UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACIÓN EN CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Danitza Milagros Quispe Quispe

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACIÓN EN CONDUCTA RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE CUARTO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

TESIS

Presentada por:

BACH. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado

Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez
PRESIDENTA

Mgr. Jenny Concepción Mendoza Rosado
SECRETARIA

Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
VOCAL

Dra. Eloína Tejada Monroy
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy.

A mi familia por haberme acompañado y apoyado incondicionalmente en todo este tiempo, habiendo realizado un sinfín de sacrificios.

A todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de este trabajo.

BACH. Quispe Quispe, Danitza Milagros.

AGRADECIMIENTO

A la vida, por ser siempre una oportunidad para crecer y realizar metas; a los docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, quienes me brindaron conocimientos e iluminaron mi vocación.

A la asesora de la presente investigación, por su orientación en el desarrollo de la investigación.

BACH. Quispe Quispe, Danitza Milagros.

ÍNDICE

RESUMEN ix
ABSTRACT x
INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema 3
1.2 Formulación del problema 7
1.3 Objetivos 7
1.3.1 General 7
1.3.2 Específico 7
1.4 Justificación 8
1.5 Hipótesis 9
1.5.1 Hipótesis alterna 9
1.5.2 Hipótesis nula 9
1.6 Variable(es) de estudio 9
1.7 Operacionalización de variables 10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación 13
2.2 Base teórica o fundamento teórico 18
2.2.1 Teoría general y /o de enfermería 18
2.2.2 Mapa conceptual 23
2.2.3 Adolescencia 24
2.2.4 Variables de estudio 31
2.2.4.1 Variable Independiente 31
2.2.4.2 Variable dependiente 35

2.3 Definición conceptual de términos 53

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque de la investigación 55
3.2 Tipo de investigación 55
3.3 Método de investigación 55
3.4 Población 56
3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión 56
3.5 Muestra 57
3.5.1 Tamaño de la muestra 57
3.5.2 Muestreo o selección de la muestra 57
3.6 Unidad de análisis 57
3.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos 57
3.8 Validez y confiabilidad 60
3.9 Procedimiento de recolección de datos 61
3.10 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 62
3.11 Consideraciones éticas 62
3.11.1 Principio de autonomía 62
3.11.2 Principio de beneficencia 63
3.11.3 Consentimiento informado 63
3.11.4 Privacidad y confidencialidad de los datos 63
3.11.5 Evaluación de los beneficios del estudio y sus destinatarios 63
3.11.6 Protección de grupos vulnerables 64
3.11.7 Principio de justicia 64
3.11.8 La selección de seres humanos o sin discriminación 64
3.11.9 Los beneficios potenciales serán para los 65

individuos y los conocimientos para la sociedad

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

4.1 Resultados 66
4.2 Prueba de hipótesis 83
4.3 Discusión de resultados 86

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES 101
5.2 RECOMENDACIONES 102

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103
ANEXOS 107

ÍNDICE DE TABLAS

		Pag.
Tabla N°01	Nivel de conocimiento en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	67
Tabla N°02	Conductas riesgosas en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	69
Tabla N°03	Conductas riesgosas según dimensiones en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	71
Tabla N°04	Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	73
Tabla N°05	Nivel de conocimiento y riesgo social en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	75
Tabla N°06	Nivel de conocimiento y riesgo alimentario en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	77
Tabla N°07	Nivel de conocimiento y riesgo emocional en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	79
Tabla N°08	Del nivel de conocimiento y riesgo familiar en anorexia en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018	81

RESUMEN

El presente estudio tuvo como ***Objetivo,*** determinar el nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa en las alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018, ***Metodología***, estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, tipo de investigación transversal y según el tiempo una investigación prospectiva, su finalidad es analítica y deductiva. Tuvo una muestra finita de 117 alumnas de 4to de secundaria del colegio Francisco Antonio de Zela, La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento se usó un cuestionario, elaborado por Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel, modificada por la investigadora Bach. Quispe Quispe Danitza. ***Resultados,*** El 8,5% reportó nivel de conocimiento alto en anorexia nerviosa, el 24,8% nivel de conocimiento medio, el 8,5% nivel de conocimiento bajo, Respecto a conductas riesgosas: el 74,4% evidencia mediano riesgo, el 23,9% bajo riesgo y el 1,7% en alto riego. Resaltando conductas de riesgo en la dimensión familiar con un nivel de alto riego 51,3% y mediano riesgo la dimensión emocional 82,9% ***Conclusión***, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento en anorexia nerviosa y conductas riesgosas.

PALABRAS CLAVE: Nivel de conocimiento, Conductas riesgosas, anorexia nerviosa.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of knowledge and relationship in risky behaviors in anorexia nervosa in the students of 4th year of secondary school, Francisco Antonio de Zela Tacna School 2018, Methodology, quantitative approach study, correlational descriptive, type of cross-sectional research and according to time a prospective investigation, its purpose is analytical and deductive. It had a finite sample of 117 students from 4th year of secondary school Francisco Antonio de Zela, The technique that was used was the survey and as an instrument a questionnaire was used, prepared by Rivera G, and Eating attitudes test of Garner and Garfinkel, modified by Bach researcher. Quispe Quispe Danitza. Results: 8,5% reported a high level of knowledge in anorexia nervosa, 24,8% a level of average knowledge, 8,5% a low level of knowledge. Regarding risky behaviors: 74,4% medium risk evidence, 23,9% under risk and 1,7% in high irrigation. Highlighting risk behaviors in the family dimension with a high risk level 51,3% and medium risk emotional dimension 82,9% Conclusion, there is a significant relationship between the level of knowledge in anorexia nervosa and risky behaviors.

KEYWORDS: Level of knowledge, risky behaviors, anorexia nervosa.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: Nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa en las alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018; tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anorexia nerviosa y su relación con las conductas riesgosas.

La anorexia nerviosa representa un problema de salud importante en la adolescencia, sobre todo en jóvenes de sexo femenino, es típico que se inicie entre los 12 y 17 años de edad; asimismo, este grupo etario es el más vulnerable.

Según diversas opiniones especializadas existen antecedentes que ayudan a explicar y comprender las condiciones y las razones del surgimiento de la anorexia: la falta de conocimiento en las jóvenes que puede influenciar la adquisición de este trastorno; asimismo, hay antecedentes de diversos órdenes como genéticos, familiares, sociales y culturales; la predisposición genética a la obesidad se convierte, en algunos casos, en un factor de riesgo. En otros casos se reciben presiones psicológicas de la sociedad y la cultura: en situaciones y actividades como la gimnasia, modelaje, las redes sociales y también la familia. Al no existir confianza con los padres todo lo mencionado se hace un factor de riesgo que hacen más vulnerables a las jóvenes adolescentes.

En este contexto, la enfermera cumple un rol fundamental; por lo que debe conocer a profundidad la conducta de los jóvenes para así realizar acciones encaminadas a la detección de conductas riesgosas

Para esta enfermedad: la anorexia nerviosa; así como difundir conocimientos para que tomen conciencia las adolescentes de que si bien es cierto la imagen corporal es un aspecto importante para la autoestima, la salud es lo primero.

La presente investigación abarca los siguientes capítulos:

Capítulo I.-Planteamiento del problema de la investigación, se plantea la descripción del problema, traza los objetivos que se quiere alcanzar, hipótesis, variable de estudio y operacionalización de variables.

Capítulo II.- Marco teórico. Hace referencia a los antecedentes de la investigación, base teórica y definición conceptual de términos.

Capítulo III.-. Metodología de la investigación. Plantea el enfoque, método de investigación, la población y muestra del estudio, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, la validez, la confiabilidad, el procesamiento y análisis de los mismos y las consideraciones éticas.

Capítulo IV.- Resultados y discusión de los datos obtenidos de la investigación. Se pone a prueba las hipótesis planteadas.

Capítulo V.- Conclusiones y recomendaciones, Finalizando con las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad psíquica grave y compleja que afecta a la salud física y mental de quien lo padece. Pueden hacer inviable varios aspectos de la vida hasta llegar a la muerte. (1)

Durante la adolescencia aumenta estos cambios físicos se desarrolla el aspecto cognitivo, que involucra cambios en cuanto a percepción. Dependiendo de la madurez que desarrolle, así será la forma de enfrentarse a los cambios antes mencionados, también influirá la nutrición y la condición de vida en la que el adolescente se encuentre inmerso. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0,5% al 3% de la población mundial de adolescentes, conformando el tercer lugar entre enfermedades crónica. Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de niños adolescentes en el mundo padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno alimentario y para el 2020 esta enfermedad será la primera causa de incapacidad en relación con las adolescentes. (3)

En el caso del Perú, el Diario Perú 21, informa que en el 2014 el Dr. Yuri Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa), indicó que se han presentado 1,062 casos de trastornos alimenticios en

general, siendo las regiones con más casos de trastornos alimenticios atendidos son Lima (334), Junín (81), La Libertad (58) y Arequipa (54). (4)

En la ciudad Tacna en el año 2011 se realizó un trabajo de investigación en la institución educativa San Martin de Porres de Tacna entre estudiantes de 4to y 5to de secundaria, se concluyó que el nivel de conocimiento y las conductas riesgosas van juntas; mientras más conocimiento más adolecentes sin anorexia.

Es común que las adolescentes, se sometan a dietas para obtener el cuerpo ideal. Algunas luchan contra una supuesta obesidad lo que hoy en día se le denomina trastornos de la alimentación, que comúnmente se centra en anorexia y bulimia nerviosa; por ello este trabajo toma la anorexia con suma importancia ya que estudios nuevos demuestran que la anorexia nerviosa va en aumento

En el colegio Francisco Antonio de Zela, alberga un promedio de 2000 alumnas del sexo femenino y es considerado uno de los colegios más grandes de Tacna, Es importante saber si las alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela, tienen un conocimiento de anorexia nerviosa y si hay una relación con sus conductas riesgosas, ya que en el año 2008 siendo ex alumna del colegio en mención tuve la experiencia de observar cuando cursaba en 4to de secundaria como en esta etapa de la adolescencia un grupo de alumnas adquirían conductas riesgosas con relación a la anorexia, comenzaban disminuyendo la porción de comida, se figaban en cuanto era el porcentaje de calorías que tenía cada comida, se sometían a ayunos y a dietas no saludables con la finalidad de querer ser como las modelos de revistas o televisión o querer llegar a tener un cuerpo delgado.

Un grupo de compañeras que lo conformaban adolescentes de contextura delgada y gruesas, ambas se sometían dietas escritas las cuales no eran saludables, se restringían líquidos, se miraban contantemente al espejo, se pesaban muy a menudo, contaban las calorías de las comidas, una u otra adolescente eran ansiosas ya que se mordían las uñas, o presentaban un tic de ansiedad, se preocupaban y se sentían culpables cuando subían de peso, hacían preguntas frecuentes de ¿Cómo se veían gordas o flacas?, ¿si eran bonitas?, empezaban un reto de medir la muñeca asiendo un círculo con los dedos de la mano.

En aquel grupo de compañeras muchas de ellas venían de diversos estatus sociales, diferentes tipos de familias en las cuales eran separados, comerciantes o se dedicaban más a su trabajo por lo cual ellas no tenían un control por parte de los padres en el momento de la alimentación, también a la hora del curso educación física era notorio su esfuerzo excesivo en los ejercicios, entre ellas mismas hacían competencia en abdominales, planchas sentadillas y corrían más de lo debido.

Comenzaron a apartarse del grupo de las demás adolescentes unas se demostraban deprimidas, con los ánimos bajos, a veces alegres o molestas, evitaban participar en las actividades de compartir del salón o del colegio para evitar comer, comenzaron a vestirse con ropa suelta y usaban solo buzo del colegio.

Hablaban de artistas femeninas que las admiraban por ser delgadas, en ese año se hablaba de una cantante y actriz que era anoréxica y las adolecentes la tomaron como un ejemplo a seguir.

Durante mis estudios secundarios al grupo de compañeras al observar sus formas de querer bajar de peso y yo preocuparme ya que una de ellas en un día de clases se desmayó y tenía la piel pálida y a solas me

acerqué a ella y le formulé una pregunta ¿sabes lo que estás haciendo con tu cuerpo o las demás lo saben? ¿Sabes las consecuencias que tienen al dejar de comer? refirió no, que no sabía, que solo querían llegar a su objetivo que era bajar de peso, porque ella se consideraba una chica obesa, también refirió que una vez llegado al peso en el cual ella se sienta satisfecha comería normal pero cuando en realidad ya estaba en su peso ideal.

Aquel grupo de adolescentes no sabían las consecuencias que esto podría a conllevar como anemia, problemas cardiacos, debilitamiento del sistema inmunológico, diabetes, trastornos psicopatológicos como: fobia social ansiedad depresión, comportamientos agresivos, abuso de alcohol, trastorno obsesivo – compulsivo. También problemas digestivos que puede guiar a una incapacidad para digerir correctamente la comida y absorber los nutrientes, infertilidad por la pérdida menstrual, osteoporosis, pelo y piel seca, perdida del cabello, también a adoptar otros tipos de trastorno alimentario como bulimia, y por último llevar a un caso extremo como la muerte, ya que también pude escuchar a las auxiliares cuando cursaba 5to de secundaria que una chica de adolescente había fallecido por esta enfermedad anorexia nerviosa.

Por ello como profesional de enfermería es preocupante el tema de la salud mental en los adolescentes más que todo en el sexo femenino por sus cambios físicos y son más vulnerables a las conductas riesgosas en ámbitos como la sociedad, familiar, cultural y alimenticio. Siendo nuestra intervención prevención primaria, es importante identificar cual es la situación actual que atraviesan los adolescentes, y de esta forma sensibilizar a las a la comunidad joven esta enfermedad la anorexia nerviosa.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 General:

- Determinar el nivel de conocimiento de la anorexia nerviosa y su relación con conductas riesgosas en alumnas de 4to secundario, colegio Francisco Antonio de Zela, Tacna 2018

1.3.2 Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimiento de la anorexia nerviosa en alumnas de 4to secundario, colegio Francisco Antonio de Zela, Tacna 2018.
- Identificar las conductas riesgosas de la anorexia nerviosa que afectan a las alumnas 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio De Zela, Tacna 2018
- Establecer la relación entre nivel de conocimientos y las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en alumnas de 4to de secundario, colegio Francisco Antonio de Zela, Tacna 2018

1.4 JUSTIFICACIÓN:

Esta investigación tuvo el objetivo de determinar y evaluar el nivel de conocimiento y conductas riesgosas en anorexia nerviosa en las alumnas de 4to secundaria del colegio Francisco Antonio de Zela, Tacna 2018 lo que nos permitirá mostrar la realidad de un grupo de alumnas adolescentes que pertenecen a diversos estatus sociales, diferente educación en casa y diferentes conceptos que tengan sobre la anorexia nerviosa , quienes son afectadas significativamente por diversos factores que las impulsan a adoptar determinadas conductas de riesgo que las pueden con llevar a la anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa constituye un problema de Salud Pública, es un tema preocupante ya que su prevalencia es cada vez mayor en nuestra sociedad especialmente con los adolescentes, recalcando que es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Las personas que sufren anorexia nerviosa comen tan poco que presentan una pérdida de peso no saludable y se vuelven peligrosamente delgadas. En términos generales, consideran que tienen sobrepeso o son gordas, inclusive cuando están por debajo del peso normal o simplemente muy delgadas.

Con la norma técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente 2012 con la resolución N° 973-2012/MINSA, junto con los resultados de esta investigación se intenta de alguna manera contribuir a la reflexión del actuar de los (las) enfermeros(as), profesión que se encarga de velar por la salud integral de los adolescentes, en el sentido de las actividades preventivo y promocionales que se realizan, también están orientadas a identificar las conductas de riesgo en la población adolescente y promover la adopción de conductas alimentarias saludables.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 Hipótesis alterna

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de la anorexia en estudiantes de 4to secundaria, colegio Francisco Antonio De Zela Tacna 2018

1.5.2 Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de la anorexia en estudiantes de 4to secundaria, colegio Francisco Antonio De Zela Tacna 2018.

1.6 VARIABLE (S) DE ESTUDIO

1.6.1 Variable Dependiente

Conductas riesgosas en la anorexia nerviosa**.**

1.6.2 Variable independiente

Nivel de conocimiento en anorexia nerviosa.

