

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE PSICOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Trastornos de la conducta alimentaria y Conductas de riesgo en adolescentes de una Institución educativa particular de Trujillo”

Área de Investigación:

Ciencias Médicas – Alteraciones de la conducta

Autora:

Velásquez Hernández, María Alejandra

Jurado Evaluador:

Presidente: Lozano Graos, Giovanna Marisela

Secretario: Caro Vela, Miguel

Vocal: Lozano Sánchez, Zelmira Beatriz

Asesor:

Borrego Rosas, Carlos Esteban

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6168-300X>

Trujillo – Perú

2025

Fecha de sustentación: 2025/06/04

Trastornos de la conducta alimentaria y Conductas de riesgo en adolescentes de una Institución educativa particular de Trujillo

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.ucss.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.autonoma.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego

Trabajo del estudiante

1%

6

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo


Dr. Carlos Botrego Rosas
Psicólogo

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo Carlos Esteban Borrego Rosas, docente del Programa de Estudio de Psicología, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada "Trastornos de la conducta alimentaria y Conductas de riesgo en adolescentes de una Institución educativa particular de Trujillo", autora Velásquez Hernández María Alejandra, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 6%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el (10 de junio del 2025).
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 10 de junio del 2025.

Asesor
Borrego Rosas Carlos Esteban
DNI: 40266398
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8168-300X>
Firma:



Autora
Velásquez Hernández María Alejandra
DNI: 71221934
Firma:



PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado calificador

De acuerdo con las normas decretadas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento ante ustedes el estudio titulado “Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas de Riesgo en adolescentes de una Institución educativa particular de Trujillo”. Con la intención de cumplir con los requisitos y obtener el título de Licenciada en Psicología.

Agradezco de antemano su tiempo y cualquier sugerencia de mejora que puedan brindarnos para este estudio, confiando en el valor que le otorgarán.

Br. Velásquez Hernández, María Alejandra

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado fortaleza y perseverancia, salud, para poder concluir mis estudios universitarios.

A mis abuelos Elizabeth y Juan por su apoyo incondicional, por la fuerza y amor que me dan cada día para poder lograr todas mis metas trazadas.

A mi madre Patricia con mucho amor y cariño le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.

A mí misma por la perseverancia, el esfuerzo y responsabilidad que puse durante mis estudios universitarios para cumplir con mi objetivo que me propuse.

Br. Velásquez Hernández, María Alejandra

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez. Eres quien guía el destino de mi vida, Te lo agradezco, padre celestial.

A la Universidad Privada Antenor Orrego, la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente.

Agradezco también de manera especial a mi asesor Dr. Carlos Esteban Borrego Rosas, por compartir sus conocimientos y guiarme en el proceso de la presente tesis.

Br. Velásquez Hernández, María Alejandra.

INDICE

CARÁTULA	i
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD	iii
PRESENTACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO	13
1.1 EL PROBLEMA	14
1.1.1 Delimitación del problema	14
1.1.2 Formulación del problema.....	18
1.1.3 Justificación del estudio.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo general.....	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 HIPÓTESIS	19
1.3.1 Hipótesis general.....	19
1.3.2 Hipótesis específicas.....	20
1.4 VARIABLES E INDICADORES.....	20
1.5 DISEÑO DE EJECUCIÓN	20

1.5.1	Tipo de investigación.....	20
1.5.2	Diseño de investigación.....	21
1.6	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
1.6.1	Población.....	21
1.6.2	Muestra.....	22
1.6.3	Muestreo.....	23
1.7	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
1.7.1	Técnicas.....	23
1.7.2	Instrumento.....	23
1.8	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
1.9	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....		28
2.1.	ANTECEDENTES.....	29
2.2.	MARCO TEÓRICO.....	32
2.2.1.	Teoría de los trastornos de conducta alimentaria.....	32
2.2.2.	Trastornos de la Conducta alimentaria.....	32
2.2.3.	Dimensiones de la variable.....	36
2.2.4.	Conductas de Riesgo.....	38
2.2.5.	Dimensiones de la Variable.....	42
2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	46
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....		47
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		67
5.1.	CONCLUSIONES.....	68
5.2.	RECOMENDACIONES.....	69

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS.....	70
6.1. REFERENCIAS.....	71
6.2. ANEXOS.....	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población estudiantil.....	22
Tabla 2. Frecuencia acumulada variable trastornos de conducta alimentaria.....	48
Tabla 3. Frecuencia acumulada dimensión dieta.....	48
Tabla 4. Frecuencia acumulada dimensión Bulimia.....	49
Tabla 5. Frecuencia acumulada dimensión Control Oral.....	49
Tabla 6. Frecuencia acumulada conductas de riesgo.....	50
Tabla 7. Frecuencia acumulada actividad sexual	50
Tabla 8. Frecuencia acumulada cigarrillos y alcohol	51
Tabla 9. Frecuencia acumulada consumo de drogas	51
Tabla 10. Prueba de Hipótesis General	52
Tabla 11. Prueba de Hipótesis Especifica 1	53
Tabla 12. Prueba de Hipótesis Especifica 2	54
Tabla 13. Prueba de Hipótesis Especifica 3	55

RESUMEN

El presente estudio de investigación analizó la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas de Riesgo en adolescentes de una Institución educativa particular de Trujillo, la muestra total fue de 145 alumnos de educación secundaria, a los cuales se les aplicó 2 cuestionarios para mediar la relación de las variables y sus dimensiones, se encontró que, no existe una relación significativa entre la variable trastorno de la conducta alimentaria y sus dimensiones y la variable conducta de riesgo en adolescentes y sus dimensiones, finalmente si bien se encontraron casos de adolescentes en riesgos, esta data es mínima por lo cual se recomendó analizar una muestra mayor a fin de encontrar una relación más significativa.

Palabras Clave: Trastornos de conducta alimentaria, Conductas de riesgo, Adolescentes.

ABSTRACT

The present research study analyzed the relationship between eating disorders and Risk Behaviors in adolescents from a private educational institution in Trujillo. The total sample consisted of 145 secondary education students. Through the application of 2 questionnaires to assess the relationship between the variables, it was found that there is no significant relationship between the variable eating disorder and its dimensions, and the variable Risk Behavior in adolescents and its dimensions. Finally, although cases of adolescents at risk were found, this data is minimal, which is why it was recommended to analyze a larger sample in order to find a more significant relationship.

Keywords: Eating disorders, Risk behaviors, Adolescents.

