

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CONDUCTAS DE RIESGO DE LA ANOREXIA
NERVIOSA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN
EDUCATIVA VIRGEN ASUNTA, CHACHAPOYAS,
AMAZONAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autora : Bach. MARLITH VILLALOBOS GRANDEZ

Asesora : Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CONDUCTAS DE RIESGO DE LA ANOREXIA
NERVIOSA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN
EDUCATIVA VIRGEN ASUNTA, CHACHAPOYAS,
AMAZONAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autora : Bach. MARLITH VILLALOBOS GRANDEZ

Asesora : Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a éste momento tan especial en mi vida, guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante. A mí Madre y hermanas por su enorme paciencia, amor, confianza y todo el apoyo brindado.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Profesional 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 Lic. Enf. Sonia Huyhua Gutierrez asesora del presente trabajo de investigación; quien brindó su apoyo tiempo y paciencia para que este estudio sea realizado; dirigiéndome durante todo el proceso de desarrollo y culminación de la presente investigación.

Un especial agradecimiento a la Directora, la plana docente y estudiantes de la Institución Educativa Virgen Asunta de la ciudad de Chachapoyas, por brindarme las facilidades para la realización de la presente investigación.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRÍGUEZ DE MENDOZA**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de investigación

Dr. Edwin Gónzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Sonia Huyhua Gutierrez identificada con DNI N° 40623694, con domicilio legal entre Jr. Hermosura y Bolivia docente de tiempo completo de la facultad de enfermería de la universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza.

Doy visto Bueno, al informe final de tesis titulada “CONDUCTAS DE RIESGO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA VIRGEN ASUNTA, CHACHAPOYAS, AMAZONAS, 2017”. Que está conducido por la estudiante de enfermería Marlith Villalobos Grandez de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo tanto

Para mayor constancia y validez firmo la presente.

Chachapoyas 13 de junio del 2018

Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

DNI N° 40623694

JURADO CALIFICADOR

(Resolución de decanato N° 285-2018-UNTRM-VRAC/F.C.S.)

Dra. Sonia Tejada Muñoz

Presidente

Mg. Zoila Roxana Pineda Castillo

Secretaria

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. OBJETIVOS	18
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Antecedentes de la investigación	19
3.2. Base teórica	23
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	37
4.1. Diseño de investigación	37
4.2. Población, muestra y muestreo	37
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
4.4. Análisis de datos	41
V. RESULTADOS	42
VI. DISCUSIÓN	52
VII. CONCLUSIONES	58
VIII. RECOMENDACIONES	59
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.	42
Tabla 2	Conductas de riesgo sociocultural de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.	44
Tabla 3	Conductas de riesgo familiar de anorexia nerviosa según edad de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.	46
Tabla 4	Conductas de riesgo psicoemocional de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.	48
Tabla 5	Conductas de riesgo alimentaria de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.	50

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017	43
Figura 2	Conductas de riesgo sociocultural de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017	44
Figura 3	Conductas de riesgo familiar de anorexia nerviosa según edad de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017	46
Figura 4	Conductas de riesgo psicoemocional de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017	48
Figura 5	Conductas de riesgo alimentaria de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017	50

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Matriz de consistencia	64
Anexo 2	Conductas de riesgo de anorexia nerviosa	66
Anexo 3	Categorización de la variable conductas riesgosas de anorexia nerviosa	69
Anexo 4	Categorización de la variable conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria	70
Anexo 5	Categorización de la variable conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión Psicoemocional	71
Anexo 6	Categorización de la variable conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión sociocultural	72
Anexo 7	Categorización de la variable conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión familiar	73
Anexo 8	Puntuación de las preguntas	74
Anexo 9	Tabla 6	76
Anexo 10	Tabla 7	77
Anexo 11	Tabla 8	78

RESUMEN

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: según la intervención del investigador es observacional, según la planificación de toma de datos es prospectivo, según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio transversal. Tuvo por objetivo determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la I.E. Virgen Asunta, Amazonas, Chachapoyas, 2017. La población muestral fueron 535 estudiantes del nivel secundaria. Se utilizó la escala de Likert elaborado por Rivera (2007), cuya validez fue de 3.265 adecuado y 0.854 alta confiabilidad. Los resultados fueron que del 100% (535) del total de los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, en la dimensión sociocultural con mayor porcentaje de 53.3% (285) presentaron mediano riesgo, en cuanto a la dimensión familiar con 54.6% (292) presentaron mediano riesgo, asimismo la dimensión psicoemocional con 45.4% (243) en mediano riesgo, en cambio en la dimensión alimentaria con mayor porcentaje con 58.4% (312) presentaron bajo riesgo. En conclusión las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institucion Educativa Virgen Asunta son predominantemente la sociocultural y familiaren el nivel mediano riesgo.

Palabras clave: Conductas de riesgo, anorexia, adolescentes.

ABSTRACT

The research was of quantitative approach, of descriptive level, of type: according to the intervention of the investigator it is observational, according to the planning of data taking is prospective, according to the number of occasions in which it measures the variable of transverse study. It was intended to determine the risk behaviors of anorexia nervosa in adolescents of the IE Virgin Assmear, Amazonas, Chachapoyas, 2017. The sample population was 535 students from the secondary level. We used the scale of Likert elaborated by Rivera (2007), whose validity was of 3,265 suitable and 0854 high reliability. The results were that of 100% (535) of the total adolescents of the educational institution Virgin Assmear, in the sociocultural dimension with higher percentage of 53.3% (285) presented medium risk, in terms of the family dimension with 54.6% (292) presented Medium risk, also the psychoemotional dimension with 45.4% (243) in medium risk, in contrast in the food dimension with the highest percentage with 58.4% (312) presented at risk. In conclusion, the risk behaviors of anorexia nervosa in adolescents of the Virgin Assmear educational institution are predominantly sociocultural and familial.

Key words: Risk behaviors, anorexia, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

En un estudio realizado en 165 estudiantes universitarios de Manizales (Colombia), se encontró que el 17,3% de la población femenina presentaba mayor riesgo para trastorno de conductas alimentarias (Deossa et al, 2015, p. 79).

La adolescencia es una etapa de muchos cambios donde hay transformaciones biológicas, se incrementan las demandas psicosociales así como aumenta la inestabilidad emocional y también pueden aparecer conflictos en la identidad personal relacionados al cuerpo ya que están en constante cambio tanto en lo físico como psicológicamente, estos están expuestos a diferentes conductas de riesgo que podrían conllevar a uno de estos trastornos de comportamiento alimenticio. La persona que llegue a presentar anorexia nerviosa puede presentar diferentes complicaciones las cuales son debilitamiento óseo, problemas sanguíneos, problemas gastrointestinales, desajuste de electrolitos, deshidratación grave, desnutrición grave, cardiopatías, problemas hormonales los cuales son muy graves que como consecuencia puede llevar hasta la muerte. La adolescencia es una de las etapas más críticas de la vida ya que estos están vulnerables a diferentes cambios que se pueden presentar en la sociedad y en su entorno, los cuales tienden a ser manipulados con más facilidad por personas mayores que este, que les llevan a tomar decisiones que no son correctas y se ponen en riesgo.

Las conductas de riesgo son las formas de comportamiento que adopta un individuo y cuando se hacen con una cierta regularidad puede acarrear riesgos en la salud. Definiéndose como aquellas actividades que incrementan las posibilidades de deteriorar el estado de la salud por morbilidad o mortalidad. (Funes et al, 2016, p. 734). Según Castillo (1999) considera cuatro conductas de riesgo más importantes las cuales son: conductas de riesgo sociocultural, familiar, psicoemocional y alimentaria.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Se consideran los trastornos del comportamiento alimentario, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y

el trastorno alimentario no especificado (TANE) (Portela de Santana et al, 2012, p. 392).

La incidencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) aumentó en las últimas décadas, alcanzando cifras de 5%. No está claro si éste incremento responde al aumento en el número de casos o al diagnóstico más temprano, es más prevalente en mujeres. En Estados Unidos (EE.UU.) 1 en 100 mujeres de 16 – 18 años padece anorexia nerviosa. La incidencia de TCA en países no occidentales es menor. En Uruguay, si bien no existen cifras oficiales, los TCA no han adquirido las dimensiones que presentan en países desarrollados. La incidencia de anorexia nerviosa es de 0,3%- 1% en mujeres y 0,1 en hombres. Aunque puede diagnosticarse en menores de 13 años, presentan mayor riesgo los adolescentes entre 15 y 19 años que representan hasta 40% de los casos. Existen dos picos de incidencia: entre los 13 a 14 y entre los 16 a 17 años (Bermúdez et al, 2016, p.241).

Según el Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht intitulado "Prevención de Los Trastornos Mentales Intervenciones Efectivas y Opciones De Políticas" indica que a nivel mundial la anorexia nerviosa ocurre en 0.5 a 1% y la bulimia nerviosa en 0.9 a 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes, mientras que un 5 a 13% adicional sufren de síndromes parciales de trastornos alimenticios (Arenas et al, 2014, p. 16).

En el 2007 en los EE.UU la anorexia nerviosa fue un serio problema en la población adolescente; cerca de 10 millones de Norteamericanos padecían desórdenes alimentarios, 90% mujeres y 10% son hombres; en el mismo año se reportó que en España la anorexia nerviosa afectaba a uno de cada 300 adolescentes entre 12 y 24 años (Galindo, 2012, p.13).

En España estudios epidemiológicos han estimado que de 0,37 casos por año/100.000 habitantes en la década de los sesenta, ha aumentado a 0,64 en la década de los setenta y a 6,3 en la década de los ochenta (Valdivia, 2013, p.126).

En el Perú en los últimos 10 años el número de casos de anorexia nerviosa se ha incrementado 20 veces. La anorexia nerviosa es una perturbación mental y de

comportamiento, siendo la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Actualmente para comprender este problema se requiere de una perspectiva multidimensional que incluya factores individuales, familiares, socioculturales y psicológicos que interactúen entre sí (Galindo, 2012, p.10).

Un estudio realizado en la población de mujeres adolescentes de Lima Metropolitana en el año 2003 para evaluar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria, un total de 2141 adolescentes entre los 13 y los 19 años, de 3° a 5° de secundaria, se utilizó el Inventario de Conductas Alimentarias (ICA) de Zusman, se encontró que un 16.4% de casos con uno o más trastornos alimentarios y un 15.1% de la población en situación de riesgo (Ullmann, 2014, p. 47).

Así mismo en Lima Metropolitana se encontró que 351 (16,4%) tenían al menos un trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia, atracones o dietas yo-yo), de ellos 62 casos tenían más de un diagnóstico. En la ciudad de Arequipa las cifras son superiores: de 164 estudiantes de Medicina Humana y de Obstetricia y Puericultura de primer año, 35% se hallaron en riesgo de desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria (Suella et al, 2015, p.18).

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres; la proporción de la prevalencia hombre y mujer se estima entre 1:6 y 1:10, aunque el 19-30% de los pacientes más jóvenes de la población con anorexia nerviosa son hombres. La edad promedio de inicio es de 16 años. Las edades más afectadas están entre los 12 y 25 años, siendo los momentos de mayor riesgo de 14 a 18 años dentro de este rango de edades. La edad más frecuente de aparición es de 13 años para la anorexia nerviosa, mientras que para la bulimia nerviosa es de 15 años (Valdivia, 2013, p.126).

