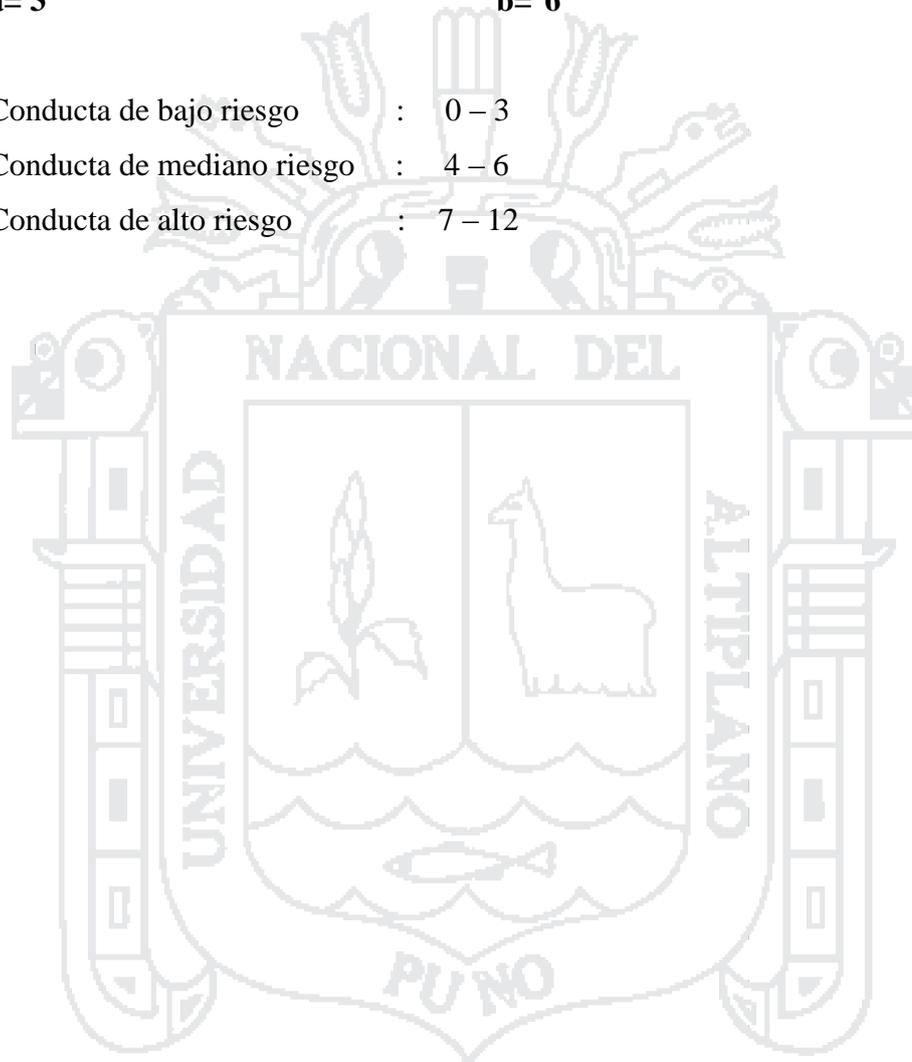
$$a = 3$$

$$b = 6$$

Conducta de bajo riesgo : 0 – 3

Conducta de mediano riesgo : 4 – 6

Conducta de alto riesgo : 7 – 12

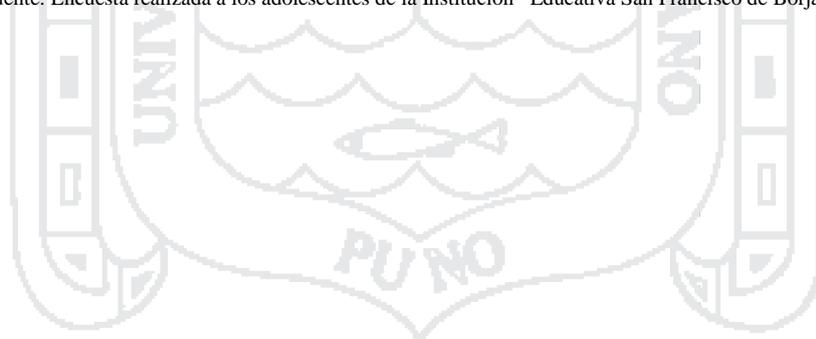


ANEXO: 5

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa según las dimensión alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja - Juliaca.