CAPÍTULO I:
MARCO
METODOLÓGICO

1.1 EL PROBLEMA

1.1.1 Delimitación del problema

La etapa de adolescente, a grandes rasgos, es uno de los períodos más importantes y críticos en el crecimiento humano, etapa donde el sujeto busca su identidad, lo que conlleva a diversos cambios conductuales y emocionales; este período es el paso de la niñez hacia ser adulto, durante este transcurso aparecen cambios biopsicosociales que se manifiestan en la apariencia, autoestima, identidad social, comportamientos y otros problemas de los jóvenes. En lo que respecta al comportamiento, uno está socialmente preocupado por su entorno, es decir qué tan bien se lleva con personas del mismo y/o sexo opuesto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) del 10% al 15% de los jóvenes entre 10 y 19 años en todo el mundo mueren por trastornos alimentarios, que son la tercera causa de defunción en esta población, siendo la anorexia y la bulimia los problemas más comunes. Además, dice que al menos el 90 % de las personas con anorexia y bulimia son mujeres y empiezan en la pubertad temprana, entre los 13 y los 18 años.

De esta forma, Maganto (2022) explico que los trastornos alimentarios son más frecuentes entre los jóvenes, especialmente en el sexo femenino. La probabilidad es 6 veces mayor que la de un hombre.

Por otro lado, el CEAMEG, utilizando la infografía “Anorexia y bulimia en México”, muestra que entre los 14 y 19 años es más probable que tengan trastornos de la alimentación. La evidencia muestra que hay alrededor de 20.000 por año. (Ceameg, 2016).

El organismo oficial del Instituto Profesional de la Salud Mental del Perú señalo que el número de informes de “trastornos alimentarios” ha aumentado en los últimos diez años, debido a que anteriormente estos problemas eran escasos o

desconocidos, en cambio, en la última década, hay más conocimiento, por lo que el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental muestra que el comportamiento alimentario tiene un impacto significativo. (Noguchi, 2002)

Un informe del Ministerio de Salud indica que, a partir de 2002, en el Perú más del 11% de los 9.000 estudiantes en hogares de 17 ciudades de nuestro país padecen de bulimia y anorexia. (Minsa, 2010).

Las ciudades participantes del respectivo estudio son: Lima, Ayacucho, Arequipa, Ica, Trujillo, Piura, Cajamarca, Ancash, etc. Por otra parte, la revista Perú 21 (2014) informo que en el 2013 llegaron a 1138, de las cuales 743 eran anoréxicas y 395 tenían anorexia, Bulimia con 1.558 casos de trastornos alimentarios en general en 2014 con una mayor prevalencia de perturbaciones alimenticias.

Finalmente, el Ministerio de Salud del Perú menciona el aumento de los trastornos alimentarios, que representan más del 90% de las mujeres jóvenes, de los cuales el 30% o 40% arriesgan su vida y el 20% de ellas son fallecidas. (Salud M. d., 2017)

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2022) define al grupo de estudio como aquella establecida entre las edades de 12 a 17, de acuerdo con la “Asamblea de los Derechos y el Código del Infante y del Adolescente” establecido en el territorio peruano, dividiéndose en un par de sub grupos: los primeros entre los 12 y 14 años y el siguiente subgrupo entre los 15 a 17 años. En la adolescencia a los sujetos se les asigna nuevas responsabilidades, se vuelven cada vez autónomos, defienden su identidad, cuál es su rol como ciudadano, practicando valores y habilidades adquiridas en su familia como del entorno donde se desenvuelven, y en sus relaciones interpersonales que determinan el progreso y la habilidad de crear, así como planificar su rumbo de vida.

En el Perú el ingerir bebidas alcohólicas y consumir cigarrillos se han transformado en peligrosos inconvenientes a nivel social; debido al aumento de

consumidores, también porque a la temprana edad de 13 años se da el comienzo del consumo y la adicción. Por otro lado, está el inicio precoz del ejercicio sexual trayendo efectos como embarazos no planificados y dificultades en la salud como la propagación de ITS, estas son cifras que preocupan al país.

En el año 2013 en la ciudad de Trujillo se obtuvo una media de 120 adolescentes que dejaron sus instituciones, la gran mayoría de ellos por estar envueltos en diversas problemáticas urbanas como son: el pandillaje, la drogadicción, el alcoholismo, los embarazos no planificados, vandalismo, violencia en casa, etc. (Solar, 2021).

Es oportuno mencionar que los problemas que afectan la salud psicológica de los adolescentes en esta ciudad han ganado notoriedad en los últimos años, tal es así que en el año 2022 se ha reportado a La Libertad como la tercera región con mas casos de trastornos de conductas alimentarias, solo después de Lima y Arequipa. Cabe señalar que estos son solo los casos que el MINSA monitorea, sin embargo, existen otros que no se reportan por las personas que lo padecen. A nivel nacional la situación es mucho más alarmante, en promedio, casi 3 mil niñas, niños y adolescentes son diagnosticadas cada año con anorexia, bulimia y otros. (Ciriaco, 2024)

Por otro lado, un problema latente entre estudiantes adolescentes en el Perú y en la ciudad de Trujillo es la exposición a diferentes situaciones de riesgo, las mismas en las que se ven atrapados e influenciados para desarrollar conductas de riesgo. Tal es así que en el año 2020 se registró un mayor porcentaje de consumo de alcohol en el área urbana (91.4%) en comparación con el área rural (74,6%) en la región de La Libertad. Esta tendencia indica que los adolescentes que habitan las ciudades y zonas metropolitanas de la región son mas propensos a desarrollar hábitos de consumo de alcohol, por tanto, es necesario atender esta problemática (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2021).

También es necesario exponer la problemática que reporta la Gerencia Regional de Salud La Libertad (GERESA LL, 2023) con respecto al consumo de drogas por parte de la población adolescente, y es que en la ciudad de Trujillo se ha documentado que entre los años 2019 y 2022 el consumo de drogas muestra una tendencia al aumento, destacándose especialmente entre los adolescentes de 12 a 17 años. Considerando que esta es una población vulnerable a este tipo de conducta de riesgo, es importante explorar la relación de esta y otras problemáticas para atender las necesidades de este grupo poblacional.

Sumado a esto también cabe destacar lo que declara la gerente de Desarrollo e Inclusión Social para SOL TV (2023) que en comparación a los años anteriores a 2023, los embarazos en adolescentes de entre 14 y 16 años, ha ido en aumento, sobre todo en ese año donde se ha registrado un incremento de embarazos en mujeres adolescentes. Lo que podría señalarse como un indicador de que el inicio de la actividad sexual es cada vez a muy temprana edad, esto representa una practica que vulnera la salud sexual de este grupo etario.

Finalmente, considerando lo que indica el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS, 2024) es que la es una de las regiones con mayor población en el Perú y que su estructura poblacional en su mayoría está constituida por personas de entre 10 a 19 años de edad. Lo que la convierte en un departamento con desafíos sociales como riesgos de delincuencia, consumo de sustancias, etc. Sino se aborda adecuadamente. Además, es necesario fortalecer políticas de salud mental; tanto en la prevención, promoción y atención de estas problemáticas.