Actualmente, en el departamento de Amazonas se viene evidenciando la presencia de casos de anorexia, en el año 2016 se reportaron 4 casos que fueron presenciados en diferentes edades los cuales fueron a los 13 años en el sexo masculino se presentó 1 caso y a las edades de 16 – 19 años se presentaron 3 casos en el sexo femenino. Evidenciar que los casos presentados con más frecuencia se han notado en el sexo femenino, lo que se puede interpretar que el sexo femenino tiene más

riesgo a presentar este trastorno de comportamiento alimentario (Oficina de Estadísticas. DIRESA, 2016)

El presente informe de investigación ayudará a determinar las conductas de riesgo de anorexia nerviosa que predominan o que conllevan a que el adolescente llegue a presentar anorexia nerviosa, lo cual se utilizará para que se pueda aplicar estrategias referente a estos casos y que sean estrategias adecuadas a que ayuden a prevenir a que un adolescente llegue a tener este trastorno de conducta alimenticia en este caso presentar anorexia nerviosa también para que enfatizen en investigar como temas que se está tratando, ya que se está incrementando cada día los casos de anorexia nerviosa en adolescentes con la finalidad de dar a conocer a la población en general.

II. OBJETIVOS

2.1.Objetivo general

- Determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, Chachapoyas, Amazonas, 2017

2.2.Objetivos específicos

- Determinar conductas de riesgo sociocultural de la anorexia nerviosa según edad.
- Determinar conductas de riesgo familiar de la anorexia nerviosa según edad.
- Determinar conductas de riesgo psicoemocional de la anorexia nerviosa según edad.
- Determinar conductas de riesgo alimentaria de la anorexia nerviosa según edad.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la investigación

A nivel mundial

Martínez et al (2017), Bogotá. Cuyo objetivo fue establecer si existe relación entre el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (TCA) y el género y la estructura y funcionalidad de la familia. Se encuestaron 3217 adolescentes, de los cuales 1603 eran hombres y 1614 mujeres. El 20 % de los hombres presenta riesgo de TCA frente a un 30 % de las mujeres. En relación a la estructura familiar de la población que presentó TCA, el 25,5 % refirió tener familia nuclear incompleta, mientras que el 24,2 % familia nuclear completa. Respecto a la funcionalidad familiar, el 33,6 % percibió disfunción severa y el 22,9 % buena función. En este estudio el género y la función familiar mostraron relación estadística con los TCA a diferencia de la estructura familiar. Las mujeres tienen mayor predisposición a presentar un TCA. La disfunción familiar es un factor que influye en el desarrollo de un TCA.

Escolar et al (2017), España. Cuyo objetivo fue estimar la vulnerabilidad de los estudiantes universitarios a presentar un TCA. Los siguientes resultados: las mujeres presentaron mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que los varones; las conductas bulímicas estuvieron más presentes en estudiantes menores de 20 años; los varones recurren en mayor medida al ejercicio físico como forma de control del peso; 7.7% presentaron bajo peso y preocupación excesiva por la comida y el peso, condición que amerita remisión a atención especializada. Resulta apremiante reforzar los esfuerzos encaminados a la implementación de estrategias de prevención e intervención dirigidas específicamente a los estudiantes universitarios, a través del diseño de programas destinados a promover hábitos de alimentación saludables, mejorar la percepción de la imagen corporal y disminuir la preocupación obsesiva por la delgadez.

Barrera et al (2016), Colombia. Cuyo objetivo fue Determinar las actitudes y conductas asociadas a los trastornos de la alimentación en

adolescentes escolarizados de instituciones educativas públicas de Bucaramanga. La predisposición a presentar este trastorno en la dimensión de bulimia es de 7.2%, en la dimensión de Anorexia el 10.8% y en la dimensión preocupación por comer es de 22.6%. Los datos arrojados muestran que en la población estudiada no hay predisposición de presentar los trastornos de bulimia, anorexia y preocupación por comer, relacionadas con los trastornos de la alimentación.

Carrasco, M (2016), Ecuador. Cuyo objetivo fue establecer los factores familiares asociados a la conducta alimentaria de riesgo en los adolescentes, mediante un estudio analítico transversal, donde se investigó a 106 estudiantes 66 hombres y 40 mujeres. Los resultados demuestran la tendencia que tienen los adolescentes de saltarse las comidas, comer fuera de casa, en puestos de comida rápida, preferencia por alimentos chatarra, gaseosas refrescos y golosinas. Las pruebas estadísticas aplicadas sin embargo no determinan asociación entre las variables estudiadas. Por tanto, los factores familiares estudiados no son determinantes para las conductas alimentarias de riesgo de los adolescentes.

García, G (2015), México. Cuyo objetivo fue analizar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes de la escuela particular Sor Juana Inés de la Cruz ubicada en el municipio de Ozumba, Estado de México. Se puede observar que las Conductas Alimentarias de Riesgo que mayor prevalecen tanto a nivel internacional, nacional y en este trabajo son: práctica de ayunos y seguimiento de dietas restrictivas. La práctica de ayunos es muy común entre los adolescentes debido a que es la forma más sencilla que encuentran para lograr su objetivo de perder peso, ya que tienen la falsa idea que dejando de comer les será más fácil adelgazar; incluso esta conducta inadecuada muchas veces los adolescentes la practican por la necesidad de adaptarse a las circunstancias y no precisamente por tener el objetivo de bajar de peso; en ocasiones los adolescentes no les es posible llevar adecuadamente sus horarios de comidas, muchas veces omiten el desayuno e ingieren alimentos hasta la hora del receso en sus escuelas; la cena es otro de los tiempos de comida que más frecuentemente se omiten. Esta problemática se presenta a edades

tempranas, entre los 11 y 14 años, sobre todo para el género femenino. La práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo fue más común en las mujeres; aunque también se presentó en hombres, demostrando que en tiempos recientes esta problemática ya no es exclusiva del género femenino.

Rojo et al (2015), España. Cuyo objetivo fue determinar la influencia de los factores genéticos y ambientales que contribuyen en la expresión de los factores psicológicos medidos a través del *Eating Disorders Inventory*, en función del sexo, en adolescentes de la Comunidad Valenciana. En las niñas las 4 variables mostraron un componente de heredabilidad, del 37,7% para la ineficacia, del 42,8% para el perfeccionismo, del 56,9% para el impulso a la delgadez y del 65,5% para la insatisfacción corporal. En los niños se descarta una influencia genética para la insatisfacción corporal, que aparece influenciada exclusivamente por factores ambientales. El resto de variables mostraron un componente heredable, pero en menor medida que en las niñas. A excepción de la IC en niños, las actitudes y comportamientos alimentarios muestran un patrón parcialmente heredable, que varía en función del sexo.

A nivel nacional

Condori, M (2017), Perú. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”. Donde se encontró que el 49,55 % presenta trastornos de conducta alimentaria, pero no presentan alteración en la percepción de la imagen corporal, el 31,82 % presentan alteración de la percepción de la imagen corporal en relación con los trastornos de conducta alimentaria y el 18,6 % no presentan ninguna de las dos variables. Por lo tanto, se demostró que existe relación significativa con un $p < 0,05$ por lo que se sostiene que hay relación entre las variables.

Turpo, R (2017), Perú. Cuyo objetivo fue determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria,

psicoemocional, sociocultural y familiar. 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.

Ibañez, F (2014), Perú. Cuyo objetivo fue determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados 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 %. Se concluye 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.

Rivera, D (2007), Perú. 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 nivel de conocimientos de los adolescentes es medio. La mayoría de los adolescentes presentan niveles de conductas de mediano y alto riesgo. Teniendo como conclusión que se aprueba la hipótesis de investigación porque existe relación significativa inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en los adolescentes.

A nivel local

No se encontró estudios realizados con respecto a conductas de riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes.

3.2. Base teórica

A. NUTRICIÓN

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. (Ruiz y León, 2011, p. 2)

La nutrición es el proceso de aporte y utilización, por parte del organismo, de nutrientes, materias energéticas y plásticas contenidas en los alimentos y necesarias para el mantenimiento de la vida. La condición básica para que se desarrollen de forma adecuada las funciones nutritivas es que la alimentación sea suficiente y equilibrada. (Cañete y Cifuentes, 2012, p.1)

B. MALNUTRICIÓN

La malnutrición comprende varias enfermedades, cada una con una causa específica, relacionada con uno o más nutrientes (proteínas, yodo, vitamina A, hierro). Se produce un desequilibrio entre el aporte de proteínas y energía, y la demanda corporal de dichos elementos que asegura un crecimiento y un funcionamiento corporal óptimo. El

desequilibrio incluye tanto el defecto como el exceso, de manera que malnutrición incluye tanto la insuficiencia ponderal y el retraso del crecimiento. (Sáez, 2011, p.3)

C. TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura. Se consideran los TCA, la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno alimentario no especificado (TANE). (Portela de Santana et al, 2012, p.392).

Los trastornos alimenticios son enfermedades definidas por los hábitos alimenticios anormales que pueden implicar una ingesta insuficiente o excesiva de alimentos en detrimento de la salud física y mental de un individuo. La bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa son las formas específicas más comunes de trastornos de la alimentación. Otros tipos de trastornos de la alimentación incluyen trastornos alimentarios compulsivos y otros no especificados. (Guerra, 2014, p.52)

D. ANOREXIA NERVIOSA

D.1. Definición:

La palabra anorexia proviene del vocablo griego “anorektous”, en el que “an” implica negación y “orexis” se entiende como apetito, traduciendo “pérdida de apetito”; mientras que el adjetivo “nerviosa” expresa su origen psicológico la anorexia nerviosa se caracteriza por la búsqueda incesante de la delgadez,

acompañada por la restricción voluntaria de la alimentación y el miedo intenso a engordar, a pesar del peligro al que se exponen las personas debido al bajo peso. (Bedoya y Ríos, 2015, p.5)

La anorexia nerviosa es la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. (Burgues, 2015, p. 11)

D.2. Tipos de anorexia nerviosa

- **Anorexia restrictiva:** esta se presenta cuando la persona sólo deja de comer. Es decir, cuando el paciente comienza a restringir dramáticamente la ingestión de alimentos, hasta un punto en que prácticamente no come nada y realiza un ejercicio extremo durante todo el día. (Díaz y Molina, 2014, p. 22)
- **Anorexia purgativa:** el individuo ha incurrido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas (por ej., vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) durante los últimos tres meses. (Gaete et al, 2012, p. 568)

D.3. Epidemiología

La anorexia nerviosa, clásicamente una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, se ha convertido hoy en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y compromete incluso a niños menores de doce años. La prevalencia de AN es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10: 1.8. No existen datos epidemiológicos suficientes en la Argentina. La Asociación de Lucha contra la

Anorexia Nerviosa y Bulimia elaboró una estadística sobre 2.346 encuestas en distintas ciudades del país, e informó un 5,3% de todo tipo de patología alimentaria en los distintos niveles educativos: 58,4% en el secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. Estas cifras superan ampliamente las de otras partes del mundo y es probable que se deba a los criterios empleados para diagnosticar la enfermedad y metodología de las encuestas. La información proveniente de otros países iberoamericanos es escasa. En Perú se estudiaron las historias clínicas de 58 pacientes con AN atendidos entre 1982 y 1998, donde se encontró una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9% de pacientes menores de 24 años. (Lenoir y Silber, 2006, p. 255)

D.4. Etiología

Podríamos decir que no existe una sola causa, sino que es multicausal, ya que depende tanto de factores personales, como psicológicos, sociales y culturales, interpersonales y familiares.