1.8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE: Nivel de Conocimientos de anorexia nerviosa	Conjunto de información obtenida mediante la experiencia propia o referida, o a través de una educación formal o informal. (5)	Conocimientos generales anorexia nerviosa	• Definición • Prevalencia • Características • Manifestaciones • Conductas de riesgo • Consecuencias del conocimiento	Ítem 1 Ítem 2 Ítem 3 Ítem 4 Ítem 5 Ítem 6 Ítem 7 Ítem 8 Ítem 9 Ítem 10 Ítem 11 Ítem 12 Item 13	Alto (18-26 pts.) Medio (10-17 pts.) Bajo (0-9 pts.)	Ordinal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICION
DEPENDIENTE: Conductas riesgosas en la anorexia nerviosa	Son aquellas que al ser ejecutadas con cierta regularidad e intencionalidad consiente o no, aumenta a probabilidad de producir daño, enfermedad o lesión en la persona o en los demás, influenciados por factores socioculturales, personales, psicosociales y	Conductas riesgosas global	• Alimentario • Emocional • Social • Familiar	Ítem 1 Ítem 2 Ítem 3 Ítem 4 Ítem 5 Ítem 6 Ítem 7 Ítem 8 Ítem 9 Ítem 10 Ítem 11 Ítem 12 Ítem 13 Ítem 14 Ítem 15 Ítem 16 Ítem 17 Ítem 18	**Alto (>=93 – 140 p.)** **Medio (-47-92 p.)** **Bajo (0-46 puntos)**	Ordinal
		Aspecto alimentario	• Vomito • Dieta		**Alto (>27-40p)** **Medio (14-26p.)** **Bajo (0-13p).**	
		Aspecto emocional	• Llorar • Depresión		**Alto (>33-52p.)** **Medio (18-34p.)**	

	biológicos. (5)			Ítem 19 Ítem 20 Ítem 21 Ítem 22 Ítem 23 Ítem 24 Ítem 25 Ítem 26 Ítem 27 Ítem 28 Ítem 29 Ítem 30 Ítem 31 Ítem 32 Ítem 33 Ítem 34 Ítem 35	**Bajo (0-17p.)**	
		Aspecto social	• Aislamiento • Medios de comunicación • Revistas		**Alto (14-20p.)** **Medio (2-13p)** **Bajo (0-6p.)**	
		Aspecto familiar	• nuclear • Extendida • Monoparental		**Alto (15-21p).** **Medio (8-14p)** **Bajo (0-7p.)**	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

CARVAJAL. B. (6) *"Anorexia en estudiantes de la unidad educativa fray Álvaro valladares de la ciudad de Puyo, Pastaza, Loja - Ecuador 2015"*, *Objetivo*: Determinar la incidencia, características sociales, económicas, demográficas, familiares, y establecer los factores determinantes de anorexia en los estudiantes. *Metodología*: Fijo transversal, descriptiva, bibliográfica, cuantitativa y de campo Se utilizó como técnica la encuesta que se aplicó a 135 estudiantes de séptimo, octavo, noveno y décimo año. *Resultado*: El 38,51% de los estudiantes tienen prácticas dañinas de la conducta alimentaria determinando que la incidencia de anorexia fue de 2,96%. *Conclusión:* Los adolescentes están vulnerables ante la sociedad ya que la principal causa encontrada en el estudio es la falta de presencia y vigilancia de los padres de familia en horas de su alimentación.

YÉPEZ. V., MORALES. A. (7), *"Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del instituto tecnológico superior República del Ecuador ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el período septiembre 2011 – octubre 2012. Objetivo*: evaluar las conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes y determinar los factores de riesgo. *Metodología*: Cualitativo, que busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. *Resultado*: La etapa adolescente que se encuentra de los 12 a 18 años de edad presenta mayor vulnerabilidad biológica ya que los cambios en el entorno familiar, social y personal pueden combinarse, determinar y originar conductas patológicas vinculadas a la

alimentación. *Conclusión*: Que el grupo de estudio es propenso a desarrollar este tipo de trastorno, prevaleciendo el sexo femenino como el grupo más afectado.

PONCE. J. (8) *Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad – Tingo María; Huánuco, 2014*. *Objetivo:* Determinar conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, 2014. *Metodología*: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, de corte transversal. Se utilizó el test de actitudes alimentarias EAT-26 elaborado por Garmer y Garkinfel a fin de identificar riesgo de desórdenes alimentarios. La muestra estuvo conformada por 100 alumnas mujeres. *Resultados*: El 23,0% presenta riesgo a trastorno en la alimentación (anorexia y/o bulimia nerviosa). El 57,0% se considera obeso. Conclusiones: Menos del 50,0% de las alumnas presenta riesgo de trastorno en la alimentación; el vivir en la zona urbana está asociado significativamente a tener riesgos a trastornos en la alimentación.

DÍAZ C., MOLINA C., (9) *Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos Instituciones Educativas de los Olivos - Lima 2013 Objetivo*: Determinar las diferencias existentes en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre- 2013. *Metodología*: investigación es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo comparativo, de corte transversal; con una muestra probabilística representativa de 150 adolescentes de la Institución Educativa Privada y 176 adolescentes de la Institución Educativa Pública. *Resultado*: No existen diferencias en el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria entre los adolescentes de secundaria

de dos instituciones educativas, pública y privada durante el tercer trimestre-2013 *Conclusión*: Los adolescentes de secundaria de la institución educativa pública tienen mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria. Los adolescentes en etapa tardía, de género femenino y que pertenecen a una estructura familiar monoparental y extensa de ambas Instituciones Educativas obtuvieron mayor puntaje. Asimismo, se encontró que el puntaje obtenido en el Factor control Oral es mayor en ambas instituciones educativas.

ARENAS. L. (10) *"Nivel De Conocimiento Y Práctica De Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Estudiantes Del Colegio Nuestra Señora Del Rosario, Huancayo 2013". Objetivo*: Determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013 e Identificar el nivel de conocimientos sobre Anorexia nerviosa en estudiantes *Metodología*: Es correlacional, la muestra estuvo conformada por 370 estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario, a quienes se les aplicó un cuestionario debidamente validado. Resultado: el nivel de conocimientos de las estudiantes es Alto, sin embargo, hay 29 estudiantes un nivel Medio de conocimientos y un nivel de riesgo medio de prácticas de conductas riesgosas de anorexia. *Conclusión*: Existe una relación significativa inversa entre el nivel de conocimientos y práctica de conductas riesgosas.

QUIROZ. E. (11) *Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Adolescentes De La Carrera Profesional De Enfermería Del Instituto Superior De Educación Pública " Jorge Basadre" Mollendo – Arequipa 2016*. *Objetivo:* Determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar; *Metodología*: Fue de tipo descriptivo trasversal. La población es de 53

adolescentes, la muestra probabilística. El instrumento será el cuestionario propuesto por Diana Carolina Rivera. *Resultado*: Adolescentes tienen un mediano riesgo 50%, en la dimensión alimentaria, psicoemocional, sociocultural un 65% adolescentes tuvieron una conducta de mediano riesgo; en la dimensión familiar el 51% adolescentes tuvieron mediano riesgo de conducta riesgosa. *Conclusiones*: La mayoría de las adolescentes tienen conductas entre mediano y alto riesgo, siendo la dimensión sociocultural la que se da con mayor proporción.

TURPO R., (12)*conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – Perú 2016, Objetivo:* determinar las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar *Metodología*: la investigación fue de tipo descriptivo trasversal, con diseño simple, *Resultado*: muestra 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; respecto a la dimensión familiar el 57% tiene conductas de mediano riesgo y 16% alto riesgo *Conclusiones:* las adolescentes tienen conductas entre mediano y alto riesgo, dimensión sociocultural la que se da con mayor proporción

ARUCUTIPA M. (13) *Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la institución educativa secundaria emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017*. *Objetivo*: de determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la

conducta alimentaria en los adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno-2017. *Metodología*: tipo descriptivo, de corte transversal con diseño simple; la población fue de 213 la muestra estuvo conformada 137 estudiantes del 5to año de secundaria. *Resultados*: muestran que el 59.1% de adolescentes presentan un conocimiento deficiente, el 29,9% presentan un conocimiento regular y tan solo el 11,6% presentan un buen conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria. *Conclusión*: que la mayoría de adolescentes presentan un conocimiento deficiente y regular sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

QUISPE A., (14) *Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa Parroquial San Martín de Porres, Tacna –Perú 2011. Objetivo:* Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de anorexia en estudiantes del nivel secundario de la I.E Parroquial San Martin de Porres, Tacna- 2011. *Metodología:* es de tipo descriptivo correlaciona!, de corte transversal, prospectivo. *Resultado:* El nivel medio de conocimiento fue predominante con (43,31%), respecto al nivel alto (37,58%) y al nivel bajo (19,11%). El nivel medio de conductas de riesgo fue predominante con (63,69%), respecto al nivel alto (18,49%) y al nivel bajo (17,83%). El (43,31) de los estudiantes que presentan nivel medio de conocimiento el (32,48%) presenta conducta riesgosa media de anorexia nerviosa global. *Conclusiones* el estudio se determina que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa, según la prueba estadística de Chi cuadrado.

2.2 BASES TEÓRICAS O FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1 Teoría general y/o de enfermería

MODELO DE ENFERMERÍA DE HILDEGARD PEPLAU

El Modelo de Hildegard Peplau, centra en la teoría de relaciones interpersonales y destaca la importancia de la enfermera/o en el proceso interpersonal definido como terapéutico. (15)

El Modelo de Peplau se incluye en las teorías sobre enfermería de nivel medio, las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería. Propone resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención del enfermero y el resultado propuesto (15)

Teoría psicodinámica de la Enfermería:

Las relaciones interpersonales están abarcadas por las siguientes disciplinas y conceptos:

1. Psicodinámica de relaciones interpersonales.
2. Teoría psicoanalista.
3. Teoría de las necesidades humanas.
4. Concepto de motivación y desarrollo personal.

Supuestos principales para Peplau

Peplau identifica dos supuestos explícitos:

1. El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea el enfermero.

2. Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de Enfermería. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales. (15)

   En su modelo se expresan los siguientes principios de base:

1. Toda conducta humana tiene una importancia y estiramientos hacia una meta que puede ser la investigación de un sentimiento de satisfacción o un sentimiento de satisfacción mismo.

2. Todo lo que constituye un obstáculo, o un impedimento a la satisfacción de una necesidad, un impulso o un objetivo constituye «una frustración».

3. Considerando que la ansiedad puede suceder en las relaciones interpersonales, es necesario estar consciente que el enfermero puede aumentar la ansiedad del paciente no informándole bastante o no contestando preguntas etc. (15)

Enfermería, persona, salud y entorno según Peplau

Relación enfermero-paciente

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermero y paciente: orientación, identificación, aprovechamiento, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal. (15)

1° Orientación: La persona genera una necesidad y busca la ayuda del profesional de enfermería, quien le ayudará a reconocer su problema determinando su necesidad de cuidado.

2° Identificación: La Enfermera/o facilita la exploración de los sentimientos para ayudar a la persona a sobrellevar su enfermedad.

3° Explotación: La persona intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación y la enfermera se propone nuevas metas.

4° Resolución: Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente, liberándose de la identificación con la enfermera/o y creándose relaciones de apoyo. (16)

Roles de la Enfermera/o. En la relación enfermera/o paciente.

Peplau describe seis roles:

Rol de Extraño: El paciente y la enfermera no se conocen, la primera no debe prejuzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado si no hay evidencias claras de lo contrario.

Rol de suministradora de recursos: La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en cuenta la situación y eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

Rol de educadora: Es una combinación de todos los roles y debe partirse de lo que sabe el paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información.

Rol de Líder: La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa.

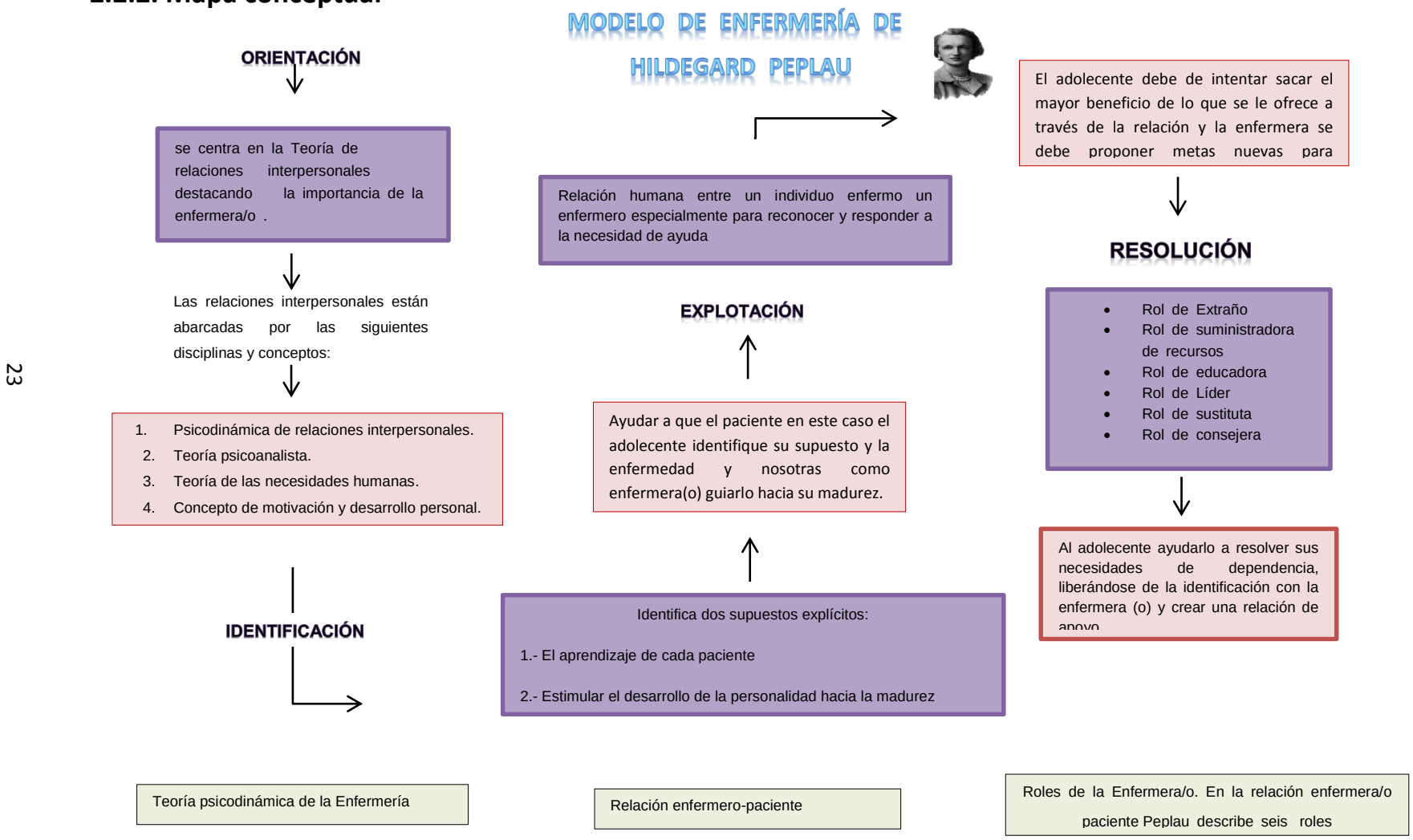
Rol de sustituta: El paciente, sitúa a la enfermera en un rol de sustituta, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactivan sentimientos generados en relaciones anteriores.

La enfermera, debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional.

Rol de consejera: Es el más importante en la enfermería psiquiátrica, debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda (16)

Considero esta teoría de enfermería ya que se trabajó con adolescentes y siendo esta una etapa más vulnerable en donde el adolescente le es difícil relacionarse con una persona adulta y extraña por ello las relaciones interpersonales es un factor muy importante en el profesional de enfermería para poder brindar la confianza al adolescente y este confíe y tengan una buena comunicación, por ello la teorista Peplau nos dice que las relaciones interpersonales para un enfermero es tomada como una terapia para alcanzar una buena salud del enfermo y lograr las metas que se propone el enfermero(a). Por ello se dio una correcta comunicación para poder tener una buena relación interpersonal, brindando la confianza para abrir las puertas que nos dejen ser partícipe del mundo del adolescente al momento de interactuar con él.

2.2.2. Mapa conceptual



2.2.3 Adolescencia

La adolescencia es la etapa de transición de la infancia a la adultez, e incluye cambios físicos, psicológicos y emocionales. Esta etapa de la vida se caracteriza por la existencia de límites poco definidos y está condicionada por factores no sólo biológicos sino de índole político, cultural, social, psíquico, económica y de equidad o inequidad de género, aspectos íntimamente relacionados con las condiciones socioculturales en que ocurren.(17)

La adolescencia es una época de afectividad en pleno proceso de maduración. Este proceso se caracteriza por una mayor o menor estabilidad en esta esfera de la personalidad. El desarrollo de la sexualidad en el adolescente involucra al total de la persona y se relaciona directa e indirectamente con todos los procesos que se dan en ella. (18)

La adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. A pesar de todo, la mayoría de los adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida. (19)

Según la Organización mundial de la salud (OMS) a la adolescencia se le considera la etapa más inestable en la parte física y emocional, la OMS afirma que los adolescentes están entre los jóvenes de 10 a 19 años considerados como un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. (20)

Etapas de desarrollo de la Adolescencia.

La Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente-LOPNA señala que al igual que el desarrollo físico y mental, la sexualidad se forma gradualmente y necesita pasar por una serie de etapas antes de completarse. (21)

- Adolescencia temprana (de 10 a 14 años de edad)
- Adolescencia media (15-17 años)
- Adolescencia Tardía (18-19 años de edad)

Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta. UNICEF concede una especial importancia a la tarea de llegar a los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos, la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias. (20)

En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el concepto de adolescencia, como el período de la vida entre la maduración biológica (incluida la madurez sexual), psíquica y social, y el momento de asumir los roles y responsabilidades de los adultos, Es así, como se puede afirmar que los adolescentes comienzan a evaluar su capacidad en términos del desempeño esperado en los roles futuros, mientras enfrentan expectativas sociales nuevas, relacionadas con la responsabilidad y la elección de formas ocupacionales. (17)

Kielhofner plantea que los adolescentes comienzan a verse seriamente "como autores de sus propias vidas". La libertad reclamada y conquistada por el adolescente se constituye en un reto para establecer claramente sus valores, no sin dejar de experimentar las contradicciones presentadas entre los valores ideales y las realidades cotidianas. Paralelamente los intereses cambian, la atracción hacia lo novedoso y a lo que se establece como desafío, se convierte en una expresión de identidad, lo que a su vez, contribuye a la afirmación de sí mismo. (17)

Para el adolescente, sus amigos y compañeros se constituyen en agentes socializadores y en una fuente de información de lo que sucede fuera del contexto familiar, y en la invitación para probar nuevas ideas y comportamientos. Los nuevos hábitos son parte de las circunstancias cambiantes de ésta etapa, dejan de estar regulados externamente por la familia y se adaptan, por lo general, a las exigencias del grupo de pares. (17)

La adolescencia es un período del desarrollo humano que se edifica sobre las experiencias de desarrollo de la niñez y juega a fuertes bases para la adultez. Él o la adolescente enfrenta un proceso del desarrollo en diferentes esferas de su vida: cambios físicos y fisiológicos,

transformaciones psicológicas y modificaciones de orden social. Este proceso que avanza conforme, el complemento permite hablar de la adolescencia como el tiempo del descubrimiento del mundo interior; el reconocimiento del mundo de vida, del espacio social y de su quehacer en la acción social. En definitiva, cambios que se hacen evidentes en direcciones de transición que varían en función de las influencias de carácter socio histórico. (22)

La adolescencia al ser un periodo de aprendizaje se prolonga, ya que la indudable importancia de este "adiestramiento" tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos. (19)

Etapas de desarrollo de la Adolescencia.