En este sentido se consideró imperativo llevar a cabo una investigación en una institución educativa de la localidad para comprender la prevalencia y los factores de riesgo asociados a estos problemas entre los adolescentes, así como su impacto, las

percepciones y actitudes hacia estas cuestiones, la disponibilidad de recursos y programas de intervención, y para identificar necesidades específicas y hacer recomendaciones que contribuyan a mejorar el apoyo y la prevención de estas problemáticas.

1.1.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas de riesgo en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo?

1.1.3 Justificación del estudio

Esta propuesta de investigación proporcionó un aporte teórico con respecto a estas variables de estudio, llenando un vacío de información con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y conducta de riesgo en los adolescentes. Proporcionando datos e información necesaria para explicar la ocurrencia de estos fenómenos en la ciudad de Trujillo, sobre todo en una población susceptible a riesgos, como lo es la adolescencia.

De igual modo esta investigación contribuye en lo práctico dado que los datos obtenidos permitirán desarrollar programas preventivos de trastornos alimentarios, organizar talleres y actividades de refuerzo y psicoeducación dirigidos a la población adolescente de la institución educativa, facilitando intervenciones efectivas.

Los hallazgos encontrados son de aporte social porque brindó diferentes medidas de desarrollo y métodos para comprender la conexión entre los trastornos de la alimentación y las conductas de riesgo dirigidas a aquellos que podrían estar experimentando crisis alimentarias en el entorno local, especialmente entre los adolescentes, con el fin de contribuir a la toma de decisiones en la comunidad.

Los resultados obtenidos son de gran valor metodológico porque sus resultados se apoyan en datos cuantitativos, recabados a través de cuestionarios que permiten obtener datos de manera rápida y eficiente. Además, que dichos instrumentos están fundamentados en una base teórica, en este caso la de “trastornos de la conducta alimentaria” con la Teoría

de (Garner, 1982) y las “conductas de riesgo de los adolescentes” con la de (Rivera y Zavaleta, 2015).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Identificar la relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas de riesgo en adolescentes de la institución educativa Particular de Trujillo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las conductas alimentarias de los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo
- Identificar las conductas de riesgo de los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo
- Identificar la relación existente entre los trastornos de conducta alimentaria en sus dimensiones (Dieta, bulimia y control oral) y las conductas de riesgo en sus dimensiones (Actividad sexual, consumo de cigarrillos y alcohol y consumo de drogas) en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 Hipótesis general

H_G: Existe una relación significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas de riesgo en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

1.3.2 Hipótesis específicas

H_E 1: Existe una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (Dieta) y las conductas de riesgo (Consumo de Cigarrillos) en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

H_E 2: Existe una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (Bulimia) y las conductas de riesgo (Consumo de drogas) en adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo.

H_E 3: Existe una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (Control Oral) y las conductas de riesgo (Consumo de drogas) en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

1.4 VARIABLES E INDICADORES

- Variable 1: “Trastorno de conducta alimentaria”
 - Dieta
 - Bulimia y preocupación por la comida
 - Control Oral

- Variable 2: “Conductas de Riesgo”
 - Inicio de la actividad sexual
 - Consumo de cigarrillos y alcohol
 - Consumo de drogas

1.5 DISEÑO DE EJECUCIÓN

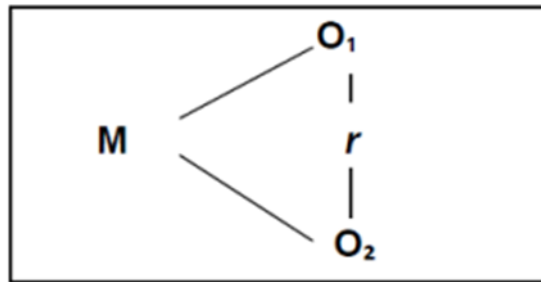
1.5.1 Tipo de investigación

Descriptiva: Es la encargada de analizar las variables tal como son y que se puedan evidenciar en la vida real (Sampieri, 2014)

1.5.2 Diseño de investigación

Diseño “correlacional”, ya que se pretende investigar la relación que existen entre las dos variables de estudio del presente trabajo, en la misma unidad de investigación. (Carlessi & Reyes, 2018)

Figura 1: Diseño de investigación



M: Alumnos de la institución educativa Particular Inmaculada Virgen de la Puerta.

O1: “Trastornos de la conducta alimentaria”

O2: “Conductas de riesgo en adolescentes”

R:” relación de las variables”

1.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1 Población

La unidad poblacional para este trabajo de investigación está compuesta por jóvenes que están cursando el nivel secundario de la institución educativa Particular de Trujillo. La población estudiantil está compuesta de la siguiente manera, el 60 % es del sexo femenino y el 40% es masculino.

Tabla 1

Población estudiantil

Grado	Alumnos
1ro de Secundaria	35
2do de Secundaria	28
3ro de Secundaria	28
4to de Secundaria	26
5to de Secundaria	28
Total	145

Nota. Nómina de relación de alumnos por sección de la Institución Educativa

1.6.2 Muestra

Los participantes para el estudio fueron seleccionados de una muestra no probabilística, y luego se procedió a seleccionar la población muestral que estuviera de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Por esta razón, los resultados dependieron de aquellos alumnos que reunieron las características requeridas, siendo el número total necesario de 145 alumnos.

- Criterio de Inclusión
 - Alumnos que tengan entre 13 a 17 años.
 - Alumnos que firmen el consentimiento en el documento que se les entregara.
 - Alumnos que estén matriculados de manera formal.
- Criterios de exclusión
 - Alumnos que entreguen de forma incompleta todas las preguntas de los 2 cuestionarios
 - Alumnos que no deseen participar tras el consentimiento informado

- Alumnos que padecen algún problema relacionado con las variables de estudio como casos de anorexia o bulimia y que estén debidamente informados a las autoridades del colegio.

1.6.3 Muestreo

El muestreo probabilístico es una técnica utilizada en estadística para seleccionar una muestra representativa de una población. En este método, cada elemento de la población tiene una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionado en la muestra. Esto significa que cada individuo de la población tiene una oportunidad justa de ser incluido en la muestra, lo que ayuda a garantizar la representatividad de la muestra y permite realizar inferencias precisas sobre la población en su conjunto. (Carlessi & Reyes, 2018)

Para hallar la muestra mínima para la investigación se determinó la cifra de 145 alumnos de la institución a través del muestreo probabilístico.