No podemos dejar de hablar de la influencia e importancia de los medios de comunicación y del mundo de la moda, en el desarrollo y prevalencia de estos trastornos, sobre todo por el énfasis que pone nuestra sociedad en la delgadez, entre la población femenina, asociando las adolescentes el éxito a su imagen corporal. (Buil et al, 1997, p. 274)

D.5. Síntomas de la anorexia nerviosa

- **Distorsión de los pensamientos:** los pensamientos negativos y distorsionados sobre el peso y el cuerpo se mantienen e intensifican a medida que la pérdida de peso o la gravedad de la enfermedad aumenta. (Ramos et al, 2016, p.5)

- **Cambios emocionales y afectivos:** el carácter de la persona también cambia y se va mostrando más susceptible, más irritable y ansiosa, con cambios bruscos en su estado de ánimo. (Ramos et al, 2016, p. 6)
- **Mayor actividad:** realizan ejercicio físico excesivo, tanto en intensidad como en frecuencia, además de una gran actividad cotidiana (estudios diversos, actividades complementarias) con el fin de quemar calorías y conseguir una mayor pérdida de peso. (Ramos et al, 2016, p. 6)
- **Maniobras con la comida:** reducen los alimentos en la dieta cotidiana (aunque no es raro que realice recetas suculentas para ofrecerlas a los demás), su forma de comer se lentifica, trocea la comida, la ordena y distribuye en el plato, esconde la comida como puede y su conducta en la mesa a veces tiende al disimulo y otras a la extravagancia; en otros casos prefieren comer a solas. (Ramos et al, 2016, p. 6)
- **Otras conductas:** suelen pesarse, palpar su cuerpo o ponerse prendas de forma repetitiva para observar si ha habido algún cambio en su cuerpo. (Ramos et al, 2016, p. 6)
- **Personalidad:** tienden hacia la introversión, un alto grado de autocontrol y a una gran inclinación hacia el perfeccionismo. Estas características, si no se interviene para reconducirlas positivamente, la ayudan a mantenerse dentro de su enfermedad. (Ramos et al, 2016, p. 6)

D.6. Complicaciones de la anorexia nerviosa

- **Debilitamiento óseo:** La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas.(Carvajal, 2016, p. 19)

- **Problemas sanguíneos:** La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. (Carvajal, 2016, p.19)
- **Problemas gastrointestinales:** La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia. A menudo disminuye el movimiento normal del tracto intestinal a causa de una dieta muy restringida y una pérdida de peso severa. (Carvajal, 2016, p.19)
- **Desajuste de electrolitos:** Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fosfato se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de anorexia pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajustes de electrolito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen. (Carvajal, 2016, p. 20)
- **Deshidratación grave:** En las fases muy avanzadas de la enfermedad puede plantearse la necesidad de aporte de fluidos por vía parenteral, y habitualmente es una decisión difícil de tomar. (Carvajal, 2016, p. 20)
- **Desnutrición grave:** La disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado-descenso del metabolismo basal y modificaciones hormonales, además de alteraciones

cardiovasculares, renales, gastrointestinales, hematológicas y del sistema inmunológico. (Carvajal, 2016, p.20)

- **Cardiopatías:** La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. (Carvajal, 2016, p. 21)
- **Problemas hormonales:** La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. (Carvajal, 2016, p. 21)

E. CONDUCTA DE RIESGO

Las conductas de riesgo son las formas de comportamiento que adopta un individuo y cuando se hacen con una cierta regularidad puede acarrear riesgos en la salud. Definiéndose como aquellas actividades que incrementan las posibilidades de deteriorar el estado de la salud por morbilidad o mortalidad. (Funes et al, 2016, p. 734)

Una conducta de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Debe tenerse cuidado al definir en que consiste una conducta de riesgo y que es un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Al mismo tiempo, las conductas de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas reales de daños a la salud. (Castillo, 1999, p.17).

Para el desarrollo del proyecto se considerará la definición dada por Castillo (1999).

E.1. Conductas de riesgo de anorexia nerviosa

Conducta de riesgo Sociocultural: En la aparición de la anorexia intervienen factores socioculturales, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación como la televisión, radio, revistas que propicia la consecución de deseos sin asumir las consecuencias. (Arenas, 2014, p. 40)

Las conductas socioculturales se encuentra la influencia de los medios de comunicación que promueven el modelo estético corporal delgado, adquiriendo no solo valor cultural, sino también económico, proyectando el consumo hacia el cuerpo, valorado por la imagen atractiva; esto genera una gran preocupación por la figura, la imagen corporal, la comida y las dietas, de esta forma, el estilo de vida y la preferencia social por la delgadez afectan la conducta alimentaria. Una de las causas del protagonismo de las dietas en la actualidad se debe a la influencia de los estereotipos sociales por la delgadez, asociándola de manera inequívoca con la salud, la belleza y el autocontrol. Las redes sociales tienen entre sus objetivos establecer grupos por sus similitudes, pudiendo convertirse en espacios que permitan la agresión, la descalificación y el ataque sobre la figura corporal, lo cual podría influir para que los adolescentes realicen cambios en su cuerpo con el fin de agradar a quien los rechaza. (Bedoya y Ríos, 2015, p.12)

Conductas de riesgo familiar: Su influencia no ha podido ser confirmado empíricamente. Es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la Anorexia en uno de sus miembros. Se ha descrito en la familia una mayor sobre exigencia y sobreprotección sobre los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece

una sensación de inseguridad y falta de control. Los problemas familiares o en relaciones íntimas están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación. Los padres juegan un papel importante, ya que muchas veces están muy involucrados en la vida de sus hijos o muchas veces están son muy criticones y desinteresados. (Carvajal, 2016, p. 12)

La familia toma gran relevancia, ya que es el foco en el que se establecen las normas, hábitos y costumbres que inciden en el estilo de vida y más aún en las conductas alimentarias. Las familias han cambiado, en la actualidad predominan las familias desarticuladas y disfuncionales, en las que los modelos comportamentales de los hijos no son dirigidos por los padres y suelen estar delimitados por estereotipos que no se ajustan a la realidad, surgiendo así las conductas alienadas en las que la mayor influencia la establecen los medios de comunicación y el grupo de pares. (Bedoya y Ríos, 2015, p. 14)

Conductas de riesgo psicoemocionales: Dentro de los factores de riesgo psicológicos asociados a los TCA, la insatisfacción corporal, las conductas dietantes, la internalización del ideal de delgadez, la baja autoestima, el perfeccionismo, y la preocupación por el peso son antecedentes importantes. Además, el ideal de belleza genera una presión e interviene en el proceso de integración de la imagen corporal, en la medida en que se asume la delgadez como un valor altamente positivo, sinónimo de éxito y control sobre sí mismo. (Bedoya y Ríos, 2015, p. 16)

Conductas de riesgo alimentaria: 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. (Rivera, 2007, p. 28)

F. ADOLESCENTE

La palabra adolescente deriva de la raíz Latina *adolescere*, que significa crecer. Más que una etapa es un proceso psicológico y psicosocial relacionado con la pubertad y al desarrollo físico, social y emocional; esta etapa se manifiestan en diferente intensidad en cada persona. Dentro de los cambios físicos más preocupantes, está el incremento normal de grasa corporal, el cual se evidencia en una mayor acumulación de grasa en distintas áreas del cuerpo, pero predominantemente en el área abdominal y de la espalda. Es ahí, que los adolescentes empiezan a preocuparse por el nivel de grasa que acumula su cuerpo, puesto que desean verse bien, para así, tener mayor aprobación social. (Díaz y Molina, 2014, pp.12-13)

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias). (Gaete, 2015, p.437)

La adolescencia se divide en dos etapas según el ministerio de salud:

- **Adolescencia temprana (12- 14 años):** Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de

niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa. (Ministerio de salud, 2012, p.12)

- **Adolescencia tardía (15-17 años):** Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. (Ministerio de salud,2012, p.12)

G. TEORÍAS Y/O MODELOS

G.1. Desarrollo cognitivo en la adolescencia (Piaget)

Cambio de tipo de pensamiento del concreto al abstracto o crítico- analítico o hipotético deductivo del adulto. Capaz de entender conducta que está decidiendo y sus consecuencias, así como las diversas alternativas de enfrentamiento. (Whaley y Wong, 1995, p. 65).

- **Operaciones formales (de los 11 a los 15 años):** el pensamiento operacional formal se caracteriza por la adaptabilidad y la flexibilidad. Los adolescentes pueden pensar en términos abstractos, usar símbolos abstractos y extraer conclusiones lógicas a partir de un conjunto de observaciones. Pueden plantear hipótesis y demostrarlas y considerar cuestiones teóricas y filosóficas. Aunque a veces confunden lo ideal con lo práctico, pueden manejar y resolver la mayoría de las contradicciones del mundo. (Whaley y Wong, 1995, p. 66).

G.2. Desarrollo psicosocial en la adolescencia (Erikson)

Es un periodo que desea autonomía de la familia y desarrollar un sentido de identidad personal. Se observa: identidad de grupo (deseo de pertenecer a un grupo, se viste como el grupo), identidad individual (lo cual lo conlleva a depresión, confusión, etc.), identidad con el rol sexual (relaciones heterosexuales), emotividad (madurez y conductas infantiles (bipolar)). (Whaley y Wong, 1995, p.65).

- **Identidad frente a confusión de roles (de los 12 a los 18 años):** el desarrollo de la identidad se corresponde con el periodo genital de Freud y se caracteriza por cambios físicos rápidos y marcados. La confianza previa en sus cuerpos se alteran, y las niñas empiezan a preocuparse mucho a como los ven los demás. Los adolescentes tratan por todos los medios de conjugar los roles que han desempeñado hasta ahora y los que esperan desempeñar en adelante de acuerdo con las normas y modas adoptadas por sus compañeras, para entregar sus conceptos y valores con los de la sociedad y tomar una decisión con respecto a su trabajo. La incapacidad de resolver el conflicto intrínseco da lugar a confusión. El resultado del dominio adecuado es la devoción y fidelidad a los demás y a determinados valores e ideologías. (Whaley y Wong, 1995, p. 65).

G.3. Teoría de Dorotea Orem: “Teoría del déficit de autocuidado”

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y

mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (Cisneros, 2002, p. 6).

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (Prado et al, 2014, p.837)

G.4. Modelo de Nola Pender: “Promoción de la salud”

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado

de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (Aristizabal et al, 2011, p.17)

Se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Este modelo identifica en el individuo factores cognitivos perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción (Moreno, 2013, p. 2)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: según la intervención del investigador es observacional, según la planificación de toma de datos es prospectivo, según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio transversal (Supo, 2011, p.1, 3)

De enfoque cuantitativo porque reunió datos por medio de entrevistas y observaciones, técnicas normalmente asociadas como los métodos cuantitativos, sin embargo se codificó de tal manera que permitió hacer un análisis estadístico. De nivel descriptivo porque describió los hechos tal como se presenta en la naturaleza. Tipo de investigación: observacional porque no se manipula las variables, ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos. Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal porque las variables se midieron en una sola ocasión. (Supo, 2011, p.16, 17)

DIAGRAMA:

Esquema: M ← O

Donde:

M: La muestra de estudio (adolescentes).