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

Adolescencia temprana (10-14 años).

Se inicia con la aparición del vello púbico y la menarquía o primera regla en la mujer y los sueños húmedos en el varón, como expresión del

comienzo de la maduración sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se caracteriza por comportamientos de extrema curiosidad por su cuerpo, fantasías sexuales, exploración del cuerpo, coquetería, amores platónicos. Básicamente están muy preocupados por sus cambios corporales y tiene gran incertidumbre por su apariencia física (21)

Adolescencia media (15-17 años)

En esta etapa se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadores de riesgo; esto porque tienen un pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance: esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad de estés periodo de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Están muy preocupados por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y están fascinados con la moda (21)

Adolescencia tardía (18-19 años).

Se caracteriza por la completa maduración física y el alcance de la mayoría de edad en el aspecto legal. Logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más estable, alcance de la identidad sexual y personal. El deseo ya no sólo responde a un estímulo o pulsión sexual, sino que el adolescente, comienza a buscar otros valores en sus relaciones sociales, como la confianza o la reciprocidad (23)

Características de la adolescencia

Características biológicas

Es así como la adolescencia es la segunda etapa de la vida donde se vuelve a crecer tanto como ocurrió después del nacimiento. Hay un crecimiento acelerado, pero desproporcionado, primero crece la nariz, las extremidades y finalmente el tronco. El organismo para crecer aumenta sus requerimientos nutricionales, produciendo un característico apetito exagerado. Pero al ser frecuentemente selectivos, es decir comen lo que les gusta y no lo que deben de acuerdo a los requerimientos nutricionales recomendados para su edad, podrían desencadenarse diversos trastornos nutricionales como obesidad, anemia, bocio y carencias vitamínicas. (24)

Por otra parte, este organismo en desarrollo manifiesta una necesidad de liberar energía, lo que puede llevar a una actividad excesiva, que se alterna con astenia (flojera, cansancio). Es así como en forma aparentemente inexplicable, hay días en que están en continuo movimiento y otros en que amanecen cansados "de no hacer nada", de crecer. (24)

Características Psicológicas

Existe en el adolescente una imagen de sí mismo inestable, habitualmente negativa, no están contentos como son y se pueden sentir, poco valiosos. Llegan a ser impulsivos, primero actúan y luego piensan. Muchas veces lamentan lo que dijeron, especialmente al herir a otra persona. (24)

Tienen gran espíritu de oposición. Se oponen a las propuestas de los padres, lo que se entiende en el contexto de la búsqueda de su propia identidad, golpeando fuerte contra la imagen adulta que tienen más cerca y de la que se tienen que separar. (24)

Otras características que se pueden presentar son, la labilidad emocional o cambios bruscos de humor (de pronto lloran y reclaman "que en esta casa ya nadie me entiende"); también la omnipotencia (creen que todo lo saben y que todo lo pueden) y finalmente el egocentrismo (el mundo gira en torno a ellos y sus necesidades y sienten que todos están preocupados de él o ella).
Hay un sentimiento de soledad que se repite. Se sienten únicos y especiales y no existe nadie capaz de comprender lo que a él o ella le sucede. Aparece entonces la necesidad del amigo/a íntimo/a (un par), que en el adolescente menor es casi siempre de su mismo sexo, única persona capacitada para escucharlo, entenderlo y de quien podría aceptar consejos. (24)

Características sociales

Lo más importante que le ocurre al adolescente, desde el punto de vista social, es la intensidad que adquiere la relación con su grupo de pares. Este grupo de pertenencia, que usa un lenguaje, vestimenta y adornos diferentes a los de los adultos es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir la seguridad y destreza social, necesarias para el futuro. (24)

Hay también una revisión crítica a los valores éticos y religiosos aprendidos en la familia o en la escuela. Esta es una revisión necesaria,

para poder incorporar esos valores como propios y no impuestos por otros. (24)

El grupo familiar cae en el conflicto entre rechazo y dependencia. El o la adolescente quisiera ser más independiente, pero la ligazón familiar, especialmente en lo afectivo, es muy importante. (24)

2.2.4 Variables de estudio

2.2.4.1 Variable independiente

Conocimiento:

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (25)

Nivel de conocimiento

- Los sistemas son agentes racionales.
- El medio es el conocimiento.
- Los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.
- La ley de comportamiento es el principio de racionalidad: «si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de sus objetivos, seleccionará esa acción, que se complementa

con dos principios auxiliares: «si dos acciones conducen al mismo objetivo, el agente selecciona ambas» y «si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones».

- No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.

El cuerpo de conocimientos es como una memoria, pero en un nivel de abstracción más alto que el de las memorias de los niveles inferiores: no tiene restricciones estructurales ni en su capacidad ni en sus mecanismos de almacenamiento y acceso. Por otra parte, los objetivos son también conocimiento pero de un tipo especial: conocimiento sobre estados del entorno deseados. (25)

Tipos de conocimiento

El conocimiento se clasifica en: Conocimiento empírico espontáneo (vulgar) y el conocimiento científico.

El conocimiento Vulgar, es el que tiene el común de los hombres, se adquiere y usa espontáneamente. El conocimiento científico es sistemático, metódico, objetivo, analítico, explicativo, riguroso, exacto y selectivo, da fundamentos científicos al que hacer de la ciencia, crea teorías, permitiendo formular generalizaciones. (25)

Evaluación del nivel conocimiento

Al calificar normalmente debemos diferencial el conocimiento adquirido en el proceso de enseñanza - aprendizaje mediante una serie de valores

numéricos ordinales. Los ítems de evaluación para medir los niveles de conocimiento son:

- **Alto**: Denominado también optimo, porque hay adecuada distribución cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes la expresión es acertada y fundamentada.
- **Medio**: Llamado también “regular logrado” hay una integración parcial de ideas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos.
- **Bajo**: Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados cerca del fundamento lógico (25)

Entonces podemos decir, que, según la diferencia de estos tipos de conocimientos, con la educación y el aprendizaje, se adquiere conocimientos (conceptos y experiencias). La educación es un hecho social porque es un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas. (26)

El conocimiento y su relación con la salud

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos”; considera que “…el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”. (27)

Desde el punto de vista pedagógico; "…conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón". Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el "conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, trasmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico". (27)

El ser humano es un inagotable constructor de conocimiento, ya que la constante interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas 40 sobre los hechos que le rodean, y estas a su vez van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos y científicos van generando nuevos conocimientos. (27)

La salud es "el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto, el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud". (27)

"Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o

indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño. (27)

La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. (27)

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos". (27)

2.2.4.2 Variable dependiente

Conductas de riesgo del adolescente

Las conductas de riesgo agrupan aquellas "actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura". De acuerdo este autor afirma que las conductas de riesgo de anorexia nerviosa de los adolescentes son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia. Llega a la conclusión que las conductas de riesgo suelen existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma. (28)

Las impresiones del mundo de acuerdo con sus características personales y las del medio que las rodea los adolescentes van organizando su personalidad. Si el crecimiento y desarrollo tienen lugar en medio de privaciones, pobreza, y violencia, si no reciben cuidados ni afecto, el desarrollo psicoactivo se estanca o se altera. La integridad de la salud física, mental y social resultará de la interacción de las defensas del individuo y la agresividad de los agentes o circunstancias que lo rodean: familia y escuela. La salud del adolescente es el resultado de desarrollo de las etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. A su vez, su salud física, mental y social influirá en etapas posteriores y futuras. Los factores de conductas de riesgo pueden o no desencadenar o asociarse a un determinado suceso indeseado. (28)

En general, existe una asociación de factores que ejercen efectos multiplicadores que interactúan y desencadenan la enfermedad. (28)

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

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

La anorexia nerviosa

Según la OMS la anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida excesiva de peso mantenido por el enfermo. Es una

enfermedad mental derivada de un temor intenso a la obesidad, en el que la persona genera una case de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto. (29)

Dentro de las estadísticas de Anorexia podríamos encontrar los siguientes casos:

El grupo de mayor riesgo está comprendido entre los 14 y 18 años aunque existen estudios que amplían estudios esta edad desde los 12 hasta los 25 años. (30)

Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas. Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que solo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aun sin que requiera que lo bajen. Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dietas son mujeres. (30)

Se calcula que 1 de cada 100 miembros de la población de niños—adolescentes padecen de anorexia mientras que cerca del 3% desarrolla otro trastorno. (30)

La tasa de mortandad a causa de la anorexia ronda del 3% al 15%. El 1,7% de la población sufre depresión y para el 2020 esta enfermedad será la primera causa de incapacidad. (30)

La anorexia una enfermedad en adolecentes tanto física y psicológica que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso, es

una manera extremadamente poco saludable y, en ocasiones, mortal de intentar afrontar los problemas emocionales. Puede llegar a ser crítico llegar hasta la muerte al no tener un buen conocimiento sobre los riesgos que puede tener esta enfermedad y si no se detecta a tiempo o no se toma medidas de prevención. (30)

Fisiopatología

La anorexia nerviosa afecta varios ejes hormonales y las manifestaciones clínicas que tiene dependen fundamentalmente de la edad en que se presenta. El eje que con mayor frecuencia se compromete es el eje hipotálamo-hipófisis-gónada: En la anorexia nerviosa, se encuentra un hipogonadismo hipogonadotrófico. (31)

Esto significa que desde la hipófisis no se están enviando las órdenes adecuadas para el funcionamiento de los ovarios y el ciclo menstrual. (31)

Alteraciones en el eje de la hormona del crecimiento. Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides: En los cuadros de anorexia, para reducir el metabolismo basal, se forma mayor cantidad de T3 reversa que en condiciones normales, lo que se traduce en un nivel más bajo de T3 en los exámenes. En condiciones habituales, cuando se encuentra T3 bajo, la TSH debería incrementarse, porque quiere decir que existe poca hormona tiroidea funcional. Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: La glándula suprarrenal reacciona frente a esta situación de anorexia nerviosa, enfrentándola como una situación de estrés. (31)

Generalmente, lo que se encuentra es un hipercortisolismo, que se manifiesta como un aumento de los niveles basales y del ritmo del

cortisol y de los niveles de cortisol libre urinario. Del mismo modo la intervención de un médico ginecólogo es necesaria ya que la mujer al completar el crecimiento alrededor de los 16-18 años tiene un 26 al 28 % de su peso corporal como depósito adiposo. Cuando este porcentaje se halla por debajo del esperable, el organismo reacciona. En consecuencia, se sustrae el ciclo menstrual. La amenorrea es un recurso del organismo para protegerse de la perdida de hierro y de la consiguiente anemia, e infertilidad. (31)

Síntomas

Los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa están relacionados con la inanición. Este trastorno también incluye problemas emocionales y conductuales asociados con una percepción irreal del peso corporal y con un temor muy intenso a aumentar de peso o a engordar. (32)

Puede ser difícil advertir los signos y síntomas debido a que la noción de peso corporal bajo es diferente para cada persona, y es posible que algunas no parezcan extremadamente delgadas. Además, las personas con anorexia suelen esconder su delgadez, sus hábitos alimentarios o sus problemas físicos. (32)

Síntomas físicos

Los signos y síntomas físicos de la anorexia pueden ser los siguientes:

- Pérdida de peso excesiva, o no lograr el aumento de peso previsto para el desarrollo
- Aspecto delgado

- Recuento de células sanguíneas anormal
- Fatiga
- Insomnio
- Mareos o desmayos
- Pigmentación azulada en los dedos de la mano
- Cabello fino o quebradizo, o pérdida de cabello
- Vello suave como pelusa que cubre el cuerpo
- Ausencia de menstruación
- Estreñimiento y dolor abdominal
- Piel seca o amarillenta
- Intolerancia al frío
- Ritmo cardíaco irregular
- Presión arterial baja
- Deshidratación
- Hinchazón de los brazos o las piernas
- Erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos

Algunas personas con anorexia tienen episodios de atracones y purgas, similar a lo que les ocurre a las que tienen bulimia. Sin embargo, las personas que padecen anorexia por lo general luchan contra un peso corporal anormalmente bajo, mientras que aquellas que padecen bulimia suelen tener un peso normal o por encima de lo normal. (32)

Síntomas emocionales y conductuales

Los síntomas conductuales de la anorexia pueden incluir intentos de bajar de peso de las siguientes maneras:

- Restringir estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno
- Hacer ejercicios de forma excesiva
- Darse atracones y provocarse vómitos para eliminar los alimentos, lo que puede incluir el uso de laxantes, enemas, suplementos dietarios o productos herbarios (32)

Estos son algunos de los signos y síntomas emocionales y conductuales:

- Preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas
- Saltar comidas o rehusarse a comer con frecuencia
- Negar el hambre o poner excusas para no comer
- Comer solo unos pocos alimentos «seguros», por lo general, con bajo contenido de grasas y calorías
- Adoptar rituales rígidos para las comidas o la alimentación, por ejemplo, escupir la comida después de masticarla
- No querer comer en público
- Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió
- Sentir temor a aumentar de peso, que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo repetidas veces
- Mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que se perciben
- Quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas
- Cubrirse con capas de ropa
- Estado de ánimo indiferente (falta de emociones)
- Retraimiento social
- Irritabilidad

- Insomnio
- Disminución del interés en las relaciones sexuales (32)

Causas

Se desconoce la causa exacta de la anorexia. Al igual que con muchas enfermedades, probablemente sea una combinación de factores biológicos, psicológicos y del entorno. (32)

Factores biológicos

Si bien aún no está claro qué genes están involucrados, podría haber cambios genéticos que hacen que algunas personas presenten un mayor riesgo de padecer anorexia. Algunas personas pueden tener una tendencia genética al perfeccionismo, la sensibilidad y la perseverancia: características vinculadas a la anorexia. (32)

Factores psicológicos

Algunas personas con anorexia pueden tener rasgos de personalidad obsesiva compulsiva que les facilitan seguir dietas estrictas y privarse de comer aunque tengan hambre. Es posible que tengan una tendencia extrema al perfeccionismo, lo que hace que piensen que nunca están lo suficientemente delgadas. Además, pueden tener niveles altos de ansiedad y restringir su alimentación para reducirla. (32)

Factores del entorno

La cultura occidental moderna resalta la delgadez. El éxito y la valoración suelen estar equiparados con la delgadez. La presión de grupo puede ayudar a fomentar el deseo de estar delgado, especialmente en las mujeres jóvenes. (32)

Factores de riesgo

La anorexia es más frecuente en niñas y en mujeres. Sin embargo, cada vez más, los niños y los hombres presentan trastornos de la alimentación, que, posiblemente, están relacionados con el aumento de las presiones sociales. (32)

La anorexia también es más frecuente en adolescentes. De todas maneras, este trastorno de la alimentación puede presentarse en personas de cualquier edad, si bien es poco frecuente en mayores de 40. Los adolescentes pueden presentar un riesgo mayor debido a todos los cambios corporales que atraviesan en la pubertad. También es posible que enfrenten mayor presión de grupo y que sean más sensibles a las críticas o incluso a comentarios casuales sobre el peso o la figura. (32)
Ciertos factores aumentan el riesgo de sufrir anorexia, por ejemplo:

Genética. Los cambios en genes específicos pueden hacer que ciertas personas tengan un riesgo mayor de sufrir anorexia. Aquellos que tienen un familiar de primer grado (padre, hermano o hijo) que haya padecido el trastorno presentan un riesgo mucho mayor de tener anorexia. (32)

Dieta y hambre. Estar a dieta es un factor de riesgo de padecer un trastorno de la alimentación. Existen pruebas contundentes de que muchos de los síntomas de la anorexia, en realidad, son síntomas de hambre. El hambre afecta el cerebro e influye en los cambios del estado de ánimo, la rigidez en el pensamiento, la ansiedad y la reducción del apetito. El hambre y el adelgazamiento pueden cambiar la menara en la que funciona el cerebro en personas vulnerables, lo cual puede perpetuar las conductas alimentarias restrictivas y dificultar el regreso a los hábitos alimentarios normales. (32)

Transiciones

Ya sea cambiar de escuela, casa o trabajo, cortar una relación o la muerte o enfermedad de un ser querido, los cambios pueden causar estrés emocional y aumentar el riesgo de anorexia. (32)

Complicaciones

La anorexia puede tener muchas complicaciones. En su forma más grave, puede ser mortal. La muerte puede ocurrir de manera repentina, incluso cuando una persona no está excesivamente delgada. Puede ser resultado de ritmos cardíacos anormales (arritmias) o de un desequilibrio de los electrolitos (minerales como el sodio, el potasio y el calcio que mantienen el equilibrio de los líquidos en el cuerpo). (32)

Otras complicaciones de la anorexia comprenden las siguientes:

- Anemia
- Problemas del corazón, como prolapso de la válvula mitral, ritmos cardíacos anormales o insuficiencia cardíaca
- Disminución de la masa ósea (osteoporosis), lo que aumenta el riesgo de sufrir fracturas
- Pérdida muscular
- En las mujeres, ausencia de la menstruación
- En los hombres, disminución de los niveles de testosterona
- Problemas gastrointestinales, como estreñimiento, hinchazón o náuseas
- Anomalías electrolíticas, como bajo nivel de potasio, sodio y cloruro en la sangre
- Problemas renales

Si una persona anoréxica está en estado de desnutrición grave, todos los órganos del cuerpo pueden sufrir daños, incluido el cerebro, el corazón y los riñones. Es posible que este daño sea irreversible, incluso cuando la anorexia está bajo control. (32)

Además de un sinnúmero de complicaciones físicas, las personas con anorexia también suelen tener otros trastornos de salud mental. Algunas de estas pueden ser:

- Depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos obsesivos compulsivos
- Consumo indebido de alcohol y sustancias

- Autolesiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio (32)

Conducta riesgosa de anorexia nerviosa

Existen múltiples recursos personales, familiares y sociales que favorecen el desarrollo del proceso adolescente y que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Entre los factores personales destacan la baja autoestima, el alto nivel de auto exigencia y de perfeccionismo, miedo a madurar, a crecer. La anorexia, por ejemplo, tiene mayor incidencia y provoca serias alteraciones emocionales y restricciones alimentarias muy severas para perder peso.
Entre los factores familiares también debemos mencionar los posibles conflictos, la incomunicación, la auto exigencia sobre el cuerpo y el sobrepeso de la madre. (31)

Entre los factores sociales y culturales debemos destacar los modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, la influencia de la publicidad y de la moda. Otros factores influyen en la precipitación de esta enfermedad, como por ejemplo la práctica de dietas para adelgazar, problemas personales relacionados con el estrés y también otras patologías psiquiátricas asociadas (31)

Los factores que ayudan en el desarrollo del individuo a aumentar la resistencia al riesgo se denomina factores protectores como son la autoestima y el poder de iniciativa puede jugar un rol importante para disminuir o incrementar los riesgos. (31)

Conductas de riesgo a la anorexia nerviosa

La enfermedad tiene varias conductas de riesgo que al realizarlas nos predisponen a padecerla o la desencadenan directamente. Entre ellas tenemos:

- Conductas de riesgo Alimentario.
- Conductas de riesgo Psicoemocional.
- Conductas de riesgo Sociocultural
- Conductas de riesgo Familiar.