1.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1 Técnicas

Encuesta

Las encuestas permiten recopilar datos de manera sistemática y estructurada a través de una serie de preguntas diseñadas específicamente para obtener información relevante sobre un tema o fenómeno de interés. (Sampieri, 2014)

1.7.2 Instrumento

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación

Ficha técnica

Este cuestionario de Actitud hacia la Alimentación fue desarrollado por Carrasco et al. (2020) ajustada para cumplir los objetivos planteados en este estudio, así como

adaptada para la población de jóvenes de la ciudad de Trujillo. Esta herramienta pertenece al tipo cuestionario y su finalidad es la detección de personas en riesgo de sufrir trastornos alimentarios. El tiempo de aplicación de este cuestionario es de entre 15 y 20 min aproximadamente, dirigida a adolescentes de entre 11 y 18 años de edad.

Descripción

Este test de conducta alimentaria sirve para identificar y evaluar actitudes y comportamientos respecto a la “anorexia o bulimia no diagnosticadas”, compuesto de 15 preguntas cuyos temas van: restricción de alimentos, vómitos, percepción de presión social durante el aumento de peso, dietas secretas y recibe una puntuación a través de una escala Likert donde 1=Nunca, 2=Casi nunca, 3= A veces, 4=Casi siempre y 5=Siempre.

El primer factor de dieta compuesto por los ítems (1, 2, 3, 15, 8) incluía evitar los alimentos grasos y preocuparse por la pérdida de peso, mientras que el segundo factor; ganancia de volumen y ansiedad por la comida contenido en los ítems (4, 6, 7, 10, 14) incluía elementos que reflejaban pensamientos sobre la comida y la bulimia. Incluía lo que se mostraba. Los ítems del factor 3, control oral (5, 9, 11, 12, 13), estaban relacionados con la capacidad de autorregular la ingesta de alimentos y las percepciones de las presiones ambientales para aumentar de peso. Los factores 1 y 2 (dieta, bulimia, obsesión por la comida) son diametralmente opuestos y reflejan el deseo de limitar la ingesta en pacientes con anorexia y bulimia. Del mismo modo, el tercer factor (control oral) indica la capacidad de controlar la alimentación, como en la anorexia, o poco control (impulsividad) a la hora de comer, como episodios de un trastorno alimentario.

En el presente trabajo se utilizó la versión adaptada a la realidad problemática de los jóvenes de la ciudad de Trujillo.

Propiedades psicométricas

Validez

En el instrumento original se calculó el estadístico de validez muestral a través de la prueba estadística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), determinado que el análisis factorial (0,89) es apropiado, además la prueba de esfericidad de Bartlett resultó ser de $\chi^2(703) = 3649,03$; $p < 0,001$. En cuanto a la adaptación del instrumento se realizaron los estadísticos, obteniendo así en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin como resultado 0.75.

Confiabilidad

En el instrumento original, tras la evaluación mediante el alfa de Cronbach dio como resultado regular ($\alpha = 0,64$) a aceptable ($\alpha = 0,87$). Y en la adaptación se obtuvo un coeficiente según el alfa de Cronbach 0.753 señala al instrumento usado con un nivel aceptable de confiabilidad.

Cuestionario de Conductas de Riesgo en Adolescentes

Ficha técnica

El cuestionario de Conductas de Riesgo con el cual se registró la información sobre conductas de riesgo fue adaptado por Monasterio (2019) en la ciudad de Lima. Instrumento breve, para permite recabar información preliminar sobre la tendencia de la población adolescente con respecto a conductas de riesgo a través de 15 ítems con una duración 10 minutos. Dirigido a adolescentes de entre 12 y 17 años.

Descripción

El cuestionario está compuesto por un total de 15 ítems, distribuidos en tres subescalas que abordan diferentes áreas de preocupación. La primera subescala se centra en el inicio de la actividad sexual, conformada por los ítems 1, 2, 3, 4, 5; que explora las actitudes y experiencias de los participantes en relación con su comportamiento sexual. La segunda subescala investiga el consumo de cigarrillos y alcohol, a través de los ítems

6, 7, 8, 9, 10; recogiendo datos sobre la frecuencia y cantidad de consumo de estas sustancias. La tercera y última subescala examina el consumo de drogas (11, 12, 13, 14, 15) con preguntas destinadas a identificar el uso de sustancias ilegales o no prescritas.

Confiabilidad

El instrumento original tras la evaluación mediante el coeficiente de alfa de Cronbach dio como resultado un índice de 0.830. En el caso de la adaptación el coeficiente según el alfa de Cronbach 0.580 señala al instrumento usado con un nivel aceptable de confiabilidad.

1.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó el permiso para acceder a la población con el director de la institución educativa Particular, y una vez recibida la autorización, se presentó una solicitud para la aprobación de los horarios para la aplicación de los instrumentos. Se recalcó que la participación sería voluntaria, y se entregó una hoja de asentimiento. Una vez obtenido el asentimiento firmado por los padres, se distribuyó primero el “Cuestionario de actitudes ante la alimentación”, seguido por el “Cuestionario sobre conductas de riesgo en el adolescente”. Una vez concluidos ambos cuestionarios, se seleccionaron los instrumentos correctamente resueltos y se procedió a su codificación mediante una base de datos en “Microsoft Excel”.

1.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez aplicados los instrumentos a estudiantes de una institución educativa particular en la ciudad de Trujillo, se realizó la codificación de los datos. Posteriormente, se creó una base de datos en Excel, y los datos fueron procesados utilizando el paquete

estadístico SPSS 22.0. Finalmente, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos, empleando métodos y técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

Primero, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para evaluar si las variables del estudio seguían una distribución normal. Luego, se analizó cada ítem usando el coeficiente de correlación ítem-test corregido como indicador. La confiabilidad de ambas escalas se evaluó mediante la consistencia interna, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. Para analizar la relación entre las variables del estudio, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, determinando así la magnitud del efecto de la correlación entre estas variables en los estudiantes participantes. Además, las tablas se elaboraron siguiendo las normas de la APA.

CAPÍTULO II:
MARCO REFERENCIAL
TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

(Loor, 2017) Tituló su investigación “Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con conductas de riesgo en estudiantes de la Institución educativa Octavio Cordero” a fin de analizar y determinar la relación de las “Conductas Alimentarias” respecto a las “conductas de riesgo”. La muestra que utilizó fue de 166 jóvenes, 91 hombres y 75 mujeres, entre las edades de (15 a 18 años). Con una investigación observacional, analítica y transversal, se utilizó el muestreo probabilístico. Las herramientas que se usaron fueron el “cuestionario socio demográfico”, “cuestionario de actitudes ante la Alimentación (EAT 26)”, “el cuestionario de figura corporal “y el “cuestionario de evaluación de conductas de riesgo”.

Como resultado, se observó una relación estadísticamente significativa entre la “imagen corporal” y la “conducta alimentaria de riesgo” ($p = 0,000$), y se encontró una relación significativa entre la imagen corporal y las variables género ($p = 0,003$). En la muestra, el 6,6% eran estudiantes que tenían conductas de riesgo alimenticio, el 9,6% se preocupaba por su “forma corporal” y el 64,5% presentaba baja autoestima. Se encontró que este factor de trastorno es más común en el sexo femenino.