O: conducta de riesgo de anorexia nerviosa.

4.2. Población, muestra y muestreo:

4.2.1 Población: Estuvo conformada por los estudiantes adolescentes de 1ero a 5to grado de secundaria de la institución educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas matriculados en el año académico 2017, siendo un total de 535 estudiantes.

4.2.2 Población muestral: Se trabajó con el 100% de la población, es decir, se consideró una población muestral, distribuidos según el siguiente detalle:

Grado (secundaria)	Número de estudiantes por secciones					
	A	B	C	D	E	
1ero	24	27	25	26	25	127
2do	23	22	25	26		96
3er	27	27	29	27		110
4to	28	26	31			85
5to	28	26	32	31		117
				Total		535

Fuente: Lista de estudiantes matriculados en la Institución Educativa “Virgen Asunta”- 2017

➤ **Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 1ero y 5to grado de secundaria de la institución educativa Virgen Asunta.
- Adolescentes que oscilen entre las edades de 12 a 17 años.

➤ **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no desean participar de la investigación.

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento:

4.3.1. Método:

Deductivo: que permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría (Hernández, 2014, p.200)

4.3.2. Técnica: encuesta (Hernández, 2014,p. 238)

4.3.3. Instrumento de recolección de datos y procedimiento

El instrumento fue elaborado por Rivera (2007), fue un cuestionario (anexo 02) de escala tipo Likert el cual consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos relacionados a conductas de riesgo de anorexia nerviosa, diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores. El instrumento consta de 35 preguntas dividido por cuatro dimensiones las cuales son: sociocultural con 5 preguntas, familiar con 6 preguntas, psicoemocional con 16 preguntas, alimentaria 8 preguntas.

De los 35 ítems 24 son afirmaciones directas (escala de puntuación: nunca: 0, algunas veces: 1, muchas veces: 2) y 11 indirectas (escala de puntuación: nunca: 1, algunas veces: 2, muchas veces: 0) (Rivera, 2007, p.50).

Categorización de las variables

Valor total:

Alto riesgo: 30-70

Mediano riesgo: 18-29

Bajo riesgo: 0-17

Para medir la variable de conductas de riesgo de la anorexia según dimensiones, la categorización fue:

Conducta Sociocultural:

Bajo riesgo: 0-1

Mediano riesgo: 2-4

Alto riesgo: 5-10

Conducta Familiar:

Bajo riesgo: 0-3

Mediano riesgo: 4-6

Alto riesgo: 7-12

Conducta Psicoemocional:

Bajo riesgo: 0-8

Mediano riesgo: 9-14

Alto riesgo: 15-32

Conducta Alimentaria:

Bajo riesgo: 0-3

Mediano riesgo: 4-7

Alto riesgo: 8-16

4.3.4. Validez y confiabilidad del instrumento.

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos. Posteriormente se realizó el Grado de concordancia entre los jueces según la Prueba Binomial, obteniéndose un grado de concordancia significativo de la validación de 3.265. Luego se aplicó la prueba de item-test mediante el coeficiente el Alfa de Crombach obteniéndose confiabilidad de 0.854. (Rivera, 2007, p.50)

4.3.5. Procedimiento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se tomó en cuenta las siguientes etapas:

Primero: Se envió una solicitud dirigido a la dirección de la Institución Educativa Virgen Asunta, Chachapoyas; con la finalidad de brindar facilidades para la ejecución del trabajo de investigación.

Segundo: Se solicitó a la Directora de la Institución Educativa Virgen Asunta, el horario de tutoría para explicar el motivo y

objetivos de la investigación enfatizando la confidencialidad y anonimato de la información.

Tercero: Posteriormente se aplicó el instrumento, el cual fue desarrollado en forma individual y previo conocimiento informado, con una duración de 10 minutos.

Cuarto: se realizó la verificación de cada uno de los instrumentos sobre el llenado completo.

Quinto: como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.3.6. Análisis de datos

A información se procesó en el SPSS versión 23, Microsoft Word 2013, Excel 2013 y una serie de técnicas estadísticas (tablas y figuras estadísticas). Se realizó análisis descriptivo que permite obtener los datos básicos del estudio, asimismo se obtuvieron conclusiones relevantes.

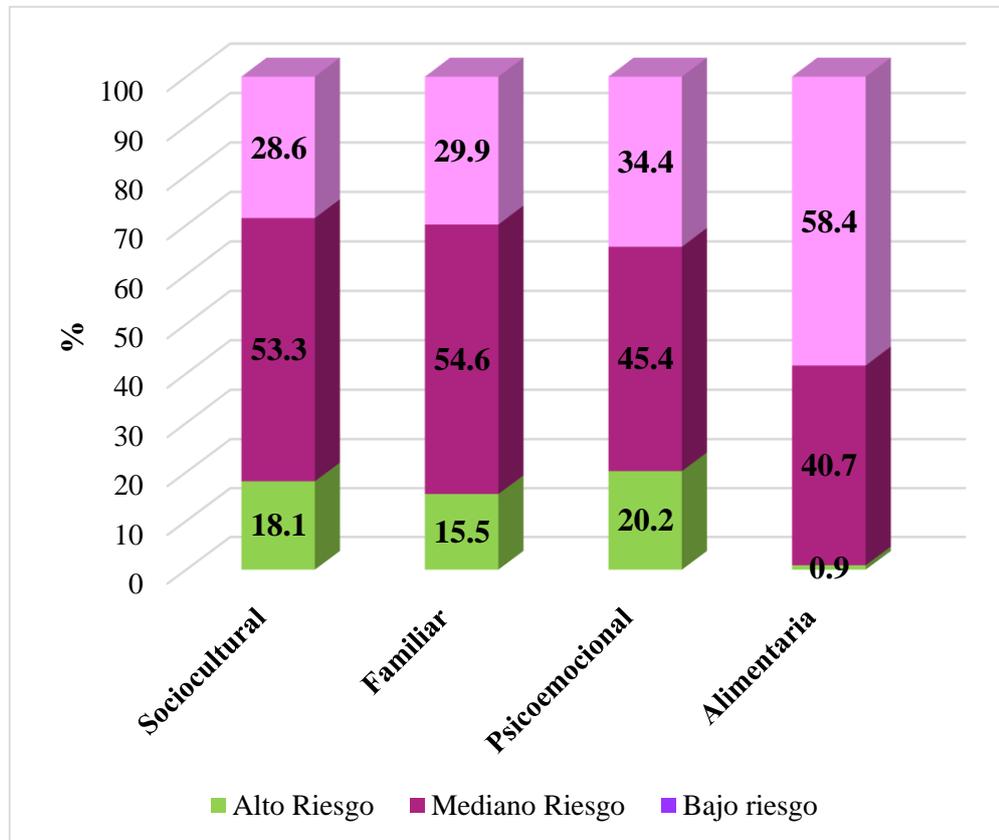
V. RESULTADOS

Tabla 01: Conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017

Conductas de Riesgo	Alto Riesgo		Mediano Riesgo		Bajo Riesgo		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sociocultural	97	18.1	285	53.3	153	28.6	535	100
Familiar	83	15.5	292	54.6	160	29.9	535	100
Psicoemocional	108	20.2	243	45.4	184	34.4	535	100
Alimentaria	5	0.9	218	40.7	312	58.4	535	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017

Figura 01: Conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017



Fuente: tabla 01.

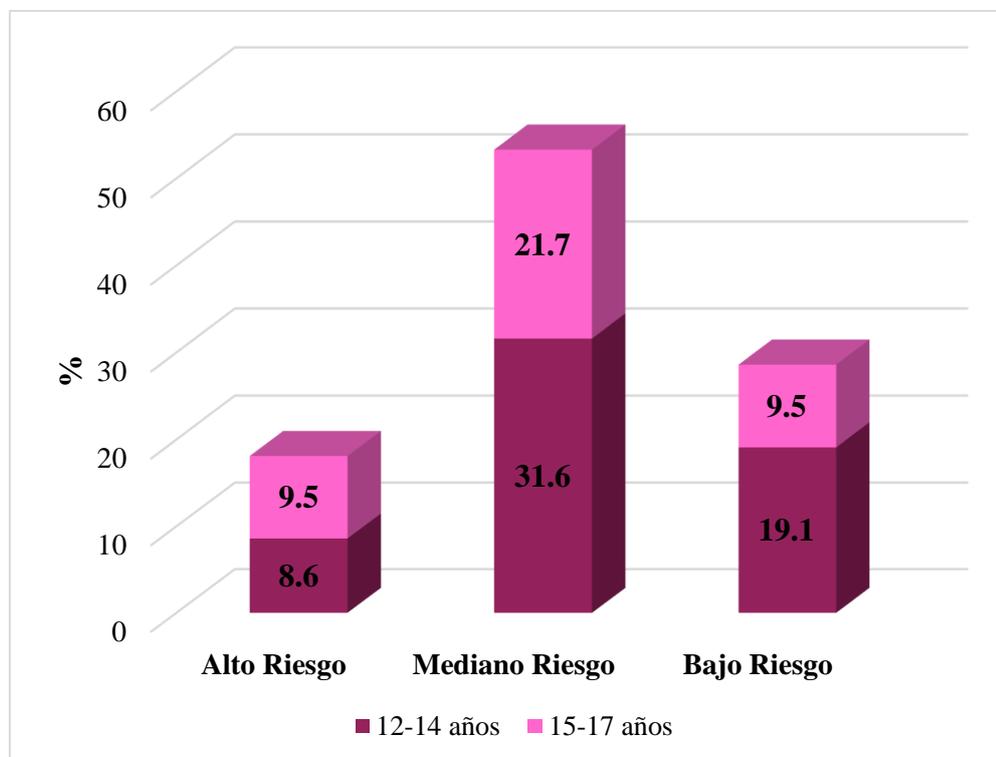
Descripción: En la tabla y figura 01, se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, en la dimensión sociocultural con un 18.1% (97) esta en alto riesgo, con un 53.3% (285) en mediano riesgo, con un 28.6% (153) en bajo riesgo en cuanto a la dimensión familiar con un 15.5% (83) en alto riesgo, con un 54.6% (292) en mediano riesgo, con un 29.9% (160) en bajo riesgo asimismo la dimensión psicoemocional con un 20.2% (108) esta en alto riesgo, con un 45.4% (243) en mediano riesgo, con un 34.4% (184) en bajo riesgo y por terminar en la dimensión alimentaria con un 0.9% (5) esta en alto riesgo, con un 40.7% (218) en mediano riesgo, con un 58.4% (312) en bajo riesgo.

Tabla 02: Conducta de riesgo sociocultural de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.

Conducta de Riesgo Sociocultural	Edad					
	12 a 14 años		15 a 17 años		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	46	8.6	51	9.5	97	18.1
Mediano Riesgo	169	31.6	116	21.7	285	53.3
Bajo Riesgo	102	19.1	51	9.5	153	28.6
Total	317	59.3	218	40.7	535	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017

Figura 02: Conducta de riesgo sociocultural de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.