Conductas de riesgo social

En la aparición de la anorexia intervienen factores sociales, 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. (10)

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas de la historia del mundo occidental. El modelo de belleza femenino de épocas pasadas es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarrean cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales. La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. (10)

Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen baja autoestima. Pero para que la restricción ingestiva se inicie no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente. Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación y redes sociales. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV, prensa, radio y redes sociales, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes y muestran la delgadez de una mujer como un prototipo a alcanzar. Entre las conductas de riesgo sociocultural tenemos: (10)

- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazar.
- Preferir los programas de televisión donde aparecen los modelos.
- Preferir conversar sobre temas relacionados con las dietas y el peso
- Tener como imagen ideal a un modelo ideal de belleza. (10)

Conductas de riesgo alimentario

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 vómitos provocados o exceso de ejercicio. (10)

La persona pone muchos obstáculos se niega a comer en grupo o en familia, de forma insistente aduciendo, por ejemplo: “No “Acabo de comer algo, después almuerzo, no se preocupen empiecen sin mí”. Lo cierto es que al negarse a ingerir los alimentos no sólo demuestra su autonomía respecto a sus progenitores, sino también respecto a su propio cuerpo dejando de lado su bienestar físico. Entre ellas tenemos: (10)

- Modificar las costumbres alimentarias.
- Seguir dietas restrictivas.
- Reducir la cantidad de comida.
- Saltarse las comidas.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (por ejemplo, dulces).
- Consumir productos bajos en calorías o ricos en fibra.
- Usar diuréticos y abusar de laxantes.
- Realizar ejercicio físico para perder peso.
- Presencia de atracones en las últimas semanas.
- Sentimientos de culpa por haber comido. puedo comer con los demás en la mesa, siento que me están mirando”,

Conductas de riesgo emocionales

El periodo de la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así de los esfuerzos para separarse de los padres y establecer su propia independencia, todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida, esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que

hace vivir al sujeto periodos de confusión inestabilidad emocional y conductas contradictorias. (10)

Personas con baja autoestima, demasiadas autoexigentes, muy preocupada por lo que opinan los demás constituyen un perfil psicológico común para los trastornos de alimentación. Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto, idealizado, radical, que implica el someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo el propio bienestar llegando incluso a atentar su propia vida. La baja autoestima relacionada con un alto nivel de auto exigencia hace que el deseo de ser aprobadas por la apariencia física pueda llevarlas a una conducta de dieta. El deseo de ser perfecta a los ojos del resto y el autocontrol también son factores que pueden inducir a la anorexia nerviosa. Entre las conductas de riesgo emocionales tenemos: (10)

- Preocuparse de forma excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura.
- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazarse.
- Cambios de carácter (irritabilidad, ira).
- Inseguridad respecto su capacidad.
- Aislamiento social y olvidar las amistades.
- El no aceptarse.
- Baja autoestima
- Inestabilidad emocional

Conductas de riesgo familiar

La familia se considera importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un

predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos. Entre las conductas de riesgo familiar tenemos: (10)

- Preocupación excesiva de la madre o padre por el peso y las dietas.
- Conflictos familiares.
- Modelo de dinámica familiar (clima tenso, agresivo, sobreprotección).
- El que los padres tomen decisiones por los hijos.
- Las madres se encuentran preocupadas por su físico.

Categorización de la conducta de riesgo

La categorización de la conducta riesgos y sus respectivas dimensión como son alimentaria, psicoemocional, sociocultural, familiar, fue realizada a través de la escala de stanones, esta escala es el que categoriza a la variable en 3 dimensiones como pueden ser bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo de conductas de anorexia nerviosa con sus intervalos y puntajes respectivos que encontraremos más detallado en el anexo de esta investigación. (33)

Bajo riesgo:

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

adolescentes consideran innecesario hacer ejercicios excesivos para bajar de peso (33)

Mediano Riesgo:

Son conductas que exponen a desviaciones en la salud, donde las adolescentes consumen alimentos con pocas calorías para bajar de peso, cuentan frecuentemente las calorías que consumen, tienen como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación, evitan asistir a reuniones por no comer, además de ello las adolescentes tienen miedo a engordar, la mayoría de estas adolescentes se sienten culpable después de comer, y por ultimo dejan de desayunar o almorzar para bajar de peso. (33)

Alto riesgo:

Son conductas conducentes a afectar la salud por la anorexia nerviosa; donde las adolescentes quieren ser delgada como las modelos de televisión, prefieren los programas de televisión donde aparecen modelos, modas, el pensar que las personas delgadas tienen más éxito en la vida, piensan que se ven gorda a pesar que los demás dicen lo contrario, una gran parte de adolescentes que están en esta categoría de alto riesgo hacen ejercicios excesivamente para bajar de peso, pasan mucho tiempo mirándose al espejo, estas adolescentes en la parte emocional piensan que la persona que no sea perfecta no llegará nunca a ser alguien y atribuyen características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa. (33)

Esta categoría es extrema ya que estas adolescentes generalmente piensan que los alimentos tienen poca importancia en su vida, viven

momentos críticos y difíciles en mi vida, discuten con sus padres por la alimentación en la hora del desayuno y almuerzo ya que no consumen las calorías necesarias para su edad. (33)

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **Anorexia nerviosa**: El término anorexia proviene del griego: an (falta) y orexis (hambre). Es un trastorno de la alimentación caracterizado por una intensa pérdida de peso auto inducido y un profundo miedo a engordar. El adjetivo nervioso hace referencia al origen psicológico. (34)

- **Trastorno**: Trastorno deriva del latín, compuesto por el prefijo tras-, que significa “al otro lado”, y el verbo tornare, que indica girar o tornear. (35)

- **Conducta**: Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno. (5)

- **TCA (trastorno de conducta alimentaria)**: Son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona. (36)

- **Conocimiento**: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (5)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa en alumnas de 4to de secundaria, colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018, es de enfoque cuantitativo.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es de acuerdo con las características de la investigación, es una investigación transversal y según el tiempo en que ocurren los hechos, una investigación prospectiva, porque para medir el nivel de conocimiento de los estudiantes se necesitó aplicar el cuestionario en un tiempo actual que fue durante el año 2018 necesario para saber el nivel de conocimiento y su relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa; es una investigación no experimental porque se aplicó las encuestas elaboradas a las alumnas de 4to de secundaria, con fines investigativos.

3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación es deductivo y analítico, ya que a partir de una serie de principios se logra deducir conclusiones lógicas, ya que partimos de una hipótesis.

3.4 POBLACIÓN

Para esta investigación cuantitativa la población de estudio estuvo constituida por los 336 alumnos de 4to año de secundaria de la Institución Educativa Francisco Antonio de Zela

3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

La población sujeta de estudio fue constituida por aquellos estudiantes que cumplen con los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión

- Escolares de sexo femenino.
- Escolares que tengan cursen el nivel secundario.
- Escolares que asistan a clases el día de la evaluación
- Escolares que acepten el desarrollo del material usada para la recopilación de datos.
- Escolares que sus padres hayan autorizado con el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Escolares que no pertenezcan al nivel secundario.
- Escolares que no hayan asistido el día de la evaluación.
- Escolares con discapacidad o algún impedimento físico.
- Escolares que no deseen participar.
- Escolares que sus padres no hayan dado el consentimiento informado.

3.5 MUESTRA

3.5.1 Tamaño de la muestra

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finitas, el método del método probabilístico aleatorio simple, con un grado de confianza del 95% y probabilidad de error de 5%; dando como resultado 117 alumnas del colegio Francisco Antonio de Zela.(Ver anexo N° 01)

3.5.2 Muestreo o selección de la muestra

Se trabajó con muestreo probabilístico el cual se aplicó mediante un sorteo entre las 12 secciones de 4to año de nivel secundario seleccionando 6 secciones con las cuales se trabajó. Se aplicaron las encuestas a las alumnas asistentes considerando la muestra de 117 adolescentes.

3.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo compuesta netamente por las alumnas de 4to año de nivel secundario del colegio F.A.Z.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó es un Instrumento elaborado en base al cuestionario de la tesis elaborado por RIVERA GHAMORRO, Diana Carolina; (.2007); y EATtNG AlTITUDES TEST (EAT- 40) de Garner y Garfinkel (1979) (37) modificada por Bach. Quispe D. para la investigación, Test Auto administrado que determina la gravedad de los síntomas y de las conductas alimentarias en la anorexia nerviosa de 40

ítems el cual consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos relacionados a conocimientos y a las conductas riesgosas de la anorexia nerviosa, diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores.

Para la variable independiente, que es el nivel de conocimiento sobre anorexia nerviosa, se utilizó la fuente primaria de recolección de información: se tomó la técnica de la encuesta, siendo el instrumento del cuestionario, y como herramienta registro, el formato digital impreso. Estos serán procesados previa elaboración de libro de códigos, asignando a cada respuesta correcta 2 puntos y respuesta incorrecta O puntos en el instrumento que mide los conocimientos.

Para la variable dependiente, que es conductas riesgosas en anorexia, se utilizó la fuente primaria de recolección de información: se tomó la técnica de la encuesta, siendo el instrumento el cuestionario, y como herramienta registro, el formato digital. Que mide las Conductas de Riesgo: O puntos (nunca); 1 punto (pocas veces), 2 puntos (a veces), 3 puntos (Frecuentemente), 4 puntos (Siempre), se presentará en cuadros y gráficos estadísticos e interpretación.

Instrumento No 01

Conocimientos

Está constituido por 13 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- Conocimiento Alto: >= 18-26 puntos
- Conocimiento Medio: 1 O- 17 puntos
- Conocimiento Bajo: O - 9 puntos

Dimensiones:

Información sobre Anorexia Nerviosa:

- Definición
- Prevalencia
- Características
- Manifestaciones
- Conductas de riesgo
- Consecuencias

Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 35 ítems:

Está constituido por 35 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Riesgo sociocultural:	1-5
Riesgo alimentario:	6-15
Riesgo Psicoemocional:	16-28
Riesgo Familiar:	29-35

Conducta de Alto Riesgo :	>=93-140
Conducta de Mediano Riesgo:	47-92
Conducta de Bajo Riesgo:	0-46

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- **Validez de contenido:**

Los instrumentos miden adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión, mostrando un dominio específico del contenido que precede.

En el instrumento que se utiliza para medir el nivel de conocimiento y relación con las conductas riesgosas en anorexia nerviosa se puede observar, según el juicio de los cinco expertos: dos enfermeras, una nutricionista, un psicólogo y un estadístico, que estadísticamente el cuestionario para medir el nivel de conocimiento en anorexia nerviosa nos indica que la prueba binominal (0,03125) es significativa y también el cuestionario usado para medir conductas riesgosas con anorexia nerviosa nos indica que la prueba binominal (0,03125) es significativa.(Ver Anexo N° 03)

- **Validez de criterio:**

En el caso del cuestionario y la ficha de observación, se puede deducir que ambos son un instrumento de buena validez y concordancia muy alta, ya que fue aplicado por los 11 ítems necesarios para cualificar el nivel de criterio que presentaba y ambos demostraron ser buenos puntajes, la ficha de observación utilizada para medir el nivel de conocimiento relación en conductas riesgosas de la anorexia nerviosa demostró un 0,87 (Ver Anexo N°04)

- **Validez de constructo**:

Ambos instrumentos establecen y especifican la relación teórica entre los conceptos, a su vez se correlacionan los conceptos y se analizan cuidadosamente, interpretándose con la evidencia empírica. A través de análisis factorial exploratorio indica que en el instrumento de nivel de conocimiento en anorexia nerviosa tiene un porcentaje de 55,16 % y el instrumento de conductas riesgosas en anorexia nerviosa su porcentaje es de 67,75, por lo consiguiente, presenta adecuada validez. (Ver Anexo N°05)

Confiabilidad:

Se realizó la confiabilidad a 35 alumnas de la Institución Educativa María Ugarteche de Mac Clean, de las cuales con previo consentimiento y confidencialidad se logró aplicar a esta pequeña muestra como parte de la Prueba Piloto de la presente investigación.

El cual presento fiabilidad aceptable según el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,772.(Ver Anexo N°06)

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó una serie de pasos y las respectivas coordinaciones y trámites administrativos pertinentes. Se elaboró y entrego una carta de presentación dirigida al director de la Institución Educativa Francisco Antonio de Zela para la realización de la ejecución, una vez obtenida la autorización por el director, se realizó las coordinaciones con la subdirectora de secundaria y los docentes

responsables de cada sección a encuestar. Se aplicó los cuestionarios a las estudiantes. Previo consentimiento informado.

3.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de aplicar el instrumento se introdujo a la base de datos según el formato SPSS. Se elaboró tablas estadísticas donde se distribuyó la información de acuerdo a las variables de estudio, luego se procedió a la descripción, interpretación, discusión y conclusiones respectivas.

El presente estudio utilizó como método la estadística descriptiva del cuestionario que se aplicó. La información que se obtuvo fue revisada, ordenada, codificada y vaciada en la base de datos elaborado en el programa Excel 2010 y posteriormente procesado estadísticamente. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba estadística Ji Cuadrado para medir la relación. Los resultados se presentarán en tablas de contingencia con sus respectivos gráficos.

Se elaboraron tablas estadísticas donde se distribuyó la información de acuerdo a las variables de estudio, luego de los cuales se procedieron a la descripción, interpretación, discusión y conclusiones respectivas.

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

3.11.1 Principio de autonomía

Teniendo la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada alumna de la I.E.F.A.Z Tacna ellas aceptaron participar en este respectivo trabajo de investigación.

3.11.2 Principio de beneficencia

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en anorexia nerviosa, para poder para evitar que las adolescentes tengan una conducta nerviosa y poder tomar las medidas respectivas en caso de que alguna adolecente tuviera dicha enfermedad tanto física como psicológica.

3.11.3 Consentimiento informado

A las alumnas de la I.E.F.A.Z se les explico el procedimiento y en qué consistía el presente trabajo de investigación de acuerdo a los objetivos de investigación y variables de estudio y que los resultados serían un gran aporte de suma importancia para este estudio. Por lo consiguiente ellas han firmado el consentimiento informado.

3.11.4 Privacidad y confidencialidad de los datos

Se mencionó a las estudiantes de la I.E.F.A.Z. que se guardaría reserva sobre la información obtenida por parte de ellas por ello el cuestionario es anónimo protegiendo toda la información que brindaban.

3.11.5 Evaluación de los beneficios del estudio y sus destinatarios

El trabajo de investigación tuvo una respuesta positiva en todas las alumnas de 4to año de nivel secundario de la Institución Educativa

Francisco Antonio de Zela fomentando concientización en las adolescentes con respecto a su salud.

3.11.6 Protección de grupos vulnerables

El presente trabajo de investigación demostró cómo la población en la etapa de vida adolescente, es considerada como un grupo vulnerable por sus características que varían ya sea por edad, origen étnico, situación o condición física y/o estado mental que requieren un esfuerzo para poder incluidos o aceptados por la sociedad. Por ello el anonimato de cada estudiante con la finalidad de proteger sus derechos.

3.11.7 Principio de justicia

A las estudiantes de 4to año de nivel secundario de la Institución Educativa Francisco Antonio de Zela se les aplicó la encuesta para medir el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia nerviosa en forma equitativa.

3.11.8 La selección de seres humanos sin discriminación

Cuando se aplicó las respectivas encuestas a la población estudiantil no se discriminó a nadie ni por su edad, enfermedad, todo se realizó en forma justa y equitativa.