(Pérez, 2014) tituló su investigación “Relación entre las conductas de riesgo y las conductas Alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17” años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenango” Determinar la conexión entre la “conducta de riesgo” y la “conducta alimentaria en jóvenes”. La población muestra estuvo compuesta por 749 jóvenes entre las edades de 15 a 17 años, 350 mujeres y 399 hombres que cursaban estudios secundarios, asistían a diversas instituciones educativas (2 colegios públicos y 2 colegios privados). Utilizo una encuesta descriptiva, de corte transversal, muestreo aleatorio simple. Las

herramientas utilizadas fueron un “ cuestionario sociodemográfico”, un “panel de modelos anatómicos”, un “test de autoestima” y un “ cuestionario de conducta alimentaria”. Finalmente se observa una correlación negativa entre la “autoestima” y la “conducta alimentaria” ($\rho=-.181$). Correlación inversa entre autoestima y auto concepto ($\rho=-.144$). El riesgo de la muestra de desarrollar un trastorno alimentario fue del 4.4 % de los jóvenes, lo que sugirió que las mujeres tienen una mayor tendencia a desarrollar un trastorno alimentario, lo que corresponde al 3,3%. Además, se reveló que los jóvenes sienten que pesan más de lo que realmente pesan (31,7%), mientras que un 4,4 % sienten que pesan menos de lo que realmente pesan, lo que distorsiona su imagen.

A nivel Nacional

(Borjas, 2017), tituló a su estudio “Trastornos de conducta alimentaria y conductas de riesgo en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra” que tuvo por objetivo determinar el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundaria. El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de investigación fue no experimental de corte transversal. Por otro lado, la población estuvo constituida por 96 estudiantes mujeres del nivel secundario. El tipo de muestreo fue no probabilístico. El instrumento utilizado fue “Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación” (EAT- 26)”. El análisis de resultados indicó que el 37% tenía un peligro retenido de trastornos alimentarios (33 casos), estando más involucrados los factores dietéticos presentes en niveles altos y moderadamente altos en aproximadamente el 50%, posteriormente hubo un factor de control oral presente. Factor de atracción del 8% entre alto-medio y alto, y finalmente del 39% entre alto-medio y alto.

(Gómez C, 2018) Llevó a cabo un estudio en Trujillo que investigó “los factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria”. El estudio se realizó

utilizando un enfoque analítico y observacional, y se incluyó una muestra de 102 estudiantes de secundaria. Los resultados del estudio revelaron que el sexo, la obesidad, la familia monoparental y la condición nutricional son factores que se encuentran asociados con el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria. La investigación concluyó que el género es uno de los factores que se asocian con un mayor riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria.

Regional y local

(Paredes, 2018) Llevó a cabo una investigación titulada "Trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo". El objetivo principal de este estudio descriptivo y correlacional fue determinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y los rasgos de personalidad. La muestra consistió en 111 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, con edades comprendidas entre los 16 y 17 años. Se utilizaron dos cuestionarios para recopilar datos: el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) y el Inventario de personalidad de Eysenck H. y Eysenck S.

Los resultados obtenidos revelaron que existe una predisposición a sufrir trastornos de conducta alimentaria en las escalas de Insatisfacción corporal, Desconfianza Interpersonal, Ascetismo y Miedo a la madurez, con porcentajes que oscilan entre el 42.3% y el 53.2% en el rango clínico típico. Además, en el rango clínico bajo, se observó una predisposición a experimentar trastornos en las escalas de obsesión por la delgadez, déficit introspectivo, perfeccionismo, bulimia, autoestima baja y alineación personal, con porcentajes que van del 46% al 59.5%. Por último, en la escala de desajuste emocional, un 37.9% mostró una predisposición a sufrir trastornos en el rango clínico elevado.

En cuanto a los rasgos de personalidad, se encontró que un 50.5% de las estudiantes presentaban tendencia a ser extrovertidas, un 29.7% altamente extrovertidas,

un 15.3% inclinadas hacia la introversión y un 4.5% altamente introvertidas. Además, se observó que un 35.1% tenía una tendencia estable, un 32.4% tendencia inestable, un 20.7% alta inestabilidad y un 11.7% alta estabilidad.

(La Cunza, 2015) , realizó un estudio titulado “Indicadores de riesgo de los trastornos alimenticios entre alumnas de quinto de secundaria de una institución educativa pública y privada de la ciudad de Trujillo”, a fin de analizar las diferencias en los factores de riesgo en ambos grupos de análisis. Se evaluaron a 45 estudiantes de instituciones públicas y 63 estudiantes de instituciones privadas. El inventario de trastornos alimentarios sirvió como herramienta. Se encontró que hay existencia de diferencias significativas entre ambas instituciones. Los estudiantes jóvenes de instituciones privadas corren mayor riesgo porque están predispuestos a todos los factores de esa institución.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría de los trastornos de conducta alimentaria

En este apartado de la investigación es necesario señalar conceptos básicos para posteriormente comprender los paradigmas propuestos en esta investigación. Los mismos que serán fundamentos teóricos para profundizar en cada una de las variables.

2.2.2. Trastornos de la Conducta alimentaria

(Garden, 2004) identificó un trastorno de la conducta alimentaria (TA) como un rasgo psicológico o conjunto de indicios involucrados con la ingesta de alimentos que implica la conciencia y la capacidad para tratar trastornos como la pérdida de peso, la glotonería, el disgusto corporal, una autoestima baja, las relaciones interpersonales, desconfianza interpersonal, déficits introvertidos, desregulación emocional, perfeccionismo, ascetismo y miedo a la madurez.

Por otro lado (Raich, 2000) señala que los cambios alimentarios se caracterizan por cambios físicos que son precisamente evidentes en los diagnósticos médicos. Preocupación constante por los kilos de más y la talla y temor al juicio establecido en estas dos características.

Los trastornos alimentarios son un grupo de problemas psiquiátricos relacionados por cambios en la conducta involucrados con la alimentación o el control del peso. Dichos cambios tienen la posibilidad de hacer que un individuo experimente dificultades físicas y psicosociales. Para explicar esto se expone a continuación las siguientes teorías:

Teoría psicodinámica

Sands (2003) propone una interpretación psicodinámica de los Trastornos de Conducta Alimentaria, argumentando que estos trastornos reflejan un sometimiento del cuerpo, un intento de dominar o controlar las necesidades físicas para manejar ansiedades profundas y conflictos emocionales. En lugar de ver los TCA solo como problemas de imagen corporal o alimentación, ella los sitúa en el marco de la lucha interna entre el Yo y las demandas del inconsciente, influenciada por experiencias relacionales con los primeros cuidadores.