Fuente: Tabla 02

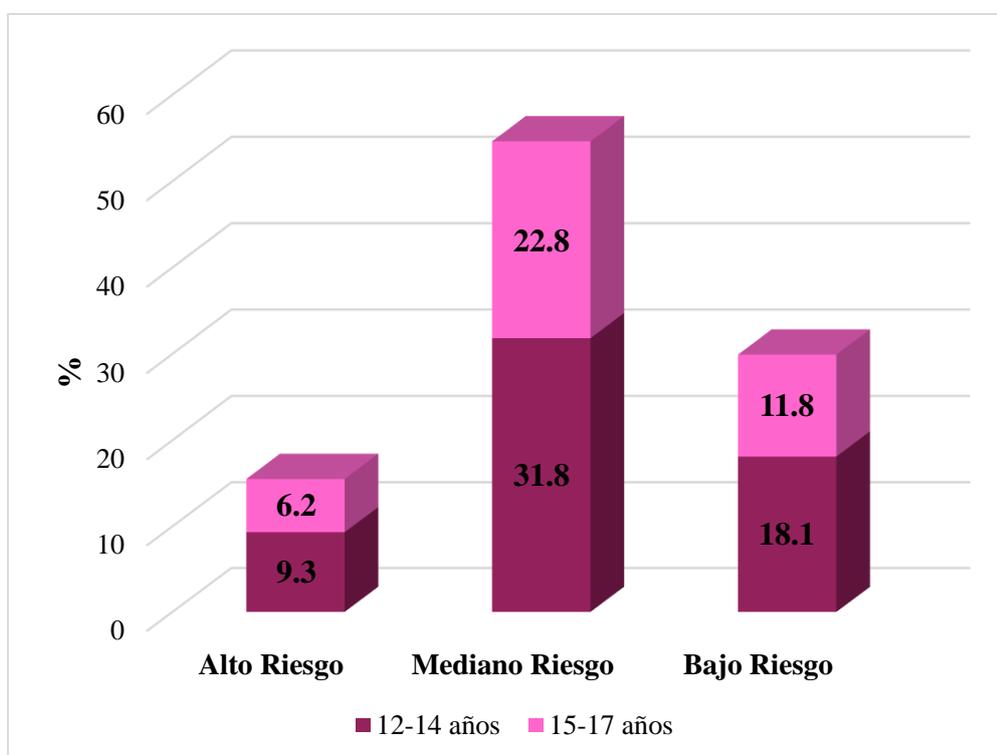
Descripción: En la tabla y figura 02, se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, con un 8.6% (46) de 12 a 14 años y con un 9.5% (51) de 15 a 17 años se encuentran en alto riesgo, con un 31.6% (169) de 12 a 14 años y con un 21.7% (116) de 15 a 17 años se encuentran en mediano riesgo, con un 19.1% (102) de 12 a 14 años y con un 9.5% (51) de 15 a 17 años se encuentran en bajo riesgo.

Tabla 03: Conducta de riesgo familiar de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.

Conducta de Riesgo Familiar	Edad					
	12 a 14 años		15 a 17 años		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	50	9.3	33	6.2	83	15.5
Mediano Riesgo	170	31.8	122	22.8	292	54.6
Bajo Riesgo	97	18.1	63	11.8	160	29.9
Total	317	59.2	218	40.8	535	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017

Figura 03: Conducta de riesgo familiar de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.



Fuente: Tabla 03.

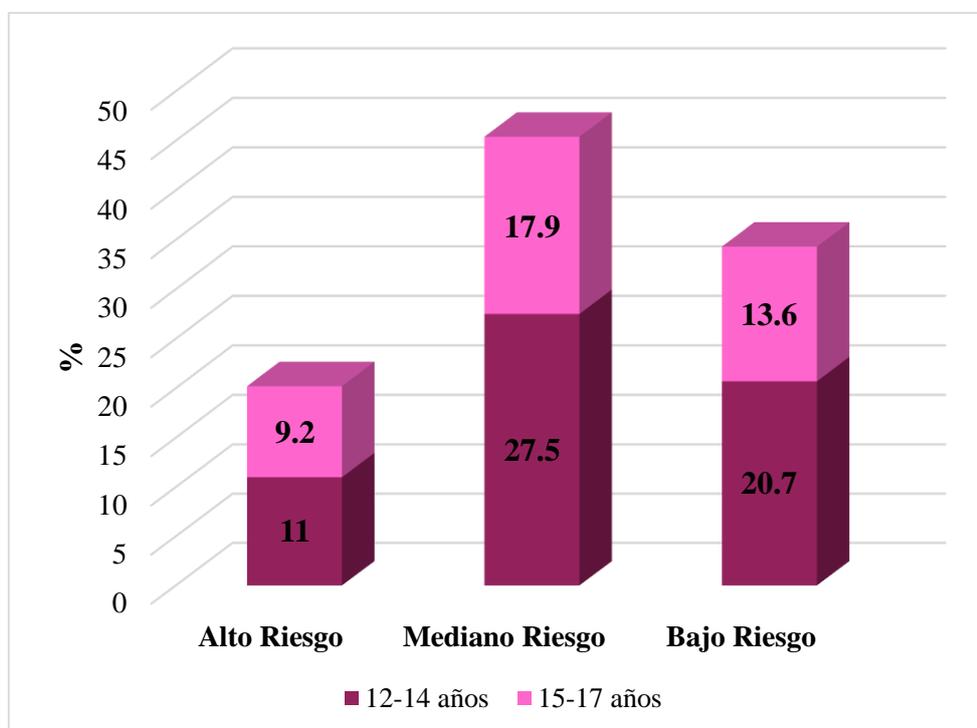
Descripción: En la tabla y figura 03, se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, con un 9.3% (50) de 12 a 14 años y con un 6.2% (33) de 15 a 17 años se encuentran en alto riesgo, con un 31.8% (170) de 12 a 14 años y con un 22.8% (122) de 15 a 17 años se encuentran en mediano riesgo, con un 18.1% (97) de 12 a 14 años y con un 11.8% (63) de 15 a 17 años se encuentran en bajo riesgo.

Tabla 04: Conducta de riesgo psicoemocional de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.

Conducta de Riesgo Psicoemocional	Edad					
	12 a 14 años		15 a 17 años		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	59	11	49	9.2	108	20.2
Mediano Riesgo	147	27.5	96	17.9	243	45.4
Bajo Riesgo	111	20.7	73	13.6	184	34.4
Total	317	59.2	218	40.7	535	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017

Figura 04: Conducta de riesgo psicoemocional de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.



Fuente: Tabla 04

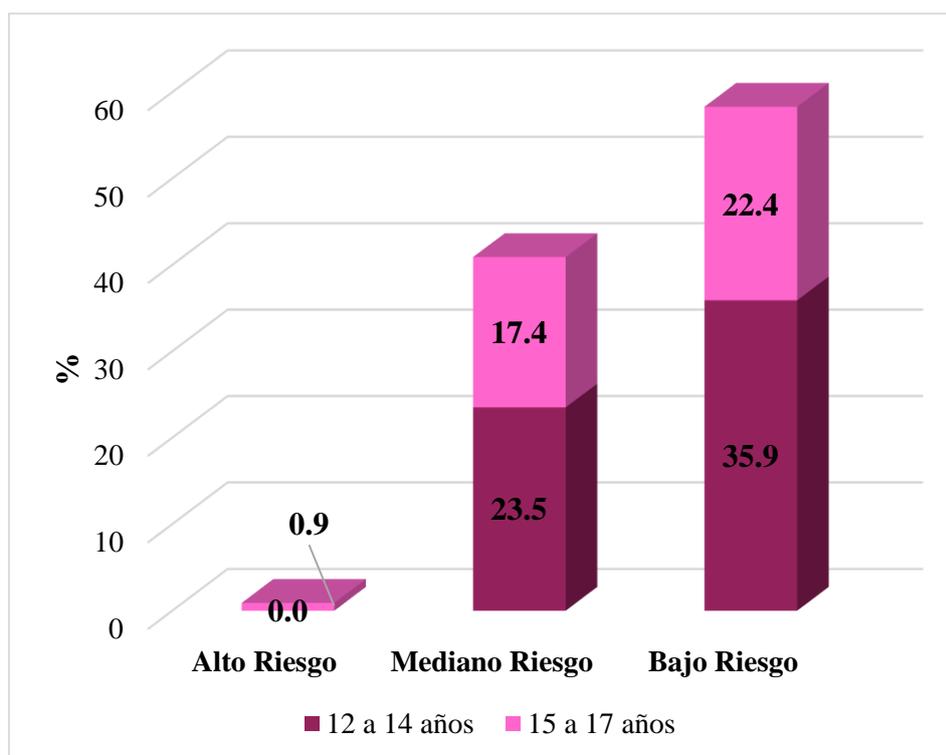
Descripción: En la tabla y figura 04, se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, con un 11% (59) de 12 a 14 años y con un 9.2% (49) de 15 a 17 años se encuentran en alto riesgo, con un 27.5% (147) de 12 a 14 años y con un 17.9% (96) de 15 a 17 años se encuentran en mediano riesgo, con un 20.7% (111) de 12 a 14 años y con un 13.6% (73) de 15 a 17 años se encuentran en bajo riesgo.

Tabla 05: Conducta de riesgo alimentaria de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.

Conducta de Riesgo Alimentaria	Edad					
	12 a 14 años		15 a 17 años		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	0	0.0	5	0.9	5	0.9
Mediano Riesgo	125	23.5	93	17.4	218	40.8
Bajo Riesgo	192	35.9	120	22.4	312	58.3
Total	317	59.4	218	40.7	535	100

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017

Figura 05: Conducta de riesgo alimentaria de anorexia nerviosa según edad en adolescentes de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017.



Fuente: Tabla 05.

Descripción: En la tabla y figura 05, se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, con un 0.0% (0) de 12 a 14 años y con un 0.9% (5) de 15 a 17 años se encuentran en alto riesgo, con un 23.5% (125) de 12 a 14 años y con un 17.4% (93) de 15 a 17 años se encuentran en mediano riesgo, con un 35.9% (192) de 12 a 14 años y con un 22.4% (120) de 15 a 17 años se encuentran en bajo riesgo.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla/figura 01: Los resultados del presente trabajo se observó que del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, en cuanto a las dimensiones sociocultural, familiar y psicoemocional presentaron mediano riesgo (53.3%, 54.6% y 45.4%, respectivamente), en cambio la dimensión alimentaria el mayor porcentaje (58.4%) presentaron bajo riesgo.

Similar resultado encontró Turpo R. (2017), quien demostro que las conductas de riesgo sociocultural, familiar, psicoemocional, alimentaria los adolescentes presentaron un nivel de alto a mediano riesgo.

Por el contrario Carrasco (2016), encontro que los factores familiares estudiados no son determinantes para las conductas alimentarias de riesgo de los adolescentes, lo cual difiere con los resultados encontrados de la presente investigacion, ya que predomino en la dimension familiar el mediano riesgo, por lo que según la definicion de García, (2015) las conductas alimentarias de riesgo que mayor prevalecen tanto a nivel internacional, nacional y en este estudio demuestra que los adolescentes llevan la practica del ayuno y seguimiento de dietas restrictivas para lograr su objetivo de perder peso, ya que según Ibañez, (2014) obtuvo como resultados que el 48.4% de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el 51.6% no presentan riesgo cabe resaltar que la diferencia porcentual entre estas dos categorias es minima, pudiendose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas.