3.11.9 Los beneficios potenciales serán para los individuos y los conocimientos para la sociedad

El presente trabajo de investigación brindó resultados que dieron a conocer que sí hay una relación entre el nivel de conocimiento y conductas riesgosas en anorexia nerviosa con la población adolescente que se trabajo es por ello que se debe tomar como prioridad en dar a conocer a la sociedad, para tomar mayores medidas preventivas promocionales con respecto a esta rigurosa realidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

4.1. RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en tablas y gráficos, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas

TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	10	8,5
Medio	29	24,8
Alto	78	66,7
TOTAL	**117**	**100,0**

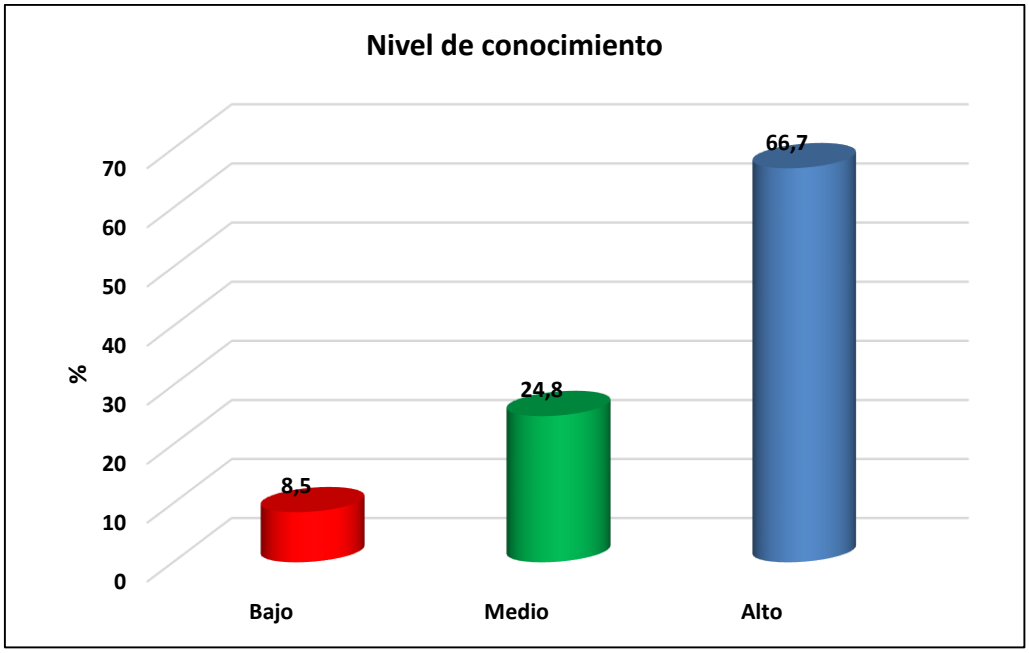
Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que el 66,7% tiene un nivel alto en conocimiento, mientras que el menor porcentaje 8,5% tienen un nivel bajo en conocimiento.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°01

TABLA N° 02

CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

CONDUCTAS RIESGOSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo Riesgo	28	23,9
Mediano Riesgo	87	74,4
Alto Riesgo	2	1,7
TOTAL	117	100,0

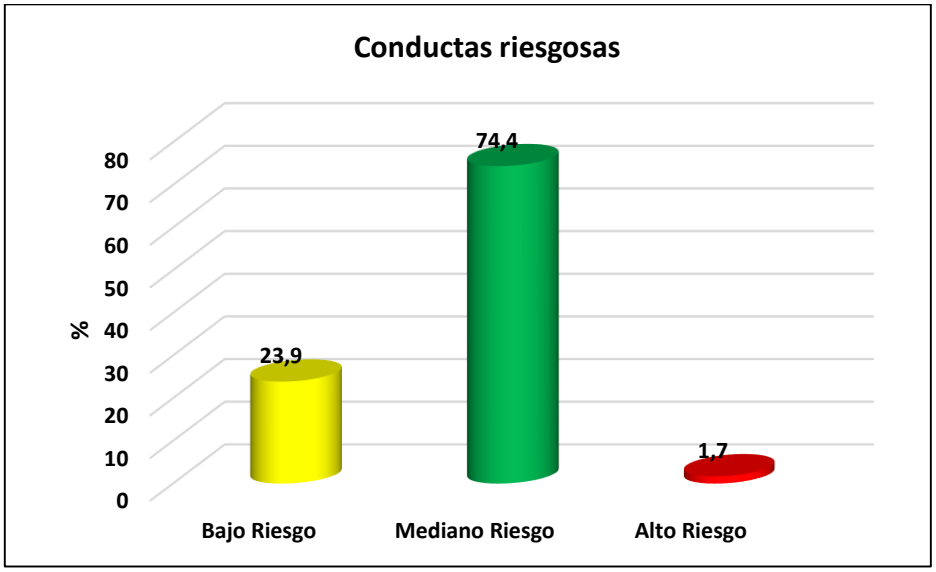
Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que el 74,4% tiene un mediano riesgo, mientras que el menor porcentaje 1,7% tienen un alto riesgo.

GRÁFICO N° 02

CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°02

TABLA N° 03

CONDUCTAS RIESGOSAS SEGÚN DIMENSIONES EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL	RIESGOS							
	SOCIAL		ALIMENTARIO		EMOCIONAL		FAMILIAR	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	68	58,1	67	57,3	12	10,3	3	2,6
Medio	38	32,5	39	33,3	97	82,9	54	46,2
Alto	11	9,4	11	9,4	8	6,8	60	51,3
Total	117	100,0	117	100,0	117	100,0	117	100,0

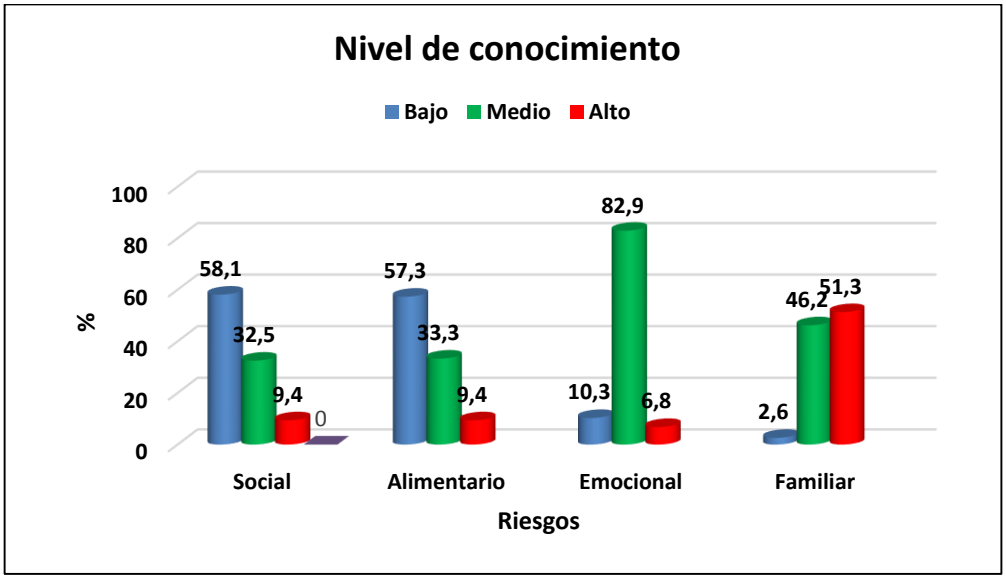
Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que el nivel de conocimiento en la dimensión emocional es medio ya que tiene el mayor porcentaje: 82,9% mientras que el nivel de conocimiento bajo en la dimensión familiar es de menos 2,6%.

GRÁFICO N° 03

NIVEL DE CONDUCTAS RIESGOSAS SEGÚN DIMENSIONES EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°03

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CONDUCTAS RIESGOSAS							
	BAJO RIESGO		MEDIANO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	1,7	8	6,8	0	0	10	8,4
Medio	8	6,8	21	17,9	0	0	29	24,8
Alto	18	15,4	58	49,6	2	1,7	78	66,7
Total	28	23,9	87	74,4	2	1,7	117	100

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

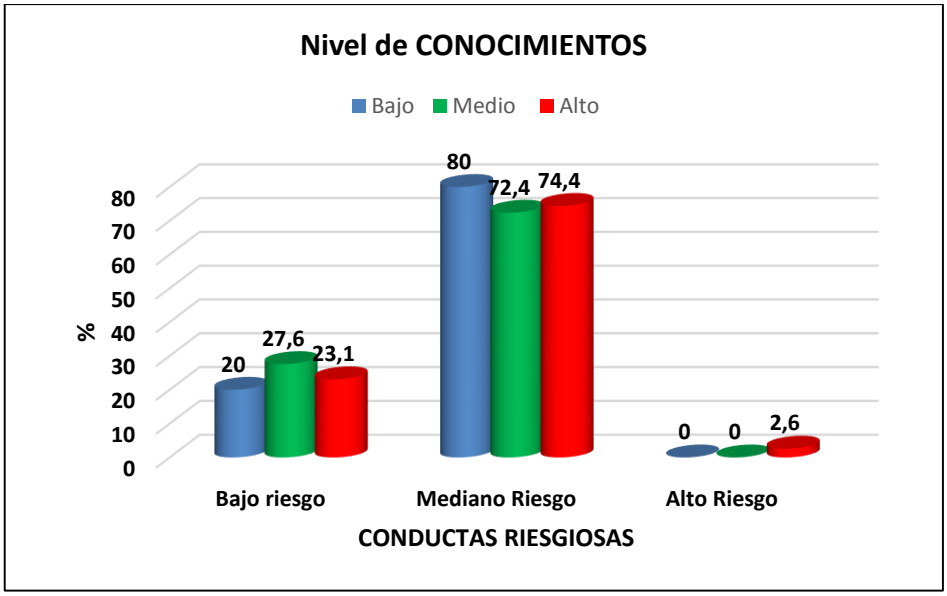
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla podemos observar que el nivel de conocimiento de anorexia alto tiene el mayor porcentaje 66,7%, mientras que el nivel de conocimiento bajo tiene menor porcentaje 8,4%.

En conductas riesgosas tienen mayor porcentaje el mediano riesgo 74,4% mientras alto riesgo tiene el menor porcentaje 1,7%

GRÁFICO N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018.



Fuente: Tabla N°04

TABLA N° 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO SOCIAL EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RIESGO SOCIAL							
	BAJO RIESGO		MEDIANO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	1,7	5	4,2	3	2,6	10	8,4
Medio	17	14,6	9	7,8	3	2,6	29	24,8
Alto	49	41,8	24	20,5	5	4,3	78	66,7
Total	68	58,1	38	32,5	11	9,5	117	100

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

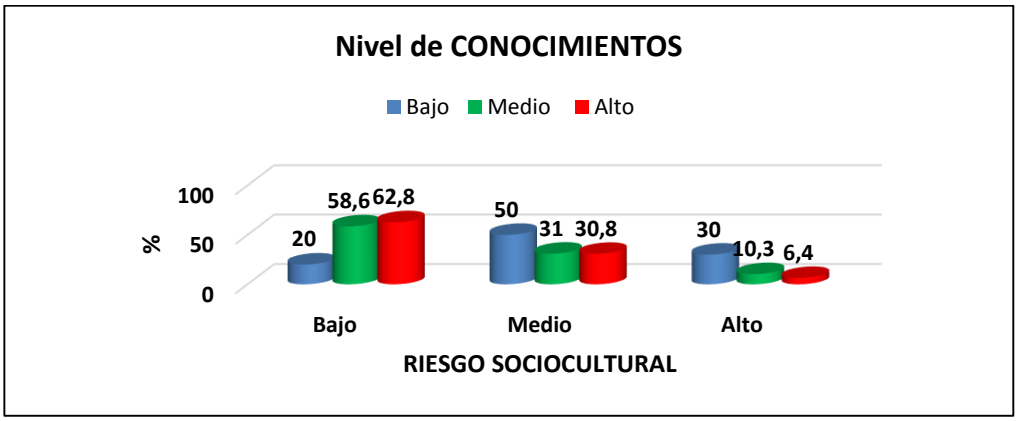
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar la distribución porcentual del nivel de conocimientos y riesgo social en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria:

El 41,8% tiene un alto nivel en conocimiento, por tanto, un nivel bajo en conductas riesgosa. El 1,7% tiene un bajo nivel de conocimiento, por tanto, un nivel bajo en conductas riesgosa.

GRÁFICO N° 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO SOCIAL EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°05

TABLA N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO ALIMENTARIO EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RIESGO ALIMENTARIO							
	BAJO RIESGO		MEDIANO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	1,7	3	2,5	5	4,2	10	8,4
Medio	12	10,3	13	11,1	4	3,5	29	24,8
Alto	53	45,3	23	19,7	2	1,7	78	66,7
Total	67	57,3	39	33,3	11	9,4	117	100

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

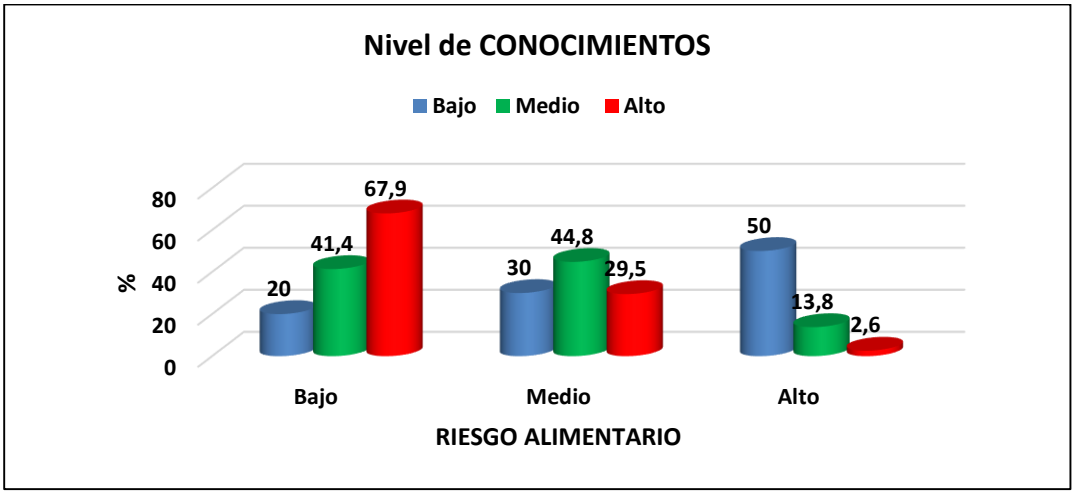
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos se observa la distribución porcentual del nivel de conocimientos y riesgo alimentario en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria:

El 45,3% tiene un alto nivel en conocimiento, por lo un nivel bajo en conductas riesgosa. El 1,7% tiene un bajo nivel de conocimiento, por lo tanto un nivel bajo en conductas riesgosa.

GRAFICO N°06

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO ALIMENTARIO EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°06

TABLA N° 07

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO EMOCIONAL EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RIESGO EMOCIONAL							
	BAJO RIESGO		MEDIANO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	0,9	9	7,8	0	0	10	8,4
Medio	5	4,3	22	18,7	2	1,7	29	24,8
Alto	6	5,1	66	56,4	6	5,1	78	66,7
Total	12	10,3	97	82,9	8	6,8	117	100

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

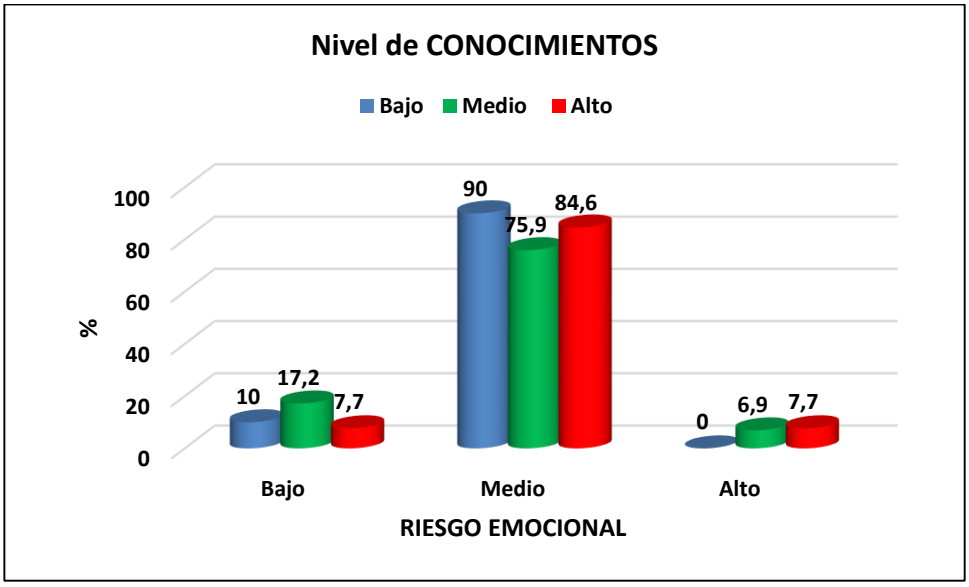
NTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar la distribución porcentual del nivel de conocimientos y riesgo emocional en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria:

El 56,4% tiene un alto nivel en conocimiento, por lo tanto un nivel mediano en conductas riesgoso. El 0,9 % tiene un bajo nivel de conocimiento, por lo tanto un nivel bajo en conductas riesgosa.