Con respecto a la anorexia; la restricción alimentaria puede simbolizar un rechazo a las necesidades corporales (hambre, sexualidad). Mientras que, en la bulimia, los ciclos de atracones y purgas reflejan una lucha entre el deseo y el castigo. Mecanismos de defensa contra sentimientos abrumadores, como la impotencia, la vergüenza o el miedo al abandono. El cuerpo se convierte en un objeto que el individuo puede controlar cuando otras áreas de la vida (emociones, relaciones,) se perciben como caóticas o incontrolables Sands (2003).

Vincula los TCA con fallas en las primeras relaciones con los cuidadores. Por ejemplo, una madre percibida como intrusiva o negligente podría llevar al adolescente a

usar el cuerpo como medio para establecer límites o buscar autonomía. Por otro lado, el abuso o la invalidación emocional, también se destaca como un factor que intensifica esta dinámica, haciendo que el cuerpo sea un refugio o un enemigo a someter. Convirtiéndose el cuerpo no es solo un ente físico, sino un símbolo cargado de significados inconscientes, silenciándolo para evitar enfrentar emociones intolerables.

En la bulimia, por ejemplo, el atracón puede ser un intento disociado de llenar un vacío emocional, seguido por la purga como castigo o limpieza. En este sentido la autora propone explorar el significado inconsciente detrás de las conductas alimentarias, en lugar de centrarse solo en los síntomas. Cuyo objetivo es hacer la reconexión entre el cuerpo y las emociones que el inconsciente reprime como mecanismo de defensa.

Teoría del desarrollo

Este enfoque explora cómo los trastornos de conducta alimentaria se manifiestan de manera diferente en niños y adolescentes en comparación con otros grupos etarios, considerando factores como el desarrollo físico (la transición de la pubertad), cognitivo y emocional.

Lask y Bryant (2007) consideran el enfoque del desarrollo basándose en teorías como las de Erikson y Piaget, analizando cómo los desafíos de las etapas del desarrollo por ejemplo la infancia caracterizada por demostrar autonomía y la identidad propia de la etapa adolescente; pueden predisponer o exacerbar los trastornos de conducta alimentaria.

Con respecto a la anorexia, el padecimiento de esta puede reflejar un intento de controlar el cuerpo frente a los cambios de la pubertad. destacando factores de riesgo específicos, como la presión de pares, la influencia familiar y las transiciones escolares (Lask y Bryant, 2007).

Sumado a esto, este modelo considera factores que contribuyen al inicio y desarrollo de los TCA a edades tempranas, en primer lugar, aspectos biológicos como la

genética, alteraciones neuroendocrinas, etc. Segundo, aspectos psicológicos como perfeccionismo, baja autoestima, etc. y sociales, como estereotipos, influencia de redes sociales, tendencias de imagen corporal, etc.

Modelo Cognitivo Conductual:

Para Beck (2011) los eventos no causan directamente las emociones o conductas; más bien, es la interpretación de los pensamientos sobre esos eventos los que determinan la respuesta emocional y conductual, en los trastornos de conducta alimentaria la interpretación que puede obtener a partir del aumento mínimo de gramos en el peso corporal, desencadenaría emociones de vergüenza y conductas de restricción extrema. Este paradigma teórico busca identificar y modificar estas interpretaciones catastróficas.

Este enfoque se centra en los Pensamientos Automáticos Negativos (PAN) a menudo inconscientes que surgen en respuesta a una situación y reflejan Creencias Subyacentes; estas son ideas profundamente arraigadas sobre uno mismo, los demás o el mundo, que suelen formarse en la infancia y guían la percepción. Para dar paso a las distorsiones cognitivas; las cuales son definidas como errores sistemáticos en el procesamiento de la información que llevan a conclusiones irracionales como: pensamiento dicotómico (todo o nada), sobre generalización y pensamientos catastróficos. Llevando al individuo a formar esquemas Cognitivos; que son estructuras mentales que organizan la experiencia y contienen creencias centrales y supuestos intermedios" (Beck, 2011).

En este sentido un cuadro típico en anorexia podría ser el control del propio cuerpo, siendo lo único que hace sentir segura/o a la persona que la padece. Este modelo explora cómo este esquema afecta la vida del paciente y lo desafía mediante experimentos conductuales, por lo que una conducta se mantiene porque elimina o reduce una emoción desagradable. Ahora bien, si este comportamiento se ve alimentado por comentarios o

críticas familiares y sociales, entonces es necesario intervenir en los esquemas cognitivos del sujeto para desarticular pensamientos automáticos y conductas de ayuno, por ejemplo.

En un caso de bulimia, purgarse reduce temporalmente la ansiedad tras un atracón, reforzando el ciclo. La teoría cognitivo conductual busca romper este patrón, enseñando estrategias alternativas para tolerar la ansiedad.

De acuerdo con Carrasco et al. (2019) Los trastornos alimentarios incluyen lo que se conoce como "comer emocional", que implica consumir alimentos con el propósito de alcanzar un equilibrio psicológico. Esto puede conducir a un aumento en la cantidad de comida ingerida, episodios de "picoteo", disminución de la sensación de saciedad y atracones. Asimismo, investigaciones han señalado que comer de forma descontrolada comparte características con los procesos de adicción, ya que las personas con este patrón tienen dificultades para detener la ingesta. Además, esta conducta se ha relacionado con la pérdida de la capacidad de experimentar saciedad. Señalando las siguientes dimensiones:

2.2.3. Dimensiones de la variable

Bulimia nerviosa, así como la anorexia nerviosa, a menudo comienza comiendo menos comidas o excluyendo ciertos productos de la dieta regular, pero con ayuno intermitente. En cambio, la persona enferma comienza a comer en exceso y se involucra en un comportamiento de limpieza. Algunos estudios muestran que 5 de cada 100 mujeres con Bulimia nerviosa en los países occidentales ajustan su dieta para comer en exceso (atracones) para mantenerse saludables. (Garden, 2004)

La identificación de los pacientes con BN no puede basarse en el peso, como es el caso de los pacientes con anorexia, ya que pueden aumentar, perder o mantenerse en niveles ideales según la edad, la altura y el sexo. El más común son las fluctuaciones repentinas de peso debido a hábitos alimenticios no regulados. (Garden, 2004)

La evaluación de una persona está desproporcionadamente asociada por la contextura y los kilos del cuerpo. En base a esta preocupación, suele haber una dieta baja en calorías o restringida. Según el comportamiento que presenten, se pueden explicar dos maneras de atracones: a) Bulimia con vómitos: este tipo de bulimia implica vómitos y el uso de medicina, “diuréticos o enemas”. Y b) Comer demasiado sin filtrar: esta manera utiliza diferentes maneras de comportamientos compensatorios, como el ayuno y el ejercicio excesivo.