Por otra parte Rojo et al. (2015) quien encontró en su investigación que los adolescentes se encuentran con mayor porcentaje en la conducta de riesgo sociocultural debido a que están pendientes al perfeccionismo (42.8%), impulso a la delgadez (56.9%). Se encuentra una similitud debido a que un 53.3% de los adolescentes se encuentran en mediano riesgo en la conducta sociocultural, por lo cual según la definición de Bedoya y Ríos, (2015) refirieron que la palabra anorexia es “la pérdida de apetito” mientras que el adjetivo “nerviosa” expresa su origen psicológico la anorexia nerviosa se caracteriza por la búsqueda incidente de la delgadez, acompañada por la

restricción voluntaria de la alimentación y el miedo intenso para engordar, a pesar del peligro que se exponen las personas debido al bajo peso.

Asimismo Gaete (2015) refirió que la adolescencia es aquella etapa en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este periodo, es donde ocurren cambios rápidos de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y es capaz de vivir en forma independiente. Comparando los resultados que se obtuvo del presente estudio investigado que las dimensiones más predominantes son la sociocultural y familiar donde se podría decir que los adolescentes por estar en una etapa de constantes cambios tanto físicos y psicológicos buscan la aceptación ante la sociedad y buscara la manera de ser aceptado, también necesitan el apoyo de su familia donde ellos encuentran apoyo, afecto, si les llegara a faltar esto verán la manera de llamar la atención de estos.

Según Piaget definió que el adolescente empieza a tener un pensamiento concreto, critico – analítico, lo cual se caracteriza por la adaptabilidad y la flexibilidad, por otro lado, según Erikson refiere que el adolescente busca su identidad personal y también su autonomía ante su familia, ya que el adolescente empieza a sentir la necesidad de identificarse con un grupo es ahí donde empieza a sentir la preocupación de cómo lo verán los demás y si serán aceptados por la sociedad.

La teoría de Dorotea Orem ve al individuo como manera integral referente a los cuidados básicos, busca mejorar la calidad de vida, la enfermera tiene que enseñar al ser humano sobre su autocuidado.

Según el modelo de Nola Pender busca la promoción de la salud donde es el deseo de alcanzar el bienestar y potencial humano sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, lo cual no se estaría dando en este grupo de adolescentes debido a que con los resultados obtenidos se encuentran en mediano riesgo de presentar una conducta de trastorno alimentario en este caso de anorexia nerviosa.

En la tabla/figura 02, 03, 04 y 05: los resultados que se obtuvo es según las dimensiones estudiadas con respecto a las conductas de riesgo de anorexia nerviosa.

En la conducta de riesgo sociocultural del 100% (535) de los adolescentes en la Institución Educativa Virgen Asunta, la cual está dividida en dos grupos de edades que lo conforman entre 12 a 14 años y de 15 a 17 años de edad, con un 31.6% y 21.7% en mediano riesgo y con un 19.1% y 9.5% se encuentran en bajo riesgo.

Por el contrario Turpo R. (2017) demostró que en los últimos años, las conductas de riesgo socioculturales están en constante incremento, ya que esta conducta se encuentra en alto y mediano riesgo con un acumulado de 74% por lo cual según la definición de Bedoya y Ríos (2015) la conducta de riesgo sociocultural se encuentra la influencia de los medios de comunicación que promueven el modelo estético corporal delgado, adquiriendo no solo valor cultural, sino también económico, proyectando el consumo hacia el cuerpo, valorado por la imagen atractiva; esto genera una gran preocupación por la figura, la imagen corporal, la comida y las dietas, de esta forma, el estilo de vida y la preferencia social por la delgadez afectan la conducta alimentaria.

Una de las causas del protagonismo de las dietas en la actualidad se debe a la influencia de los estereotipos sociales por la delgadez, asociándola de manera inequívoca con la salud, la belleza y el autocontrol. Las redes sociales tienen entre sus objetivos establecer grupos por sus similitudes, pudiendo convertirse en espacios que permitan la agresión, la descalificación y el ataque sobre la figura corporal, lo cual podría influir para que los adolescentes realicen cambios en su cuerpo con el fin de agradar a quien los rechaza.

Barrera et al. (2016). Refiere que la sociedad actual impone una imagen corporal de delgadez y cuerpos perfectos, lo que causa múltiples alteraciones en los jóvenes, lo que provoca a que los adolescentes desarrollen estrategias nocivas a fin de conseguir ese ideal físico impuesto, dichas estrategias se traducen en conductas y actitudes anoréxicas, que se desenvuelven entre grupos sociales principalmente estudiantes siendo la población más vulnerable.

Comparando con el estudio de investigación existe una cierta similitud ya que el grupo etéreo estudiado fue de 12 a 17 años de edad y se encuentran en mediano y bajo riesgo de conductas de riesgo de anorexia nerviosa.

Similar resultado encontró Condori M. (2016) quien demostró que las conductas de riesgo de anorexia nerviosa se diferencian según edades que se reporta en la ciudad de México, las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años. Estos males suelen aparecer más entre los 12 a 17 años debido a muchos factores condicionantes como los cambios físicos hasta los factores externos que lo condicionan a desarrollar dichos trastornos.

La conducta de riesgo familiar del 100% (535) de los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta dividida en dos grupos de edades que lo conforman de 12 a 14 años y 15 a 17 años, con un 31.8% y 22.8% están en mediano riesgo, con un 18.1% y 11.8% se encuentran en bajo riesgo.

Similar resultado encontró Carvajal (2016) quien demostró que la conducta de riesgo familiar provoca estos trastornos de conductas alimentarias debido a la sobreprotección y exigencia de los padres hacia sus hijos. Al comparar el presente estudio se observa que un 54.6% en ambos grupos de edades se encuentran en mediano riesgo, se puede decir que un inadecuado entorno familiar puede conllevar a que el adolescente opte por conductas de riesgo de anorexia nerviosa, por lo cual según Carvajal (2016) refirió que es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la anorexia nerviosa, se a descrito en la familia una mayor sobre exigencia y sobreprotección sobre los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece una sensación de inseguridad y falta de control.

Por otro lado Martínez et al (2017) quienes demostraron la relación sobre la estructura familiar de la población que presento trastornos de conducta alimentarias, con respecto a la funcionalidad familiar el 33.6% percibió disfunción severa y el 22.9% buena función, lo que los adolescentes presentaban gran riesgo de desarrollar una conducta de trastorno alimentario.

En la dimensión de conducta psicoemocional según la definición de Bedoya y Ríos, (2015) que los factores de riesgo psicológicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria, la insatisfacción corporal, conductas dietéticas, la internalización del ideal de delgadez, la baja autoestima, el perfeccionismo y la preocupación por el peso son antecedentes importantes. Además el ideal de belleza genera una presión e interviene en el proceso de integración de la imagen corporal, en la medida en que se asume la delgadez como un valor altamente positivo, sinónimo de éxito y control sobre sí mismo.

En el estudio realizado se encontró como resultado que del 100% (535) de los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta entre las edades de 12 a 14 años y 15 a 17 años, con un 27.5% y 17.9% presentaron mediano riesgo, con un 20.7% y 13.6% se encuentran en bajo riesgo. Según las encuestas realizadas los adolescentes demostraron preocupación a engordar, a ser rechazados por la sociedad al no presentar la figura ideal que ellos creen que tienen que tener, realizan ejercicios excesivos para mantenerse delgadas.

En cuanto a la dimensión de conducta de riesgo alimentaria se obtuvo como resultado que del 100% (535) de los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta que abarca en dos grupos etáreos de las edades de 12 a 14 años y 15 a 17 años, con 0.0% y 0.9% presentaron alto riesgo, con un 23.5% y 17.4% están en mediano riesgo, con un 35.9% y 22.4% se encuentran en bajo riesgo.

Por el contrario Turpo R. (2017) quien demostró que los resultados obtenidos y estudios previos pueden afirmar que está incrementándose las conductas de riesgo alimentaria debido a que los adolescentes se encontraron en un 65% en alto riesgo. Al comparar con el estudio, existe una divergencia ya que los adolescentes se encuentran en bajo riesgo, por lo cual según Rivera (2007) refirió que 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 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 llevándoles una deshidratación extrema, ya que según

Escolar et al (2017) quien demostró que el 7.7% presentaron bajo peso y preocupación excesiva por la comida y el peso.

VII. CONCLUSIONES

1. En conclusión las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institucion Educativa Virgen Asunta son predominantemente la sociocultural y familiar en un nivel de mediano riesgo.
2. Las conductas de riesgo sociocultural, familiar y psicoemocional de la anorexia nerviosa según edad se encuentran con mayor porcentaje en mediano riesgo, no obteniendo diferencias en la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardia (15 a 17 años).
3. La conducta de riesgo alimentaria de la anorexia nerviosa según edad se encuentra con mayor porcentaje en bajo riesgo lo que implica que esta conducta no es predominante según edad.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud Amazonas

Crear mecanismos para que los sectores educativos y de salud apoyen a los padres y las madres de familia en la comunicación con sus hijos e hijas sobre temas de trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa), que a la vez promueva estrategias y opciones para que los padres puedan monitorear, guiar e implementar disciplina con sus hijos e hijas de manera no violenta y con respeto a sus derechos.

2. Institución Educativa “Virgen Asunta” de Chachapoyas – Amazonas.

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. Desarrollando talleres dirigidos a padres con hijos adolescentes para proporcionales conocimientos sobre prevención de los trastornos alimentarios y así adoptar comportamientos más saludables.

3. A Oficina de Bienestar de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Chachapoyas – Amazonas.

Implementar nuevas estrategias de enseñanza en cuanto a la adecuada información sobre conductas de riesgo de anorexia nerviosa en los adolescentes como herramienta vital para cuidar su salud.

4. A los Docentes de Escuela Profesional de Enfermería de Chachapoyas – Amazonas.

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.

Incentivar a los estudiantes a realizar proyección social implementando campañas informativas sobre trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa) en adolescentes, informando de manera clara cuales son los derechos que amparan a los adolescentes para el beneficio de su salud y

promover las habilidades para ejercerlos, brindando mejores conocimientos sobre las consecuencias graves que lleva el trastorno de conducta alimentaria (anorexia nerviosa).

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arena L., (2014). *Nivel de Conocimiento y Práctica de Conductas Riesgosas de Anorexia Nerviosa en Estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario – 2013*. Universidad Nacional del Centro del Perú, Perú.
- Aristizábal G., Blanco D., Sánchez A. y Ostiguín R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, vol. 8. 16 – 23.
- Barrera A., Marín S. & Pinzón J., (2016). *Actitudes y Conductas de Trastornos de la Alimentación en Adolescentes Escolarizados de Instituciones Públicas de Bucaramanga*. Universidad de Santander-Udes, Colombia.
- Bedoya K. & Ríos C. (2015). *Factores De Riesgo y Manifestaciones Clínicas De La Anorexia Y La Bulimia Nerviosa En Hombres Y Mujeres Adolescentes*. Colombia.
- Bermúdez P., Machado K., García I., (2016). Trastorno del comportamiento alimentario del difícil tratamiento. Caso clínico. *Arch Pediatr Urug*, 87(3). 240 – 244.
- Buil C., García A y Pons A. (1997). *Trastorno de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. España.
- Burgues L., (2015). *Factores de Riesgo en el desarrollo de un Trastorno del Comportamiento Alimentario en Gimnasia Artística*. Universidad de la Republica Uruguay, Uruguay.
- Cañete R., y Cifuentes. V. (2012). Valoración del Estado Nutricional. Recuperado de [http: / www. Cap.1.pdf](http://www.Cap.1.pdf). Valoracion de Estado Nutricional: Acceso el día martes 18 de agosto del 2016. Hora 9:00 am.
- Carrasco M. (2016). *Influencia en los Factores Familiares en la Conducta del Riesgo Alimentaria de los Adolescentes en el Colegio Nelson Izquierdo Nazón -2015*. Universidad del Azuay, Ecuador.