GRAFICO N° 07

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO EMOCIONAL EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°07

TABLA N ° 08

DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO FAMILIAR EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RIESGO FAMILIAR							
	BAJO RIESGO		MEDIANO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	0,9	6	5,1	3	2,5	10	8,4
Medio	0	0,0	18	15,4	11	9,4	29	24,8
Alto	2	1,7	30	25,6	46	39,3	78	66,7
Total	3	2,5	54	46,2	60	51,3	117	100

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

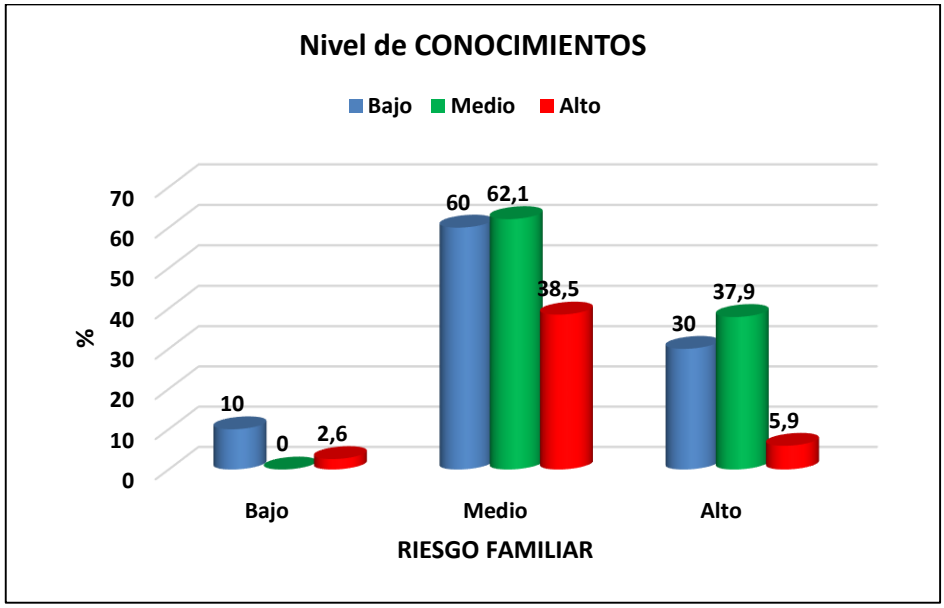
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos la distribución porcentual del nivel de conocimientos y riesgo familiar en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria:

El 39,3% tiene un nivel alto en conocimiento, por lo tanto un nivel alto en conductas riesgosas. El 0,9% tiene un bajo en conocimiento, por lo tanto un nivel bajo en conductas riesgosa.

GRAFICO N° 08

DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RIESGO FAMILIAR EN ANOREXIA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018



Fuente: Tabla N°08

4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se plantearon 2 hipótesis:

- **HIPÓTESIS ALTERNA**

  HA: Existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

- **HIPÓTESIS NULA**

  H0: No existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

H_1: Existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

HIPÓTESIS NULA

H_0: No existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		CONDUCTAS RIESGOSAS			Total
		Bajo riesgo	Mediano Riesgo	Alto Riesgo	
Bajo	O	2	8	0	10
	E	2,4	7,4	0,2	10,0
Medio	O	8	21	0	29
	E	6,9	21,6	0,5	29,0
Alto	O	18	58	2	78
	E	18,7	58,0	1,3	78,0
Total	O	28	87	2	117
	E	28,0	87,0	2,0	117,0

Nivel de significancia

α=5% = 0,05

Estadístico de prueba

$$X_c^2 = \sum_{j=1}^{c} \sum_{j=1}^{f} \frac{(O_y - E_y)^2}{E_y} = x^2(f-1)(c-1)|$$

χ^2 = 1,308

Dónde:

O_y: Frecuencia observada

E_y : Frecuencia esperada

f: número de filas

c: número de columnas

gl: grados de libertad (f-1)x (c-1) =(3-1)x(3-1)=4

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,308[a]	4	0,860
Razón de verosimilitud	1,925	4	0,750
Asociación lineal por lineal	0,122	1	0,727
N de casos válidos	117		
a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17.			

Decisión

p=0,860 > α = 0,05 entonces no se rechaza H_o

Conclusión

No existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trabajo de tesis presente que busca medir el nivel de conocimiento y relación en conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en las alumnas de 4to de secundaria del colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018 es un trabajo de importancia para la labor de toda enfermera y lo es mucho más al saber cómo se desarrolla esta enfermedad en los adolescentes ya que es una enfermedad no solo física si no psicológica por ello que se analizara la presente información obtenida.

- **En el cuadro N° 01** apreciamos que el total de la muestra de estudiantes según nivel de conocimiento, predomina el nivel de conocimiento alto en conocimiento sobre la anorexia nerviosa, representando el 66,7%, respecto al nivel medio que fue de 24,8%, mientras que el menor porcentaje 8,5% tienen un nivel bajo en conocimiento.

  El cual se asemejan al trabajo de investigación de **ARENAS. L.** (10) *"Nivel De Conocimiento Y Práctica De Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Estudiantes Del Colegio Nuestra Señora Del Rosario Huancayo-2013" donde se obtuvo que E*l nivel de conocimientos sobre las conductas riesgosas de anorexia nerviosa que con el 81,08% de las estudiantes presentan un nivel de conocimientos Alto, el 15,95% de las estudiantes presentan un nivel Medio y sólo el 2,97% de las estudiantes presentan un nivel Bajo de conocimientos sobre la anorexia

  Sin embargo a diferencia con el estudio realizado por **Rivera D.**, (33) *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4*

*Comas Lima-2007 donde se obtuvo que E*l nivel de conocimientos sobre las conductas riesgosas de anorexia nerviosa que con el 62,6% de las estudiantes presentan un nivel de conocimientos medio, el 24,2% de las estudiantes presentan un nivel Alto y sólo el 13, 2% de las estudiantes presentan un nivel Bajo de conocimientos sobre la anorexia.

Se sabe que el conocimiento se transmite a partir de la experiencia que comienza por los sentidos para terminar en la razón y expresarse en los estilos de vida que se ponen de manifiesto luego que se conoce y se aprende en base al conocimiento que se tiene, esto supone que a un mayor nivel de conocimientos se tendrá un estilo de vida saludable y viceversa, tal y como se encontró en el estudio. (38)

La mayoría de las alumnas del colegio Francisco Antonio de Zela tiene un conocimiento alto sobre la anorexia nerviosa , siendo un menor porcentaje los que tiene un bajo nivel de conocimiento sobre anorexia nerviosa, debido a diversos factores sociales que intervienen en el comportamiento y pensar de las alumnas, como también a la vez influye el poco impacto que el sector de salud brinda cuanto a promover la prevención de los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, por ello es un labor importante de la enfermera brindar a los adolescentes el conocimiento de esta enfermedad mediante la promoción de la salud.

En el cuadro N° 02 Se observa que las conductas riesgosas en anorexia nerviosa de las alumnas de 4to de secundaria representado por 74,4% tiene un mediano riesgo, el 23,9% se encuentran en un bajo riesgo, mientras que el menor porcentaje de 1,7% tiene un alto riesgo.

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por **Rivera D.** (33), *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4 Comas Lima-2007* En cuanto al nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa, se observa 48,3% tienen un nivel de conductas de riesgo medio, 29,3% presentan un nivel de conductas de riesgo alto y 22,4% tienen un nivel de conductas de riesgo bajo.

A su vez estos resultados también concuerdan con ***Turpo, R*** (12)*Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Adolescentes De La Institución Educativa Secundaria San Francisco De Borja Juliaca – 2016* respecto a las conductas riesgosas a la anorexia nerviosa, se observa que 55% conductas de mediano riesgo, 28% presentan conductas de bajo riesgo, y 17% tienen conductas de alto riesgo.

Se asemeja a los resultados de **QUISPE A.** (14)**,** *Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes de nivel secundario de la institución Educativa Parroquial San Martín de Porres, Tacna –Perú 2011* donde se obtuvo sobre conductas de riesgo que el nivel medio es de 31 ,85%, en el nivel bajo 9,55% y en el nivel alto con 10, 19%.

Los trastornos de conducta alimentaria no parecen tener un origen mono factorial, sino que diversos factores concurren e interaccionan en su caracterización. Así, factores culturales y ambientales (medios) factores de entorno familiar (conflictos no resueltos, separación, etc.) y otros factores, como psicológicos o biológicos, desempeñan un papel y pueden tener distinto grado de implicación en el mantenimiento y desarrollo de los trastornos de la conducta alimenticia. (39)

Es por ello como profesional de enfermería siendo un papel importante la consejería tenemos como objetivo impulsar un cambio de conducta alimentaria de la población en la etapa adolescente.

- **En el cuadro N° 03** Nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa según dimensiones apreciamos que según el aspecto social el 58,1% tiene un riesgo bajo, el 32,5% es de medio riesgo y el 9,4% es de alto riesgo, en el aspecto alimentario es representado por el 57,3% es de bajo riesgo, el 33,3% es de medio riesgo y el 9,4% es de alto riesgo, en el aspecto emocional apreciamos que el 82,9% es de medio riesgo, el 10,3% de bajo riesgo y el 6,8% es de alto riesgo. En el aspecto de riesgo familiar apreciamos que 51,3% es de alto riesgo, el 46,2 es me mediado riesgo y el 2,6% es de alto riesgo.

  Podemos observar que las adolescentes tienen un medio no riesgo en las dimensiones familiar y emocional con una similitud al estudio de ***ARENAS. N.*** (10) *con el trabajo nivel de conocimiento y prácticas de conducta riesgosa de anorexia nerviosa en estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario* donde se observa que presentan un mayor porcentaje de logro en la práctica de conductas riesgosas en la dimensión Familiar 46,69%, mientras que el menor porcentaje de logro se observa en la dimensión Sociocultural 37,37%.

  También de asemeja al estudio de ***Carvajal, B.*** (40) *realizaron una investigación titulada: "Anorexia en estudiantes de la unidad educativa fray Álvaro valladares de la ciudad de puyo, Pastaza, año 2015"* que la anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el temor a aumentar de peso.

En el estudio realizado se encontró que el 57,69% de los adolescentes tienen miedo a engordar por la gran cantidad de publicidad que encuentran en medios auditivo visual como también en revistas y productos varios que les ayuda a bajar de peso, formando niñas y niños inseguros; igualmente expresa Ambar, 2000; en su estudio que el miedo intenso a engordar es una de las características principales de la anorexia. Ocupación de los padres. Dentro de los factores de riesgo tenemos el factor familiar en el cual afirma que los problemas familiares o en relaciones íntimas están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación.

Lo descrito anterior mente se puede decir que el ámbito familiar se encuentra en un alto riesgo, que puede ser causado por la ausencia de los padres en las horas de alimentación porque cuentan con trabajos que los consumen la mayoría del tiempo y por ende no se pueden comunicar de manera fluida con sus hijos para saber qué es lo que comen y lo que piensan de una alimentación saludable por ello los padres juegan un papel importante, ya que muchas veces están muy involucrados en la vida de sus hijos o muchas veces son desinteresados.

También según lo mencionado anteriormente el ámbito emocional tiene un medio riesgo por lo que se puede decir que tiene relación con el ámbito familiar ya que al no tener a los padres en un control alimentario se pueden sentir vulnerables con respecto a sus emociones de cómo se sienten ellas mismas.

- **En el cuadro N° 04** con respecto a la distribución de frecuencia del nivel de conocimiento y relación conductas nerviosas en anorexia nerviosa apreciamos que en el nivel de conocimiento bajo con relación a conductas riesgosas: Se obtuvo el 68,4% mediano riesgo y 1,7% en bajo

riesgo. En nivel de conocimiento medio con relación en conductas riesgosas se obtuvo: el 17,9% en medio riesgo. En el nivel de conocimiento alto con relación a conductas riesgosas apreciamos: el 49,6% de medio riesgo, el 15,4% en bajo riesgo y el 1,7% en alto riesgo. Llegando al total que en nivel de conocimiento y relación con conductas riesgosas en anorexia nerviosa apreciamos que el 74,4% de riesgo medio, el 23,9% en bajo riesgo y 1,7 en alto riesgo obteniendo como conclusión que hay un mediana relación en nivel de conocimiento con conductas riesgosas en anorexia nerviosa.

Coincidiendo también con el trabajo de investigación de **Rivera D.**, (33)*Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4 Comas Lima-2007* se encontró respecto a los conocimientos y conductas de riesgo de anorexia nerviosa tomando en cuenta las dimensiones: alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar se puede observar en el cuadro N°01 que de 661 (100%) adolescentes, 64 (9,7%) presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 276 (41,8%) tienen un nivel de conocimientos medio y conducta de mediano riesgo, 125 (18,9%) presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo.

También se asemeja el estudio de **QUISPE A.,** (14) *Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes de nivel secundario de la institución Educativa Parroquial San Martin de Porres, Tacna –Perú 2011 donde* ilustra que de 59 escolares con nivel de conocimiento alto, se observa que la proporción de la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel medio 22,29% disminuye al nivel bajo 12,74% y el nivel alto 96 solo constituye el 2,55%. Lo inverso sé aprecia entre los escolares que tuvieron nivel de conocimiento

bajo, dado que la conducta riesgosa a la anorexia, del nivel bajo 1,91 % aumenta al nivel medio 8,92% y nivel alto 8,28%.

Por otro lado, se aprecia que entre los escolares con nivel medio de conocimiento, también la mayor proporción 32,48% presenta un nivel medio de conducta riesgosa a la anorexia, disminuyendo el porcentaje para los que tienen conducta riesgosa baja con 3,18% y alto con 7,64%

Como sabemos el conocimiento se suele entender como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad, lo que nos con lleva a adquirir conductas que consistiría en una serie de patrones individuales que hacen que una persona se comporte generalmente de un modo determinado. Por eso es de suma importancia como enfermera brindar una educación adecuada las alumnas de 4to de secundaria del colegio Francisco Antonio de Zela para que puedan analizar, aprender y entender el significado de la palabra Anorexia Nerviosa sus causas y consecuencias y lograr incentivar a que lleven un estilo de vida saludable y evitar un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia nerviosa.

- **En el cuadro N° 05** según el aspecto de riesgo social en relación nivel de conocimiento nos da a conocer que hay un bajo riesgo representado por el 58,1%, hay medio riesgo representado por el 32,5% y un alto riesgo por el 9,4%.

  Se asemeja al trabajo de investigación de ***TURPO R.,*** (12)*conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – Perú 2016* se

observa con respecto a las conductas de riesgo a la anorexia nerviosa en la dimensión social el 65% de adolescentes presentan conductas de mediano riesgo, 29% de adolescentes tuvieron conductas de bajo riesgo y 6% de adolescentes tuvieron un alto riesgo en adolescentes

Coincidiendo también con el trabajo de investigación de **Rivera D.**, (33)*Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4 Comas Lima-2007* se observa que en conducta de riego social el 11,3% presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto , 12,9% tienen un nivel de conocimientos medio y conductas de mediano riesgo, 13,9% presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo.

En cuanto a la conducta social de riesgo a la anorexia nerviosa tenemos que nuestra sociedad propicia la consecución de deseos sin asumir las consecuencias. Hay una presión social importante que induce a los adolescentes a estar más delgados de lo normal, la imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población.

Además para que la restricción ingestiva se inicie no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente. Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV, prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes. Tal como manifiesta Martínez y Cervera quien sostiene que el mayor uso de

determinados medios de comunicación como revistas centradas en la moda y belleza o algunos programas duplican el riesgo de presentar anorexia nerviosa

- **En el cuadro N° 06** según el aspecto de riesgo alimentario en relación nivel de conocimiento nos da a conocer que hay un bajo riesgo representado por el 57,3%, con el 33,3% apreciamos medio riesgo y con el 9,4% un alto riesgo.

  Se observó que hay una similitud a los resultados con respecto a la alimentación con el trabajo de investigación *de* ***Ponce. J.*** (8) *a Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad, 2014* en la que se observó que las alumnas.

  Respecto a la realización de dieta restrictiva con la finalidad de adelgazar, se ha encontrado, que el 37,0% de las alumnas en estudio ha realizado dietas, restringiéndose de algún tipo de alimento afín de adelgazar; el 63,0% de las alumnas manifestó que nunca restringieron su alimentación para adelgazar.

  A comparación con el trabajo de investigación ***TURPO R.*** (12), *conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – Perú 2016* que dio como resultado 22,93% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel bajo en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto alimentario; en segundo orden con 15,29% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel medio en conductas riesgosas. Por otro lado, entre los escolares con nivel alto de conocimiento, se observa que el 21,02% tuvieron

conductas riesgosas de nivel medio y otro 8,92% de nivel alto. También se ilustra que de los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa bajo a la anorexia, 6,37% los de nivel medio y alto representan el 3,82% respecto al total de la población.

También a comparación del trabajo de investigación de **Rivera D.**, (33) *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4 Comas Lima-2007* en cuanto a la dimensión alimentaria el 24,8% tienen un nivel de conocimientos medio y conductas de mediano riesgo,10,9% presentan nivel de conocimientos bajo y conductas de alto riesgo, 13,9% presentan un nivel de conocimientos alto y conductas de bajo riesgo.

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. Lo cierto es que el adolescente al negarse a ingerir los alimentos no sólo da muestras de su autonomía respecto a sus progenitores, sino también respecto a su propio cuerpo.

Siendo estos los resultados no es de menos importancia esta conducta de riesgo la alimentaria ya que sabemos que algunos aspectos de conocimientos que desconocen los adolescentes en esta dimensión son que consideran que el consumir poca comida con la intención de bajar

de peso y el sentirse culpable después de comer; las principales conductas de alto y mediano riesgo son: “Consumo alimentos con pocas calorías para bajar de peso”, “Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso”, “Consumo poca comida con la intención de bajar de peso”.

Con un nivel de significancia con un nivel de significancia de 0.01 se puede afirmar que existe relación inversa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en la dimensión alimentaria, es decir que a menor conocimiento

- **En el cuadro N° 07** según el aspecto de riesgo emocional en relación nivel de conocimiento nos da a conocer que hay un riesgo medio representado por el 82,9%, el 10,3% es un bajo riesgo y el 6,8% es de alto riesgo. Se puede observar que tiene un mediano riesgo.

  Estos cuadros se asemejan al trabajo de investigación de ***Turpo, R*** (12)*Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Adolescentes De La Institución Educativa Secundaria San Francisco De Borja Juliaca – 2016* En el cual se observó en cuanto a la dimensión emocional tal como se evidencia en el cuadro podemos afirmar que un 53% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo.

  Por otro lado un 32% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 15% de adolescentes encuestadas tuvieron una conducta de alto riesgo y a su vez también se observó con respecto a la dimensión social se muestra en el cuadro que el 57% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 27% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo,

seguidamente de un 16% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

También se asemeja el estudio de **QUISPE A.,** (14)*Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes de nivel secundario de la institución Educativa Parroquial San Martin de Porres, Tacna –Perú 2011* que el 26,11% lo conformaron los escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto alimentario; en segundo orden con 9,55% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel bajo en conductas riesgosas Por otro lado nivel alto de conocimiento, se observa que el 20,38% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio y otro 14,65% de nivel bajo. También se ilustra que de 'los pocos escolares con nivel bajo de conocimiento, 8,92% presentó conducta riesgosa alto a la anorexia, 7,64% los de nivel medio y bajo representan, el 2,55% respecto al total de la población.