También se incluye a la **Dieta**, para Garden (2004) la dieta provoca el inicio de los trastornos de alimentación, cuanto más tiempo se prolongue su duración e intensidad, ya que afecta a los procesos biorreguladores del organismo humano. Considerando que esta significa aprender a ignorar las señales internas de su cuerpo, creando confusión y miedo a comer en exceso, brindándole un mayor manejo de los insumos que se ingiere. Cambia la sincronización responsable de controlar la ingesta y mantener el peso corporal cerca de una línea de base conocida como 'punto de referencia'. Esto mantiene tu peso estable, pero con las fluctuaciones habituales.

Así mismo la restricción excesiva de una dieta equilibrada puede provocar trastornos generales en una persona y provocar cambios físicos, cognitivos y emocionales: trastornos gastrointestinales, somnolencia, mareos, dolores de cabeza y ansiedad, así como la afectación física; disminución de la fuerza, caída del cabello, sensibilidad a bajas temperaturas, extremidades frías, hinchazón, desorden de la masa muscular y la grasa corporal, alimentación compulsiva, desinterés en otras actividades, dificultad para concentrarse y deterioro del raciocinio, episodios de tristeza, irritabilidad y agresión (Garden, 2004).

Finalmente, el **Control oral** caracterizado por mecanismos que una persona emplea para regular la ingesta de alimentos a través de la boca, en el caso de la anorexia

implica una restricción severa de la ingesta alimentaria, reflejando un control oral extremadamente rígido, motivado por un miedo Intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del cuerpo. Por otro lado, en la bulimia se caracteriza por episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias como el vómito autoinducido, lo que indica un control oral fluctuante entre la pérdida de control durante el atracón y el intento de recuperarlo mediante la purga. Y con respecto al trastorno por atracón se destaca una Ingesta excesiva y descontrolada de alimentos, mostrando una falta de regulación en el control oral (OMS, 2022)

De manera independiente al tipo clínico de TCA, puede causar lesiones visibles en el medio oro facial cuando están en contacto constante con el ácido estomacal. Del mismo modo, varias lesiones buco faciales pueden ser causadas por un mal estado nutricional o por un mal aseo e higiene, pero hay menos conocimiento sobre este tema. Los hábitos alimentarios inadecuados y otros fenómenos que pudieran acontecer a su alrededor, como por ejemplo el consumo de drogas, podrían resultar de igual manera relevantes en relación a la aparición de signos buco-faciales. (ALTUNA, 2017)

2.2.4. Conductas de Riesgo

Ahora bien, con respecto a la segunda variable, es necesario conocer y exponer términos necesarios para enriquecer el conocimiento sobre las teorías que se expondrán a continuación.

Según Gómez (2018) el impacto sobre las conductas de peligro a nivel individual viene indicado por un grupo de factores: Personal: haciendo referencia al historial de vida, cómo solucionar situaciones de conflicto y el uso de mecanismos comunes de apoyo en momentos de inestabilidad de identidad. También a Factores de salida: que tiene que ver con la adaptabilidad a la supervivencia, capacidad cognitiva y flexibilidad para resolver problemas. Y el Contexto que apoya la creación de redes, la

capacidad de diferenciar la ficción de la realidad, y la capacidad de analizar los conocimientos coherentemente. La interacción de todas estas dimensiones determina las formas específicas en que cada joven determina el nivel de riesgo que toma en su respuesta adaptativa.

De manera similar, todo el comportamiento humano está influenciado por diversos factores sociales como: la familia, los grupos de pares, los roles en los medios y las normas y valores contextuales los modelos de rol de los progenitores tienen un rol importante, las redes de asistencia emocional y la aceptación de la sociedad reducen la probabilidad de depresión, el inicio de consumo de alcohol y el inicio de las relaciones sexuales, son factores importantes que contribuye a los problemas de la sociedad y de salud de los adolescentes, incluidos el abuso, el embarazo, las enfermedades transmisibles, otros problemas de salud, ETS, abandono de los estudios, depresión y suicidio (Rivera y Zavaleta, 2015).

Así como las fuentes de información, especialmente la que se transmite de manera digital, influyen en el comportamiento de los adolescentes, los grupos de iguales tienen una influencia significativa en las conductas de riesgo y son grupos que fomentan y facilitan la práctica de comportamiento de riesgo. Las conductas repetitivas pueden definirse como actividades repetitivas, exceder los límites de la regulación puede perjudicar o amenazar el crecimiento psicosocial durante la niñez o la adolescencia, y puede afectar negativamente la vida actual o futura. Los adolescentes sin experiencia ignoran los riesgos a corto y largo plazo y se involucran en comportamientos destructivos (Orbegoso, 2013).

La adolescencia está acompañada por una variedad de factores psicológicos, físicos y también sociales. Asimismo, buscan independencia para con los padres y del entorno que los rodea. Por lo tanto, existe separación en las relaciones interpersonales y

la relación con los amigos es más importante, lo que puede conducir a un comportamiento de los adolescentes y conducir a comportamientos de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol y tabaco, afectando la salud física y mental. Abuso de marihuana, cocaína y otras drogas ilegales, sexo infantil. La depresión a veces conduce al suicidio, soledad, incomunicación, aburrimiento, etc. A nivel mundial, existen riesgos de salud socio-conductuales entre los jóvenes en países de primer mundo y tercermundistas. Los ítems incluyen tasas de tabaquismo, alcoholismo, tasas de enfermedades relacionadas con el trabajo, tasas de enfermedades de tránsito e intentos de suicidio, tasas de aborto y embarazo de niños menores de 20 años y tasas de mortalidad por accidentes y suicidios, la parte de la población de adolescentes satisfechos con los servicios médicos y la incidencia de infecciones de transmisión sexual (Rosalba, 2015).

En nuestro país se han aplicado varios estudios sobre “conductas de riesgo”. En un estudio de forma longitudinal elaborado por (Alcázar, 2011) se usaron a manera de análisis cuatro conductas de riesgo: “consumo de tabaco”, “alcohol y drogas”, y “sexo no seguro”. Cuando estos comportamientos se observan en altas proporciones, el inicio temprano de sexo de riesgo, consumo de bebidas alcohólicas y el uso de drogas está determinado por muchos factores, incluidas las características individuales, el tipo de hogar y las relaciones con los padres y amigos. Así, los familiares juegan un importante papel de apoyo en la adquisición de estas conductas de riesgo, incluso en casos como el abandono familiar, la falta de cuidados, la distancia emocional de los padres y la herencia (padres psicóticos) estos factores hacen más probable de atraer alguna conducta de riesgo.