- Carvajal B. (2016). *Anorexia en Estudiantes de la Unidad Educativa Fray Álvaro Valladares de la Ciudad de Puyo, Pastaza. Año 2015.* Universidad Nacional de Loja. Ecuador.
- Castillo, C. (1999). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil.* 2da edición. Organización panamericana de la salud.
- Cisneros. F. (2002). *Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería.* Popayán, Colombia.
- Condori M., (2017). *La Percepción de la Imagen Corporal y Trastornos de Conducta Alimentaria en Alumnas de 3ero y 4to de Secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela” en la Ciudad de Tacna, 2015.* Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, Perú.
- Deossa C., Restrepo L., Velásquez J., (2015). Actitudes y Comportamientos de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria en Jóvenes Universitarios, Colombia. *Promoción de la salud.* 20 (1). 67 – 82.
- Díaz C. & Molina C. (2014). *Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias en dos Instituciones Educativas de los Olivos- 2013.* Universidad Ricardo Palma. Perú.
- Escolar M., Martínez M., Gonzáles M., Medina M., Mercado E. & Lara F., (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 8, 105-112.
- Escuela de familia moderna. (2011). *Etapas del Desarrollo Evolutivo.* España.
- Funes F., Gaete V., (2016). Conductas de riesgo en adolescentes con patología crónica compleja bajo control en un policlínico de un hospital pediátrico de Santiago. *Rev Med Chile.* (144). 734- 742.

- Gaete M., López C., Matamala M., (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes. *REV.MED.CLIN.CONDES*. 23(5), 566 – 578.
- Gaete V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Chilena de Pediatría*, 86 (6). 436-443.
- Galindo S. (2012). *Factores Influyentes en el Riesgo de Anorexia Nerviosa en Adolescentes de un Colegio Estatal y Particular de Villa María del Triunfo – 2011*. Universidad Ricardo Palma, Perú.
- García G. (2015). *Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, Ciclo Escolar 2013-2014*. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Guerra C. (2015). *Trastornos de Conducta Alimentaria y la Calidad de Sueño en Adolescentes, Arequipa 2014*. Universidad Católica de Santa María, Perú.
- Hernández R. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta Edición*. Editorial McGRAW- HILL. México.
- Ibañez F. (2014). *Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno – 2013*. Universidad Nacional del Altiplano, Perú.
- Lenoir M. y Silber T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (parte 1). Criterios diagnosticos, historia, epidemiología, etiología, morbilidad y mortalidad. *Arch. Argent. Pediatric*. 104(3). 253-260.
- Martínez D y Martínez S. (2017). Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). *Carta comunitaria*. 25(143). 29-35.
- Ministerio de salud. (2012). *Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente*. Perú.

- Moreno A. (10/06/2013). Nola J. Pender: Modelo de Promoción de la salud. In SlideShare: SlideShare. [www.es. Slideshare.net/ estherodarjaviel/resencin](http://www.es.Slideshare.net/estherodarjaviel/resencin): Acceso el día sábado de junio del 2014. Hora 3:30 pm.
- Organización Mundial de la Salud, 2015. Etapa de adolescencia. Recuperado de <http://www.OMS.com.pe>.: Acceso el día miércoles 20 de junio del 2016. Hora 10:30 am.
- Prado L., González M., Paz N. y Romero K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Central KM*, 835 – 845.
- Portela de Santana M., Costa J, Mora G. y Raich R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2). 391- 401.
- Ramos P., Flores M., Moreno C., Martínez C., Rodríguez P., Martínez T., Hernández L., Ruiz A. y Gómez M. (2016). *Catálogo de Preguntas y Respuestas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Andalucía, España. Junta Andalucía.
- Rivera D. (2007). *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N° 4 Comas*. Universidad Nacional de San Marcos. Perú.
- Ruiz, M., y León, C. (2011). *Alimentación y Nutrición*. Ciudad de Santander. Colombia.
- Rojo L., Iranzo C., Gimeno N., Barbera M., Rojo L. y Livianos L. (2015). Influencias genéticas y ambientales en rasgos psicológicos y actitudes alimentarias en una población escolar española. *Revista de psiquiatría y salud mental*. RPSM-284. 9
- Suricachi M. (2012). *Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes de una Institución Privada Chosica – 2011*. Universidad Ricardo palma, Perú.

- Supo, J., (2011). Seminarios de Investigación. Recuperado de: <https://www.amazon.com/dp/1477449043>: Acceso el día lunes de noviembre del 2013. Hora 11:15 am.
- Turpo R. (2016). *Conductas Riesgosas de Anorexia Nerviosa en Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016*. Universidad Nacional del Altiplano, Perú.
- Ullmann A., (2014). *Relación entre los Trastornos de Conducta Alimentaria y el Índice de Masa Corporal en Estudiantes de la Academia Precatólica Periodo Verano Arequipa 2014*. Universidad Católica de Santa María, Perú.
- Valdivia G. (2013). *Frecuencia y Características Epidemiológicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adultos Jóvenes Estudiantes de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa – 2013*. Universidad Católica Santa María, Perú.
- Whaley y Wong. (1995). *Enfermería Pediátrica*. 4ta Edición. Editorial Diorky. España.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

1. TITULO	4. VARIABLE DE ESTUDIO	7. INSTRUMENTOS
<p>Conducta de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes en la I.E. “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017</p>	<p>Conducta de riesgo de anorexia nerviosa.</p>	<p>El instrumento fue elaborado por Diana Carolina Rivera Chamorro en el año 2007, fue un cuestionario de escala modificada tipo Likert el cual consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos relacionados a conductas de riesgo de anorexia nerviosa, diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores.</p> <p>Conducta Sociocultural: Bajo riesgo: 0 – 2, Mediano riesgo: 2 – 3, Alto riesgo: 4 – 10</p> <p>Conducta Familiar: Bajo riesgo: 0 – 4, Mediano riesgo: 4 – 5, Alto riesgo: 6 – 12</p> <p>Conducta Psicoemocional: Bajo riesgo: 0 – 6, Mediano riesgo: 7- 11, Alto riesgo: 12 – 32</p> <p>Conducta Alimentaria: Bajo riesgo: 0 – 2, Mediano riesgo: 3 – 6, Alto riesgo: 7 – 1</p>

2. FORMULACION DEL PROBLEMA	5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	8. ANÁLISIS DE DATOS
<p>¿Cuáles son las conductas de riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de la I.E., Virgen Asunta, Chachapoyas, Amazonas, 2017?</p>	<p>Esquema:</p> <p style="text-align: center;">M ← O</p> <p>Donde:</p> <p>M: La muestra de estudio.</p> <p>O: conducta de riesgo de anorexia nerviosa</p>	<p>La información se procesó en el SPSS versión 23, además con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error, para la presentación de datos se realizará a través de tablas de doble simple y gráficos de barras.</p>
3. OBJETIVOS	6. POBLACION Y MUESTRA	
<p>Objetivo general</p> <p>Determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de la I.E. Virgen Asunta, Chachapoyas, Amazonas, 2017</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar conductas de riesgo sociocultural de la anorexia nerviosa según edad.</p> <p>Determinar conductas de riesgo familiar de la anorexia nerviosa según edad.</p>	<p>Población:</p> <p>Estuvo conformada por los estudiantes adolescentes de 1ero y 5to grado de secundaria de la institución educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas matriculados en el año académico 2017, teniendo un número de 535 estudiantes.</p>	

<p>Determinar conductas de riesgo psicoemocional de la anorexia nerviosa según edad.</p> <p>Determinar conductas de riesgo alimentaria de la anorexia nerviosa según edad.</p>		
--	--	--



ANEXO N° 02

Conductas de riesgo de anorexia nerviosa (Elaborado por Rivera, 2007)



Código:

I.- Presentación:

Buenos días, soy interna de enfermería, estoy realizando un trabajo de investigación titulado “Conductas de riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta en esta oportunidad me dirijo a usted para solicitarle se sirva responder el presente cuestionario cuyo objetivo es identificar el conocimiento y las conductas riesgosas de anorexia nerviosa.

El presente cuestionario es de carácter anónimo.

Agradezco tu colaboración.

II.- Instrucciones:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, marca con un aspa (X) en el casillero en blanco.

III.- Contenido:

Contenido general:

Datos Generales:

Edad: 12 -14años () 15 - 17 años () 18 -20 años ()

Sexo: Femenino () Masculino ()

Grado: 1ero () 2do () 3ero () 4to () 5to ()

Procedencia: Chachapoyas () R. de Mendoza () Utcubamba () Luya ()
Condorcanqui () Bongará () Bagua ()

Religión: Católica () Adventista () Mormones () Evangélicos ()

Contenido específico

1.- Conductas de riesgo:

Señala la respuesta con la que TÚ te identifiques más:

Nº	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
Conducta de riesgo sociocultural				
1	Prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios, etc.			
2	Quiero ser delgada como las modelos de televisión.			
3	Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación			
4	Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer.			
5	Prefiero los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.			
Conducta de riesgo familiar				
6	Hay buena comunicación en mi familia			
7	Mi familia toma decisiones por mí.			
8	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.			
9	Existen problemas en mi hogar.			
10	Discuto con mis padres por la alimentación.			
11	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.			
Conducta de riesgo psicoemocional				
12	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida.			
13	Pienso que mi salud esta primero que todo.			
14	Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.			
15	Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.			
16	Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico			

17	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.			
N°	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
18	Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien			
19	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida			
20	Considero innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso.			
21	Me considero seguro(a) de mí mismo(a).			
22	Cuento frecuentemente las calorías que consumo			
23	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.			
24	Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso.			
25	Tengo miedo a engordar.			
26	Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.			
27	Paso mucho tiempo mirándome al espejo.			
28	Dicen que soy insoportable.			
29	Dicen que soy una persona tranquila.			
30	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo.			
Conducta de riesgo alimentaria				
31	Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.			
32	Consumo todos los alimentos que me ofrecen			
33	Consumo mis alimentos tres o más veces al día.			
34	Me siento culpable después de comer.			
35	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida			

Gracias

ANEXO N° 03

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA

Para la categorización de la variable conductas se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 21.21