Acerca de las conductas emocionales de riesgo a la anorexia nerviosa tenemos que la adolescencia se caracteriza por conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así de los esfuerzos para separarse de los padres y establecer su propia independencia, todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas su vida esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que le hace vivir periodos de confusión, inestabilidad emocional y conductas contradictorias.

En estas personas existe un conflicto de identidad, que conllevan a una carga emocional intensa, unido a ello la baja autoestima, su imagen

corporal que pueden influir en forma negativa y poco a poco ser el inicio de los trastornos alimentarios.

- **En el cuadro N° 08** según el aspecto de riesgo familiar en relación nivel de conocimiento nos da a conocer que hay un medio riesgo representado por el 82,9%, el bajo riesgo representado por 10,3% y en alto riesgo el 6,8%

  A si considerando lo que refiere ***Carvajal, B.*** (40) *"Anorexia en estudiantes de la unidad educativa fray Álvaro valladares de la ciudad de puyo, Pastaza, año 2015* que la ocupación de los padres. Dentro de los factores de riesgo tenemos el factor familiar en el cual afirma que los problemas familiares o en relaciones íntimas están estrechamente relacionados con los trastornos de la alimentación.

  En el estudio realizado se tuvo como resultado que la ausencia de los padres en horas de la alimentación, el son la principal causa de que los adolescentes practiquen la anorexia; de la madre el 57,70% y del padre el 76,92%, ya que estos cuentan con trabajos que los consumen la mayoría del tiempo y por ende no se pueden comunicar de manera fluida con sus hijos para saber qué es lo que comen y lo que piensan de una alimentación saludable.

  Estos cuadros se asemejan al trabajo de investigación de ***Turpo, R*** (12)*Conductas Riesgosas De Anorexia Nerviosa En Adolescentes De La Institución Educativa Secundaria San Francisco De Borja Juliaca – 2016* afirma que un 32% de adolescentes tuvieron una conducta de bajo riesgo, seguidamente de un 53% de los adolescentes encuestados tuvieron una conducta de mediano riesgo, por otro lado un 15% de adolescentes encuestados tuvieron una conducta de alto riesgo.

También se asemeja el estudio de **QUISPE A.,** (14) *Nivel de conocimiento y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes de nivel secundario de la institución Educativa Parroquial San Martin de Porres, Tacna –Perú 2011* da como resultado en la dimensión familiar que el 30,57% lo con formaron los ·escolares con nivel medio en conocimientos y a la vez nivel medio en conductas riesgosas para la anorexia de aspecto familiar; en segundo orden con 11,46% lo constituyen aquellos con nivel medio de conocimiento y nivel alto ·en conductas riesgosas. Por otro lado, entre, los escolares con nivel alto de conocimiento, se observa que el 24,84% tuvieron conductas riesgosas de nivel medio y otro 8,28% de nivel bajo.

También se ilustra que, de los pocos, estudiantes con nivel bajo de conocimiento, 13,38% presentó conducta riesgosa alto a la anorexia, 5,1 0% los de nivel medio y bajo representan el 0,64% respecto al total de la población.

Respecto a las conductas familiares de riesgo a la anorexia nerviosa tenemos que está dado por la influencia del ambiente familiar porque el hogar es el medio social y físico donde se socializan las comidas, desde que se encuentran pequeños los padres juegan un rol importante en la adquisición de hábitos alimentarios.

Sostiene que la función de la alimentación de los hijos juega un papel importante en ambos padres. Y no debemos culpar únicamente a los medios de comunicación o a la sociedad, pues este trastorno se origina principalmente en la familia. También se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector en los familiares de anoréxicos ya que al sobreprotegerlos evitan el desarrollo de habilidades

para tomar sus propias decisiones además tendrán miedo al rechazo de la sociedad al no poseer el cuerpo idealizado

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se aprueba la hipótesis alterna de investigación porque existe relación significativa entre conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en las alumnas de 4to de secundaria del colegio Educativa Francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

- El nivel de conocimiento alto fue predominante (66,7%) respecto al nivel medio (24,8) y el nivel bajo (8,5%).

- La conducta de riesgo medio fue predominante (74,4%), bajo riesgo (23,4%) y alto riesgo (1,7%).

- Las alumnas presentan nivel alto de conocimiento (66,7%), presenta conducta riesgosa media de la anorexia nerviosa global (74,4%). También se observa que (8,5%) las alumnas presentan un nivel de conocimiento bajo y presenta conducta de riesgo alto de la anorexia nerviosa global (1,7%).

- En relación a las categorías en la dimensión social: se observa en mayor proporción (57,31%) de alumnas presentan de bajo riesgo social, (9,4%) presenta nivel alto riesgo social. En la dimensión alimentaria: en mayor proporción (53,3%) de alumnas que presentan riesgo bajo, (9,4%) un riesgo alto. En la dimensión emocional: en mayor proporción (82,9%) de alumnas con conducta de riesgo medio, (6,8%) presentan alto riesgo emocional. En la dimensión familiar: en mayor promedio (82,9%) las alumnas que presentan riesgo medio familiar (6,8%) alto riesgo familiar.

5.2. RECOMENDACIONES

- Como un papel importante de enfermería se debería realizar programas que puedan evaluar el nivel de conocimiento con relación a las conductas riesgosas en anorexia nerviosa en los adolescentes.

- Fortalecer las relaciones intrafamiliares del adolescente, habiéndose encontrado en mayor proporción conductas de riesgo familiar a la anorexia nerviosa. Con un enfoque de salud mental familiar, estableciendo reglas y límites para detectar conductas de riesgo y así favorecer la autoestima, auto aceptación y autoconocimiento del adolescente, que permitirá el desarrollo del pensamiento crítico y la identificación de las distintas influencias del entorno siendo estos elementos necesarios para la prevención de este trastorno de la conducta alimentaria.

- Que a pesar que tengan un conocimiento adecuado los adolescentes sobre anorexia nerviosa, seguir promoviendo a que los centros de salud desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan lo relacionado a los trastornos de alimentación dirigidos a los grupos de riesgo.

- Continuar la realización de estudios de investigación similares, donde se pueda obtener mayor información y visualización actualizada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. AS. Comer para vivir o vivir para comer. Primera Edicion ed. Lima- Peru: Peguin Random House Grupo Editorial S.A.; 2017.
2. Caballero G. Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana. Tesis. Lima: Universidad San Martin de Porres, Lima; 2014.
3. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 25. Available from: https://www.who.int/gho/en/.
4. Peru21. Preocupante: Hay mas de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Peru. Peru21. 2014 Agosto.
5. Definicion.De. [Online].; 2012 [cited 2019 junio 25. Available from: https://definicion.de/conducta/.
6. Carbajal B. Anorexia en estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares. Tesis. Ecuador: Universidada de Loja, Puyo, Loja; 2015.
7. Morales A. YV. Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del instituto tecnológico superior “República Del Ecuador” ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de I. Tesis. Octavalo: Universidad Nacional Ecuador, Imbabura; 2012.
8. Ponce J. Conductas de riesgo a trastornos en la alimentación en las alumnas del 4° y 5° de secundaria de la IE Parroquial Padre Abad. Tesis. Huanuco: Universidad Nacional de Huanuco, Tingo Maria; 2014.
9. Diaz C. MC. RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTAS. Tesis. Lima: ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA, Los Olivos; 2014.
10. Arenas N. Universidad nacional del centro del perú facultad de enfermería nivel de conocimiento y practica de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio nuestra señora del rosario. tesis. huancayo: Universidad Nacional del

Centro del Peru, Huancayo; 2014.

11. Quiroz E.CONDUCTAS RIESGOSAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DE. Tesis. Instituto Superior de Educación Pública Jorge Basadre, Mollendo; 2016.

12. Turpo R. conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa secundaria San Francisco de Borja Juliaca – Perú 2016. Tesis. Puno: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, Juliaca; 2017.

13. Arucutipa M. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LACONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL 5TO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA EMBLEMÁTICA MARÍA AUXILIADORA, PUNO – 2017. Tesis. Puno: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO, Puno; 2071.

14. Quispe A. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS RIESGOSAS EN LA ANOREXIA. Tesis. Tacna: UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN • TACNA , Tacna; 2011.

15. wikipedia. [Online].; 2019 [cited 2019 junio 25. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Hildegard_Peplau.

16. open course ware. [Online]. [cited 2019 juni 25. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528II%2529.pdf.

17. Umbral Cientifico. Adolescencia en el Ambito Escolar. Redalyc. 2007.

18. Diz JLI. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. 2013 Marzo; XVII(02).

19. OMS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2018 octubre 25. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.[consultado.

20. UNICEF. Unicef. [Online].; 2013 [cited 2018 octubre 25. Available from:

https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Desarrollo_Adolescente_y_DDHH_F.pdf.

21. C.A I. Unidas FdPdlN. Educación de la Sexualidad y Salud sexual y reproductiva Caraca: Ignaka C.A; 2010.

22. UNFPA. UNFPA. [Online].; 2010 [cited 2018 octubre 25. Available from: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf.

23. Mejia G. Guía didáctica para jovenes Costa Rica: EUNED; 2006.

24. CESOLAA. CESOLAA. [Online].; 2017 [cited 2018 octubre 27. Available from: http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/adolescencia/desarrollo-bio-psico-social-de-la-adolescencia.

25. Capella J. Aprendixaje, conocimiento y contructivismo Lima: Universidad Catolica del Peru.

26. Baluarte A.Nivel de conocimiento y medidas de prevención que adoptan las enfermeras que laboran en unidades críticas frente al síndrome de bourn – out en el Hospital José Casimiro Ulloa 2009. tesis. Lima: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA, Lima; 2010.

27. Chavez N. Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio César Tello del distrito de Ate-Vitarte : Lima - Perú, 2010. Tesis. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Lima; 2012.

28. Dra. Diana Pasquialini, Dr. Alfredo Llorens. OPS/OMS. [Online].; 2010 [cited 2018 octubre 27. Available from: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf.

29. OMS. OMS. [Online].; 2016 [cited 2018 octubre 25. Available from: http://www.who.int/topics/nutrition_disorders/es/.

30. ANOREXIA. ANOREXIA BLOG. [Online].; 2012 [cited 2018 octubre 25. Available from: http://anorexia-wwwtrastornoalimenticiocom.blogspot.com/2012/06/normal-0-21-

false-false-false-es-mx-x_2343.html.

31. Serra M. Trastornos del comportamiento alimentario. Enfoques preventivos. primera ed. Barcelona: UOC, S.L.; 2015.

32. MAYO CLINIC. MAYO CLINIC. [Online].; 2017 [cited 2018 octubre 25. Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591.

33. Rivera D.Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL Nº 4 Comas Lima-2007. Tesis. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Comas; 2007.

34. Onmeda. Onmeda.es. [Online].; 2016 [cited 2019 junio 25. Available from: https://www.onmeda.es/enfermedades/anorexia_nerviosa-definicion-1535-2.html.

35. Significados. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 25. Available from: https://www.significados.com/trastorno/.

36. Associacio contra anorexia y la bulimia. [Online]. [cited 2019 junio 25. Available from: http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria.

37. Rivera G yEatdGyG. PEPSIC. [Online].; 2012 [cited 2019 Setiembre 25. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442012000100005.

38. N. M. Nivel de conocimiento sobre prevencion del cancer y su relacion con los estilos de vida en los estudiantes de enfermeria Tacna - 2017. tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2019.

39. A. G. Nutricion Clinica. 2nd ed. España: Medica Panamericana S.A.; 2010.

40. B. C. Anorexia en estudiantes de la unidad educativa Fray Álvaro Valladares. Tesis. Ecuador: Universidada de Loja, Puyo, Loja; 2015.

ANEXOS

ANEXO N°1

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Se empleará la siguiente fórmula para obtener la muestra en mi población finita:

$$n = \frac{z^2.p.q.N}{E^2(N-1)+Z^2.p.q}$$

$$n = \frac{1,96^2.0,5\ .0,5.336}{0,05^2(336-1)+1,96^2.0,5.0,5}$$

$$n = 179$$

Datos:
p=0,50
q=0,50
N=336
Z=1,96
E=0,05

Con reajuste de la muestra:

$$n° = \frac{n}{1+n/N} = 117$$

ANEXO N° 02

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATO

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DE 5 EXPERTOS Y CONFIABILIDAD

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO……..……EDAD…....
1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO……
1.3. TITULO PROFESIONAL……..
1.4. GRADO ACADEMICO……..….MENCION EN……
1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION "."NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PREVALENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE TACNA DURANTE LOS AÑOS 2016-2018"

ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente……. b) Baja……. c)Regular……. d)Buena…… e)Muy Buena……
2. PROMEDIO DE VALORACION: …… FECHA Y LUGAR……
3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique) ……...

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
DNI: …….

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS
CUESTONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACION CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA.

Por favor marque con una (x) o (✔) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ÍTEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. **Datos Generales**				
1. Edad:				
2. Sexo:				
3. Lugar de nacimiento:				
4. Actualmente vives con:				
11. **Tenga bien colocar una X sobre la letra que usted responda a las siguientes preguntas**				
1.- ¿Qué es la Anorexia Nerviosa?				
2.- ¿Qué son las conductas de riesgo?				
3.- ¿Cuáles son las conductas de riesgo para la Anorexia?				
4.- ¿Qué consecuencias pueden producir la Anorexia?				
5.- ¿A qué grupo de personas es más frecuente la Anorexia?				
6.- ¿Quiénes pueden desarrollar Anorexia Nerviosa?				
7.- ¿A qué tipo de nivel socioeconómico es más frecuente la Anorexia Nerviosa?				
8.- ¿Qué características más comunes se evidencia en la Anorexia?				
9.- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes de la persona con Anorexia?				
10.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Sociocultural que induce a la Anorexia?				
11.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Alimentario que induce a la Anorexia?				
12 - ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Psicoemocional que induce a la Anorexia?				
13.- ¿Cuáles son las conductas de Riesgo Familiar que induce a la Anorexia?				
111.-Señale la respuesta con la que Usted se identifica:				
1. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.				
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 ver programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.				
6. Consumo poca comida con la intensión de bajar de peso.				
7. Pienso en las calorías que estoy quemando cuando hago ejercicio				
8. Evito las comidas con alto contenido en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)				
9. Me siento como hinchada después de una comida normal.				
10. Consumo mis alimentos tres o más veces al día.				
11. Me siento incómoda después de comer dulces				
12. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.				
13. Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.				
14. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.				
15. Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.				
16. Pienso que mi salud esta primero que todo.				
17. Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.				
18. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.				
19. Tengo miedo a engordar				
20. Me considero seguro(a) de mi mismo(a)				
21. Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.				
22. Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará a ser nunca alguien.				

23.	Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.				
24.	Tengo momentos en los que me siento muy triste.				
25.	Pienso que mis caderas son demasiado anchas				
26.	Siento que me odio cuando no cumplo con mi dieta.				
27.	Pienso que puedo alcanzar mis metas.				
28.	Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.				
29.	Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida				
30.	Hay buena comunicación en mi familia				
31.	Mi familia toma decisiones por mí.				
32.	Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.				
33.	Existen problemas en mi hogar.				
34.	Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.				
35.	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.				

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : _____
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE:_____
- DNI :_____
- FECHA :_____

_____
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: ……

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE CONTENIDO

ÍTEMS	Juez 1	Juez 2	Juez3	Juez 4	juez 5	Probabilidades
Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.	1	1	1	1	1	0.03125
Quiero ser delgada como las modelos de televisión.	1	1	1	1	1	0.03125
Tengo como principal tema de conversación el peso, aspecto físico y la alimentación.	1	1	1	1	1	0.03125
Evito asistir a reuniones porque en ellas tengo que comer.	1	1	1	1	1	0.03125
Prefiero ver programas de televisión donde aparecen modelos, modas, etc.	1	1	1	1	1	0.03125
Consumo poca comida con la intensión de bajar de peso.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso en las calorías que estoy quemando cuando hago ejercicio	1	1	1	1	1	0.03125
Evito las comidas con alto contenido en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	1	1	1	1	1	0.03125
Me siento como hinchada después de una comida normal.	1	1	1	1	1	0.03125
Consumo mis alimentos tres o más veces al día.	1	1	1	1	1	0.03125
Me siento incómoda después de comer dulces	1	1	1	1	1	0.03125
Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.	1	1	1	1	1	0.03125
Cuando quiero dejo de desayunar o almorzar para bajar de peso.	1	1	1	1	1	0.03125
Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.	1	1	1	1	1	0.03125
Hago ejercicios excesivamente, para bajar de peso.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que mi salud esta primero que todo.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que las personas delgadas tienen más éxito en la vida.	1	1	1	1	1	0.03125
Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.	1	1	1	1	1	0.03125
Tengo miedo a engordar	1	1	1	1	1	0.03125
Me considero segura de mi misma	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que las personas valen por lo que son, sin importar el aspecto físico.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que la persona que no sea perfecta no llegará a ser nunca alguien.	1	1	1	1	1	0.03125
Atribuyo características positivas a la persona delgada y características negativas a una persona gruesa.	1	1	1	1	1	0.03125
Tengo momentos en los que me siento muy triste.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que mis caderas son demasiado anchas	1	1	1	1	1	0.03125
Siento que me odio cuando no cumplo con mi dieta.	1	1	1	1	1	0.03125
Pienso que puedo alcanzar mis metas.	1	1	1	1	1	0.03125
Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.	1	1	1	1	1	0.03125
Vivo momentos tranquilos y felices en mi vida	1	1	1	1	1	0.03125
Hay buena comunicación en mi familia	1	1	1	1	1	0.03125
Mi familia toma decisiones por mí.	1	1	1	1	1	0.03125
Mis padres me protegen y se involucran mucho en mi vida.	1	1	1	1	1	0.03125
Existen problemas en mi hogar.	1	1	1	1	1	0.03125
Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.	1	1	1	1	1	0.03125
Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.	1	1	1	1	1	0.03125
						1.09375

ANEXO N° 04

VALIDEZ DE CRITERIO

Validación de juicio experto						
Indicador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	promedio
1	80	80	80	80	80	88
2	80	90	80	80	90	90
3	90	90	80	80	90	88
4	80	90	80	80	80	84
5	80	80	80	80	80	85
6	90	80	80	80	80	88
7	80	80	80	80	90	84
8	80	90	80	80	90	88
9	90	90	80	80	80	88
10	80	80	80	80	80	84
11	80	90	80	80	80	88
						955

CPR 9.55 / 11 = 0.87 esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia muy alta

PRI= Proporción de rangos de cada ítems i. Es el promedio de rango de cada ítems dividido entre el puntaje máximo de la escala evaluativo de los ítems

$$CPR = \frac{\sum PRI / J}{K}$$

Donde:
CPR = Coeficiente de proporción de rango.
∑PRI = sumatoria del promedio de rango.
J = N° de expertos o jueces.
K = N° de ítems.