DIMENSIÓN POR CATEGORÍAS	Alimentaria		Psicoemocional		Sociocultural		Familiar	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo riesgo	35	35	32	32	26	26	27	27
Mediano riesgo	53	53	53	53	53	53	57	57
Alto riesgo	12	12	15	15	21	21	16	16
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Borja Juliaca – 2016



ANEXO: 6

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria en adolescentes de la institución educativa secundaria San francisco de Borja Juliaca – 2016.

N°	AFIRMACIONES	NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.	61	61	34	34	5	5	100	100
5	Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso.	58	58	35	35	7	7	100	100
7	Cuento frecuentemente las calorías que consumo.	65	6	29	29	6	6	100	100
12	Me siento culpable después de comer	79	79	17	17	4	4	100	100
20	Consumo mis alimentos tres o más veces al día	31	31	55	55	14	14	100	100
26	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.	10	10	47	47	43	43	100	100
27	Consumo todos los alimentos que me ofrecen	45	45	46	46	9	9	100	100
28	Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.	75	75	20	20	5	5	100	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

ANEXO: 7

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión psicoemocional en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

N°	AFIRMACIONES	NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3	Me considero seguro(a) de mí mismo(a).	64	64	30	30	6	6	100	100
6	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida. Importancia en mi vida.	53	53	41	41	6	6	100	100
11	Tengo miedo a engordar.	38	38	46	46	16	16	100	100
15	Pienso que mi salud esta primero que todo.	73	73	20	20	7	7	100	100
16	Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.	57	57	37	37	6	6	100	100
17	Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.	62	62	31	31	7	7	100	100
18	Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.	62	62	37	37	1	1	100	100
19	Paso mucho tiempo mirándome al espejo.	50	50	41	41	9	9	100	100
22	Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.	63	63	23	23	14	14	100	100
24	Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien.	63	63	32	32	5	5	100	100
25	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.	69	69	27	27	4	4	100	100
29	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.	35	35	55	55	10	10	100	100
30	Considero innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso.	10	10	48	48	42	42	100	100
31	Dicen que soy insoportable.	48	48	39	39	13	13	100	100
32	Dicen que soy una persona tranquila.	10	10	52	52	38	38	100	100
33	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo.	17	17	31	31	52	52	100	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

ANEXO: 8

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

N°	AFIRMACIONES	NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios, etc.	44	44	48	48	8	8	100	100
4	Quiero ser delgada como las modelos de televisión.	36	36	59	59	5	5	100	100
8	Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación	36	36	55	55	9	9	100	100
9	Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer	82	82	13	13	5	5	100	100
13	Prefiero los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.	49	49	50	50	1	1	100	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

ANEXO: 9

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

N°	AFIRMACIONES	NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10	Hay buena comunicación en mi familia.	44	44	53	53	3	3	100	100
14	Mi familia toma decisiones por mí.	28	28	57	57	15	15	100	100
21	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.	22	22	55	55	23	23	100	100
23	Existen problemas en mi hogar.	28	28	59	59	13	13	100	100
34	Discuto con mis padres por la alimentación.	65	65	30	30	5	5	100	100
35	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.	18	18	59	59	23	23	100	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

ANEXO: 10

Conductas riesgosas de anorexia nerviosa según la edad, en adolescentes de la institución educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016.

CATEGORÍA	EDAD								TOTAL
	15 años		16 años		17 años		18 años		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Conducta de bajo riesgo	5	5	12	12	10	10	1	1	28
Conducta de mediano riesgo	22	22	22	22	11	11	0	0	55
Conducta de alto riesgo	10	10	5	5	2	2	0	0	17
Total	37	37	39	39	23	23	1	1	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Borja Juliaca – 2016.



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

**Aplicación de la encuesta a las adolescentes de la institución educativa
secundaria San Francisco de Borja Juliaca - 2016.**