Desviación Estándar: 9.013

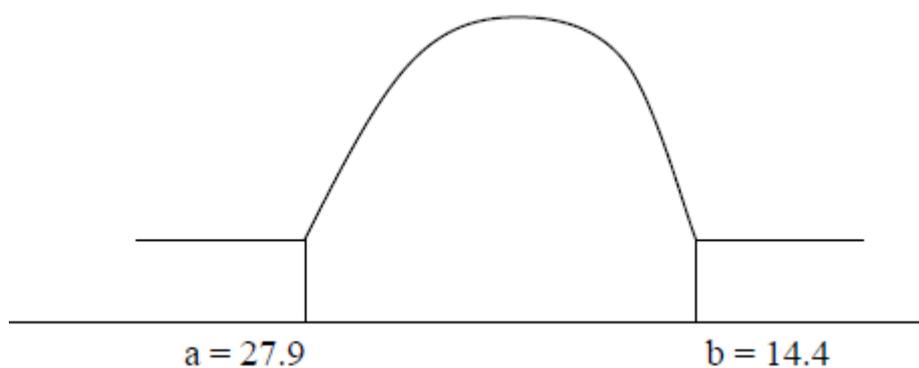
Número de Preguntas: 35

Constante (k): 0.75

STANONES

a) $21.21 + 0.75 (9.013) = 27.9$

b) $21.21 - 0.75 (9.013) = 14.4$



Conductas de bajo riesgo: 0– 17

Conductas de mediano riesgo: 18 – 29

Conductas de alto riesgo: 30– 70

ANEXO N° 04

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN LA DIMENSIÓN ALIMENTARIA

Se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético: 4.72

Desviación Estándar: 2.77

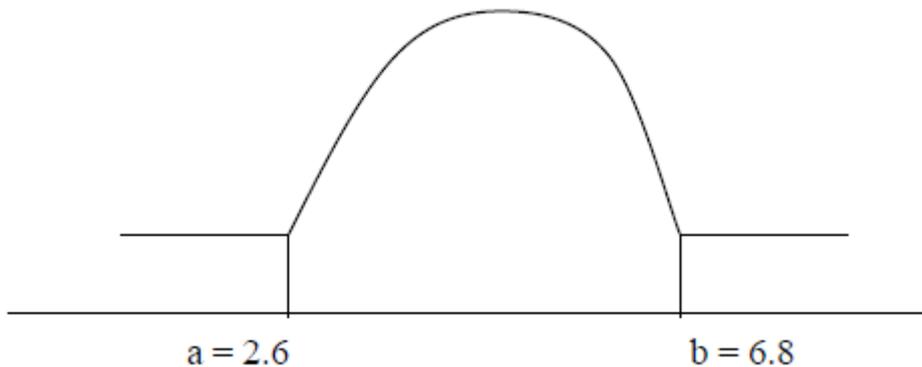
Número de Preguntas: 8

Constante (k): 0.75

STANONES

$$1. 4.72 + 0.75 (2.77) = 6.8$$

$$2. 4.72 - 0.75 (2.77) = 2.6$$



Conductas de bajo riesgo: 0 – 3

Conductas de mediano riesgo: 4 – 7

Conductas de alto riesgo: 8 – 16

ANEXO N° 05

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN LA DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL

Se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético: 8.89

Desviación Estándar: 4.3

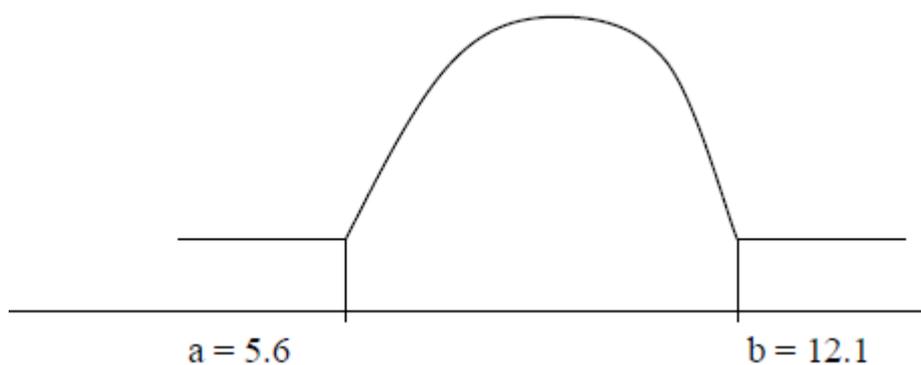
Número de Preguntas: 16

Constante (k): 0.75

STANONES

$$1. 8.89 + 0.75 (4.3) = 12.1$$

$$2. 8.89 - 0.75 (4.3) = 5.6$$



Conductas de bajo riesgo: 0 – 8

Conductas de mediano riesgo: 9 - 14

Conductas de alto riesgo: 15 – 32

ANEXO N° 06

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL

Se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético: 3.1

Desviación Estándar: 1.566

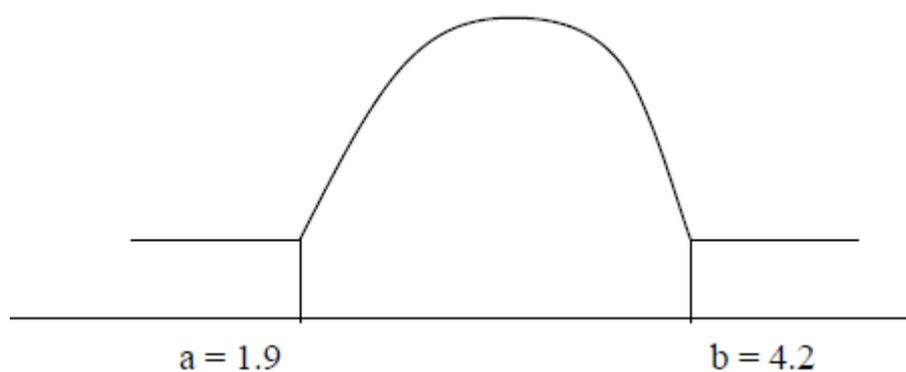
Número de Preguntas: 5

Constante (k): 0.75

STANONES

$$1. 3.1 + 0.75 (1.5) = 4.2$$

$$2. 3.1 - 0.75 (1.5) = 1.9$$



Conductas de bajo riesgo: 0 – 1

Conductas de mediano riesgo: 2 – 4

Conductas de alto riesgo: 5 – 10

ANEXO N° 07

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN LA DIMENSIÓN FAMILIAR

Se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético: 4.49

Desviación Estándar: 1.98

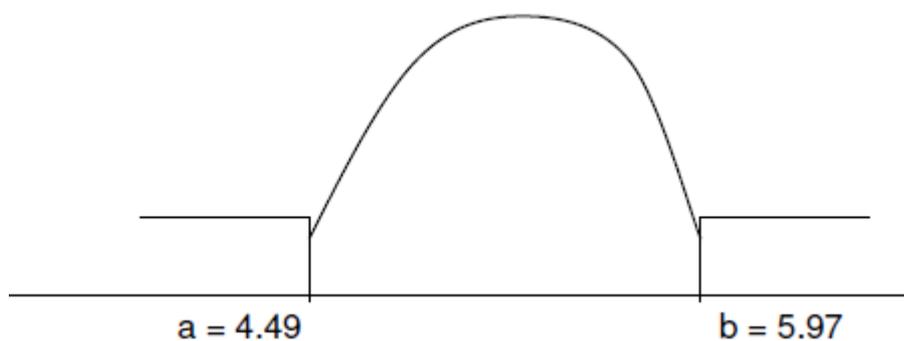
Número de Preguntas: 6

Constante (k): 0.75

STANONES

$$1. 4.49 + 0.75 (1.9) = 5.97$$

$$2. 4.49 - 0.75 (1.9) = 4.49$$



Conductas de bajo riesgo: 0 – 3

Conductas de mediano riesgo: 4 – 6

Conductas de alto riesgo: 7 – 12

ANEXO N° 08

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS

N°	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
Conducta de riesgo sociocultural				
1	Prefiero leer revistas donde se trate de dietas, ejercicios, etc.	0	1	2
2	Quiero ser delgada como las modelos de televisión.	0	1	2
3	Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación	0	1	2
4	Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer.	0	1	2
5	Prefiero los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.	0	1	2
Conducta de riesgo familiar				
6	Hay buena comunicación en mi familia	2	1	0
7	Mi familia toma decisiones por mí.	0	1	2
8	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.	0	1	2
9	Existen problemas en mi hogar.	0	1	2
10	Discuto con mis padres por la alimentación.	0	1	2
11	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.	2	1	0
Conducta de riesgo psicoemocional				
12	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida.	2	1	0
13	Pienso que mi salud esta primero que todo.	2	1	0
14	Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.	0	1	2
15	Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.	0	1	2
16	Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico	2	1	0

17	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.	0	1	2
N°	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
18	Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien	0	1	2
19	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida	0	1	2
20	Considero innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso.	2	1	0
21	Me considero seguro(a) de mí mismo(a).	2	1	0
22	Cuento frecuentemente las calorías que consumo	0	1	2
23	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.	0	1	2
24	Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso.	0	1	2
25	Tengo miedo a engordar.	0	1	2
26	Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.	0	1	2
27	Paso mucho tiempo mirándome al espejo.	0	1	2
28	Dicen que soy insoportable.	0	1	2
29	Dicen que soy una persona tranquila.	0	1	2
30	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo.	2	1	0
Conducta de riesgo alimentaria				
31	Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.	0	1	2
32	Consumo todos los alimentos que me ofrecen	2	1	0
33	Consumo mis alimentos tres o más veces al día.	2	1	0
34	Me siento culpable después de comer.	0	1	2
35	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida	2	1	0

ANEXO N° 09

Tabla 06: Determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes según grados de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017

Conductas de Riesgo de Anorexia Nerviosa	Grado									
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	19	3.6	13	2.4	15	2.8	17	3.2	23	4.3
Mediano Riesgo	69	12.9	62	11.6	45	8.4	30	5.6	51	9.5
Bajo Riesgo	40	7.5	24	4.5	47	8.8	38	7.1	42	7.9
Total	128	24.0	99	18.5	107	20	85	15.9	116	21.7

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017.

ANEXO N° 10

Tabla 07: Determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes según procedencia de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017

Conductas de Riesgo de Anorexia Nerviosa	Procedencia															
	Chachapoyas		Rodriguez de Mendoza		Utcubamba		Luya		Condorcanqui		Bongara		Bagua		Otros	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	72	13.5	3	0.6	0	0.0	4	0.7	1	0.2	1	0.2	2	0.4	4	0.7
Mediano Riesgo	217	40.6	4	0.7	1	0.2	17	3.2	2	0.4	1	0.2	8	1.5	7	1.3
Bajo Riesgo	165	30.8	1	0.2	4	0.7	9	1.7	1	0.2	1	0.2	6	1.1	4	0.7
Total	454	84.9	8	1.5	5	0.9	30	5.6	4	0.8	3	0.6	16	3	15	2.7

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017.

ANEXO N° 11

Tabla 08: Determinar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes según religión de la Institución Educativa “Virgen Asunta”, Chachapoyas, Amazonas, 2017

Conductas de Riesgo de Anorexia Nerviosa	Religión									
	Católica		Adventista		Mormones		Evangélicos		Otros	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto Riesgo	72	13.5	7	1.3	1	0.2	6	1.1	1	0.2
Mediano Riesgo	230	43.0	12	2.2	1	0.2	13	2.4	1	0.2
Bajo Riesgo	169	31.6	9	1.7	4	0.7	8	1.5	1	0.2
Total	471	88.1	28	5.2	6	1.1	27	5	3	0.6

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes de la Institución Educativa Virgen Asunta, 2017.