< 0,40	Validez y concordancia baja
0,40 - 0,60	Validez y concordancia moderada
0,60-0,80	Validez y concordancia alta
> 0,80	Validez y concordancia muy alta

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD

Alfa de cronbach

Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida El método de consistencia interna basado en el Alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el Alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de Alfa de Cronbach:

-Coeficiente alfa >.9 es excelente
- Coeficiente alfa >.8 es bueno
-Coeficiente alfa >.7 es aceptable
- Coeficiente alfa >.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >.5 es pobre

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,772	35

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
r1	2,32	1,057	19
r2	2,95	2,614	19
r3	2,00	1,247	19
r4	1,37	1,012	19
r5	1,89	1,150	19
r6	2,16	1,259	19
r7	2,53	1,172	19
r8	2,21	1,182	19
r9	2,79	1,228	19
r10	3,00	1,054	19
r11	2,00	1,247	19
r12	1,21	,535	19
r13	1,68	1,108	19
r14	1,63	1,257	19
r15	2,05	1,353	19
r16	3,16	1,772	19
r17	2,16	1,463	19
r18	2,21	1,548	19
r19	2,37	1,422	19
r20	3,89	1,100	19
r21	4,16	1,385	19
r22	1,68	1,250	19
r23	1,42	,961	19
r24	3,42	1,387	19
r25	2,11	1,197	19
r26	1,89	1,370	19
r27	3,89	1,524	19
r28	3,53	1,389	19

r29	3,84	1,214	19
r30	3,53	1,172	19
r31	2,32	1,250	19
r32	3,05	1,177	19
r33	2,63	1,342	19
r34	2,42	1,610	19
r35	2,74	1,284	19

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
r1	85,89	225,988	,653	,753
r2	85,26	230,649	,131	,784
r3	86,21	217,731	,776	,745
r4	86,84	234,474	,398	,763
r5	86,32	219,117	,805	,745
r6	86,05	213,942	,878	,740
r7	85,68	221,228	,724	,748
r8	86,00	223,444	,651	,751
r9	85,42	218,591	,764	,745
r10	85,21	237,731	,277	,767
r11	86,21	222,509	,639	,751
r12	87,00	238,889	,524	,764
r13	86,53	224,596	,663	,752
r14	86,58	219,035	,732	,746
r15	86,16	219,251	,668	,748
r16	85,05	245,053	-,006	,783
r17	86,05	217,275	,659	,747
r18	86,00	206,444	,876	,733
r19	85,84	223,474	,525	,754
r20	84,32	261,673	-,423	,791
r21	84,05	266,719	-,460	,798
r22	86,53	227,930	,486	,757
r23	86,79	242,064	,162	,771
r24	84,79	226,509	,465	,757
r25	86,11	235,877	,286	,766
r26	86,32	222,561	,572	,752
r27	84,32	254,561	-,186	,789
r28	84,68	276,339	-,659	,807
r29	84,37	275,468	-,722	,804
r30	84,68	270,561	-,625	,800

r31	85,89	247,099	-,021	,779
r32	85,16	257,918	-,303	,788
r33	85,58	238,368	,185	,770
r34	85,79	215,175	,637	,746
r35	85,47	262,485	-,392	,794

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
88,21	247,842	15,743	35

ANEXO N° 06

VALIDEZ DE CONSTRUCTO.

Conocimiento completo

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,350	25,772	25,772	3,350	25,772	25,772	2,255	17,348	17,348
2	1,375	10,577	36,349	1,375	10,577	36,349	2,056	15,819	33,167
3	1,265	9,730	46,079	1,265	9,730	46,079	1,527	11,747	44,914
4	1,181	9,087	55,166	1,181	9,087	55,166	1,333	10,252	55,166
5	,984	7,569	62,735						
6	,847	6,513	69,249						
7	,806	6,203	75,451						
8	,701	5,395	80,846						
9	,663	5,096	85,943						
10	,530	4,076	90,018						
11	,502	3,859	93,877						
12	,439	3,380	97,257						
13	,357	2,743	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Conductas riesgosas total

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	10,700	30,571	30,571	10,700	30,571	30,571	6,440	18,399	18,399
2	2,948	8,423	38,994	2,948	8,423	38,994	3,504	10,011	28,410
3	2,207	6,305	45,299	2,207	6,305	45,299	2,634	7,525	35,935
4	1,597	4,562	49,861	1,597	4,562	49,861	2,225	6,357	42,292
5	1,523	4,350	54,211	1,523	4,350	54,211	2,032	5,806	48,098
6	1,369	3,910	58,121	1,369	3,910	58,121	2,009	5,739	53,837
7	1,235	3,527	61,648	1,235	3,527	61,648	1,734	4,953	58,790
8	1,102	3,149	64,797	1,102	3,149	64,797	1,630	4,656	63,446
9	1,037	2,962	67,759	1,037	2,962	67,759	1,510	4,313	67,759
10	,962	2,748	70,507						
11	,869	2,483	72,990						
12	,789	2,254	75,245						
13	,739	2,111	77,356						
14	,699	1,996	79,352						
15	,645	1,843	81,195						
16	,603	1,724	82,919						
17	,564	1,610	84,529						
18	,533	1,524	86,053						
19	,507	1,449	87,501						
20	,494	1,410	88,912						
21	,420	1,201	90,113						
22	,418	1,195	91,308						
23	,366	1,045	92,354						
24	,357	1,019	93,373						
25	,316	,903	94,276						
26	,296	,846	95,122						
27	,266	,761	95,882						
28	,261	,745	96,627						
29	,218	,622	97,250						
30	,210	,601	97,851						
31	,199	,568	98,418						
32	,160	,457	98,875						
33	,144	,412	99,287						
34	,136	,389	99,676						
35	,114	,324	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

ANEXO N° 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y/O AUTORIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y/O AUTORIZACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
PROYECTO DE INVESTIGACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANALIZAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACION EN CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANSISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en la investigación científica titulada “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACION EN CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANSISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018” , siendo desarrollado por la bachiller de enfermería de la U.N.J.B.G

Me han explicado con claridad los objetivos del estudio, también me han comunicado que nos pasará una encuesta, la duración será de 15 minutos por otra parte me explicaron que la información que yo proporciono será estrictamente de carácter confidencial para fines de investigación científica.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en dicho estudio.

Voluntariamente participar en dicho estudio.

_____ _____

Firma del participante Firma del investigad

ANEXO N° 08

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

H_1: Existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

HIPÓTESIS NULA

H_o: No existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		CONDUCTAS RIESGOSAS			Total
		Bajo riesgo	Mediano Riesgo	Alto Riesgo	
Bajo	O	2	8	0	10
	E	2,4	7,4	,2	10,0
Medio	O	8	21	0	29
	E	6,9	21,6	,5	29,0
Alto	O	18	58	2	78
	E	18,7	58,0	1,3	78,0
Total	O	28	87	2	117
	E	28,0	87,0	2,0	117,0

Nivel de significancia α=5% = 0.05

Estadístico de prueba

$$X_c^2 = \sum_{j=1}^{c} \sum_{j=1}^{f} \frac{(O_y - E_y)^2}{E_y} = x^2(f-1)(c-1)|$$

χ^2 = 1,308

Donde:

O_y: Frecuencia observada

E_y : Frecuencia esperada

f: número de filas

c: número de columnas

gl: grados de libertad (f-1)x (c-1) =(3-1)x(3-1)=4

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,308[a]	4	,860
Razón de verosimilitud	1,925	4	,750
Asociación lineal por lineal	,122	1	,727
N de casos válidos	117		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

Decisión

p=0,860 > α = 0.05 entonces no se rechaza H_o

Conclusión

No existe relación entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas en anorexia de las alumnas de cuarto año de secundaria colegio Francisco Antonio de Zela Tacna 2018.

ANEXO N° 09

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	OPERACIONALIZACIÓN						Naturaleza de la variable	Diseño metodológico
			Variable (tipo de variable)	Def. Concep.	Fuente	Dimensión	Indicadores	Escala de medición		
¿Cuál es el nivel de conocimientos de la anorexia nerviosa y su relación conductas riesgosas en estudiantes del 4to de secundaria secundaria, institución educativa fransico antonio de zela, tacna 2018?	General Determinar el nivel de conocimiento de la anorexia nerviosa y su relación conductas riesgosas en estudiantes del 4to secundario, institución educativa Francisco Antonio de Zela, Tacna Específicos: Establecer el nivel de conocimiento de la anorexia nerviosa y su relación conductas riesgosas en estudiantes del 4to secundario de la institución educativa Fransico Antonio De Zela, Tacna 2018 Identificar las conductas de la anorexia nerviosa afecta en estudiantes del 4tol secundario de la institución educativa Francisco Antonio De Zela, Tacna 2018 Evaluar la relación entre el nivel de	Ho: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de la anorexia en estudiantes de 4to secundaria, Institución Educativa Francisco Antonio De Zela Tacna 2018	•Variable Independiente: Nivel de conocimiento.	Grado conceptual y teórico que posee el estudiante en lo que respecta el estudiante a la Anorexia Nerviosa, dando la escala alcanzada El conocimientos es el conjunto de ideas, hechos, conceptos que adquieren por medio de las experiencias vivida o referida, información formal e informal, y que se desarrolla mediante el ejercicio de las capacidades intelectuales	Educación no Formal: potencialidades y valor social; Artículo informativo [Internet].	Nivel de conocimiento Alto	18-26 p.	Ordinal	Cualitativas	Método de investigación: Descriptivo Tipo de investigación: Cuantitativo Diseño de investigación: No experimental Población de investigación: La población total que estará en este trabajo de estudio es de 360 escolares que se encuentres en el nivel secundario de la I.E. Francisco Antonio de Zela Muestra de la investigación: Para fines de estudio se trabajará con el 100% de la población de alumnas que cruzan por el 4to año de secundaria. Instrumentos de investigación: Encuesta Herramientas de investigación: Cuestionario conocimiento y conductas riesgosas en anorexia nerviosa.
						Nivel de conocimiento Medio	10-17 p.			
						Nivel de conocimiento Bajo	0-9 p.			
			•Variable Dependie	Son aquellas que al ser ejecutadas	Conductas de riesgo y sintomatolo	Conducta de alto riesgo global	>=93 – 140 p.	Ordinal		

	conocimientos y las conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del 4to secundario de la Institución educativa Francisco Antonio de Zela 2018	Hi No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y conductas riesgosas de la anorexia en estudiantes de 4to secundaria, Institución Educativa Francisco Antonio De Zela Tacna 2018	nte: Conductas riesgosas en la anorexia nerviosa	con cierta regularidad e intencionalidad consiente o no, aumenta a probabilidad de producir daño, enfermedad o lesión en si mismo o en los demás, influenciados por factores socioculturales, personales, psicosociales y biológicos.	gía de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México; Artículo informativo [Internet].	Conducta de mediano riesgo global	-47-92 p.			
						Conducta bajo riesgo global	- 0-46 p.			
						Aspecto alimentario Alto	>27-40p			
						Aspecto Alimentario Medio	14-26p.			
						Aspecto Alimentario Bajo	0-13p.			
						Aspecto psicoemocional Alto	>33-52p.			
						Aspecto Psicoemocional Medio	18-34p.			
						Aspecto Psicoemocional Bajo	0-17p.			
						Aspecto sociocultural Alto	14-20p.			
						Aspecto sociocultural Medio	2-13p			
						Aspecto sociocultural Bajo	0-6p.			
						Aspecto familiar Alto	15-21p.			
						Aspecto familiar Medio	8-14p			
						Aspecto familiar Bajo	0-7p.			

ANEXO N°10

PERMISOS RESPECTIVOS O SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACION PARA EJECUCIÓN DE LA PRUEBA PILOTO DE LA TESIS

FACS/ESEN
RECIBIDO
REG: 23/11/18
HORA: 11:26

SOLICITO: Carta de presentación

SEÑORA:
DRA. NORA VELA DE CORDOVA
DIRECTORA DE LA E.P. DE ENFERMERÍA-FACS/UNJBG

Yo, Danitza Milagros Quispe Quispe, con DNI 70469248 Bachiller de la E.P. de Enfermería de la FACS/UNJB ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

La saludo cordialmente y manifiesto en la etapa de ejecución de mi proyecto de tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACION EN CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANSISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018"

Con la autorización de la resolución de facultad N°8762-2018-FACS-UNJBG. Siendo requisito de obtener la carta de presentación para poder realizar mi prueba piloto en el lapso de tiempo del mes de Noviembre; se sirva a expedir una carta de presentación, dirigida al director de la I.E. Maria Ugarteche de Maclean, Jorge Rafael Caceres Sanchez dicha institución se encuentra en la ciudad de Tacna.

POR LO EXPUESTO:

Seguro de contar con vuestra amable atención y comprensión, pido acceder mi petición por ser justicia.

Atentamente,

Tacna, 23 de Noviembre 2018

Danitza Milagros Quispe Quispe
DNI: 70469248

SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACION PARA EJECUCIÓN DE LA TESIS

FACS/ESEN
RECIBIDO
REG:.....FECHA: 14/12/18
HORA: 12:15 FIRMA:

SOLICITO: Carta de presentación

SEÑORA:
DRA. NORA VELA DE CORDOVA
DIRECTORA DE LA E.P. DE ENFERMERÍA-FACS/UNJBG

Yo, Danitza Milagros Quispe Quispe, con DNI 70469248 Bachiller de la E.P. de Enfermería de la FACS/UNJB ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

La saludo cordialmente y manifiesto en la etapa de ejecución de mi proyecto de tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACION EN CONDUCTAS RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANSISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018"

Con la autorización de la resolución de facultad N°8762-2018-FACS-UNJBG. Siendo requisito de obtener la carta de presentación para poder realizar mi ejecución por medio de encuestas, en el lapso de tiempo del mes de Diciembre; se sirva a expedir una carta de presentación, dirigida al director de la I.E. Francisco Antonio de Zela, Lic. Pablo Manzuelo Chavez dicha institución se encuentra en la ciudad de Tacna.

POR LO EXPUESTO:

Seguro de contar con vuestra amable atención y comprensión, pido acceder mi petición por ser justicia.

Atentamente,

Tacna, 14 de Diciembre 2018

Danitza Milagros Quispe Quispe
DNI: 70469248

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE ASESORÍA Y EJECUCIÓN

16 NOV 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD Nº 8762-2018-FACS-UNJBG
Tacna, 15 de noviembre de 2018

VISTO:

El Oficio Nº 576-2018-ESEN/FACS, recibido el 14.11.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Bach. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE, y

CONSIDERANDO:

Que, la Bach. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio Nº 576-2018-ESEN/FACS, recibido el 14.11.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACIÓN EN CONDUCTA RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA 2018, y autorización para ejecución del proyecto presentado por la Bach. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE, de la Escuela Profesional de Enfermería, designando como Asesora a la Dra. Eloina Tejada Monroy;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor la Dra. Eloina Tejada Monroy, se procede a dar continuidad de trámite;

De conformidad con el Art. 70º numeral 70.2 de la Ley Universitaria Nº 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1º: Oficializar la Designación como Asesora a la Dra. Eloina Tejada Monroy, para el Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y RELACIÓN EN CONDUCTA RIESGOSAS EN ANOREXIA NERVIOSA EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA 2018,** presentado por la Bach. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE, de la Escuela Profesional de Enfermería.

ART. 2º: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Bach. DANITZA MILAGROS QUISPE QUISPE de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DECANATO TACNA

Dra. María Delia Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Secretaría Académica

Mgr. Yemile Del Carmen Berrios Espejo
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.

Anexo N°11

Tablas estándares

TABLA N° 09

EDAD DE LAS ESTUDIANTES 4TO AÑO DE NIVEL SECUDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO ANTONIO DE ZELA 2018.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15	69	59,0
16	48	41,0
Total	117	100,0

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

TABLA N° 10

LUGAR DE NACIMIENTO EN ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Tacna	97	82,9
Moquegua	6	5,1
Arequipa	3	2,6
Otros	11	9,4
Total	117	100,0

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

TABLA N° 11

ACTUALMENTE VIVE CON, LAS ALUMNAS DE 4TO DE SECUNDARIA, COLEGIO FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA 2018

Actualmente viven con	Frecuencia	Porcentaje
Papa y Mama	65	55,6
Solo Papa y Mama	30	25,6
Padres Abuelos Tíos etc.	21	17,9
Padrastro y/o Madrastra	1	,9
Total	117	100,0

Fuente: Cuestionario, aplicado a estudiantes de la I.E.F.A.Z. Tacna 2018.
Elaborado por: Rivera G, y Eating attitudes test de Garner y Garfinkel modificado Bach. Quispe D.

.