Por lo tanto, es importante tomar acciones preventivas para evitar dañar y degradar a la juventud de hoy. Estos comportamientos afectan la vida cotidiana, como la

familia, el trabajo y las actividades sociales, y pueden ser inicialmente un problema persistente o volverse crónicos.

Una investigación realizada por el MINSA ha elaborado un expediente técnico “Situación de Salud de la Adolescencia y la Adolescencia Peruana 2017”, con el objetivo de orientar las actividades que relacionan la salud de las y los adolescentes en el ámbito médico. Esto indica que la estructura demográfica de Perú está cambiando, con tasas de fertilidad en descenso y una esperanza de vida en aumento. Según el INEI, los jóvenes entre 10 a 19 años representaban el “18,6% de la población del Perú” en 2015 y se espera que alcancen el “17,4% en el año 2021”.

Lo visible del consumo de alcohol y cigarrillos entre los estudiantes de secundaria en ciudades de 30.000 habitantes o más en 2012 fue del 37,2% y del 22,3%, respectivamente, con un tiempo medio de consumo de 13,3 años. La tasa de consumo de los hombres supera en gran escala a la de las mujeres. En cuanto al estado nutricional en 2010, el 19,8% (20,9% niños, 18,6% niñas) de los estudiantes de secundaria tenían sobrepeso y el 3,0% (3,3% niños, 2,6% niñas) obesidad.

En cuanto al sexo, el 19,7% de los adolescentes de secundaria en 2010 reportaron haber realizado relaciones sexuales alguna vez en la vida, y el 46,7% reportaron haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de la edad de 14 años, con hombres (28,3%) y mujeres (11,1%), de igual manera, la tasa de embarazo adolescente fue el doble que en las zonas urbanas, y respecto a las “enfermedades de transmisión sexual” registrados en los servicios ambulatorios del (Minsa., 2019), las adolescentes entre las edades de 12 a 18 años. Entre las niñas, el 0,9% y el 90,2% fueron diagnosticadas con 'enfermedad venérea inexplicable'.

Cabe señalar los dramáticos cambios físicos, psicológicos y sociales que experimentan los jóvenes, período crítico en el que son frecuentes en los

comportamientos de riesgo. Son acciones voluntarias o involuntarias realizadas por individuos que pueden tener consecuencias perjudiciales.

Como se ha explicado, los comportamientos de riesgo han sido mencionadas por muchos investigadores, y entre estas conductas son numerosas, se pueden destacar el uso de sustancias adictivas (alcohol, tabaco, drogas), sexo precoz sin protección, depresión que puede llevar al suicidio, trastornos alimentarios., violencia escolar, conductas de seguridad vial, conductas violentas y antisociales.

El descubrimiento de la sexualidad, el consumo de alcohol, drogas y la depresión se consideran comportamientos de riesgo. Estas acciones conducen a altos niveles de enfermedades graves, lesiones e incluso la muerte. Muerte instantánea, o la necesidad de adaptarse a una vida a largo plazo, como lo demuestran el tabaquismo y el alcoholismo. Un estilo de vida a largo plazo que conduce a la morbilidad adulta y la mortalidad temprana. La investigación actual considera las conductas sexuales, el consumo de alcohol y drogas y el comportamiento depresivo. Esto se debe a que estos son los comportamientos más frecuentes en nuestro país, según explica el informe del MINSA. Te explicamos cada uno a continuación.

Sin embargo, es importante señalar las razones que predisponen a los adolescentes a este tipo de comportamientos disruptivos que vulneran su salud física y mental y que expliquen con sustento científico las bases de esta problemática. Por tanto, a continuación, se exponen los siguientes modelos teóricos.

2.2.5. Dimensiones de la Variable

Conductas Depresivas

La depresión es una afección mental común que se caracteriza por “tristeza”, “pérdida de interés” y “placer”, “sentimientos de culpa” y “baja autoestima”, trastornos del sueño y del apetito, fatiga y dificultad para concentrarse. Afecta muchas actividades

de la vida diaria y provocar a tomar medidas extremas como el suicidio. A partir del año 2000, el número total de personas que presentan problemas de salud mental ha aumentado drásticamente, lo que indica tasas más altas de ansiedad, así como de depresión.

Se ha clasificado a la depresión como uno de los resultados clínicos más incapacitantes y se proyecta que para el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad con mayor índice en todo el mundo. Entre todos los jóvenes, la depresión ocupa la tercera causa principal de discapacidad y enfermedad, así como la tercera causa principal de suicidio en jóvenes que promedian los 15 a 19 años. (Salud O. m., 2021) El análisis de la situación mundial del suicidio revela cifras preocupantes como una tasa de suicidio de 15,1 por cada 100.000 habitantes (en una data de 53 países). Mata un promedio de un millón de humanos cada año y se proyecta que llegará a 1,5 millones para 2020. Mediante el uso del instrumento encuesta Mundial de Salud Escolar, el 19,5% de los estudiantes ha tenido pensamientos suicidas en los últimos 12 meses mientras estuvo en Perú. La depresión es un trastorno que afecta tanto a niños y adolescentes como a adultos, y puede provocar que expresen emociones como tristeza, soledad, pérdida de interés y dificultad para concentrarse, y afectar sus actividades diarias en el hogar y la escuela. Si estos síntomas persisten durante mucho tiempo, pueden conducir a un comportamiento suicida, o el adolescente puede tomar algún tipo de alcohol o drogas para que se sienta mejor temporalmente, pero en última instancia a un psiquiatra y puede conducir a la hospitalización clínica.

Los problemas de salud respecto a la mente en los jóvenes pueden tener un impacto significativo ya sea en su salud, así como en su desarrollo en general, lo que a menudo resulta en un aumento en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas,

embarazos adolescentes, abandono escolar e inicio de delitos, y está relacionado con diversos problemas sociales y de salud.

La infancia y la etapa de madurez son, por tanto, esenciales para el desarrollo de una buena salud mental en la adultez. Es en estas fases de la vida críticas cuando los niños están bien entrenados para lidiar con una variedad de problemas, tienen las habilidades sociales apropiadas y sus padres confían en ellos para prevenir una variedad de comportamientos riesgosos. Por ello, la familia es una fuente de apoyo y protección en este momento crítico, actuando en el momento oportuno y potencialmente llevando a los adolescentes a otras “conductas de riesgo” como el alcohol, las drogas y el abuso sexual, evita que las personas incurran en determinadas conductas depresivas, como la promiscuidad y los trastornos alimentarios.

Consumo de alcohol o drogas

(OMS, 2021) El alcohol es una sustancia psicoactiva adictiva que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos, y el consumo de alcohol es responsable de más de 200 enfermedades y trastornos. Se asocia con un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud como el alcoholismo, enfermedades no transmisibles como la cirrosis, ciertos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, y trastornos mentales y del comportamiento como la violencia y los traumatismos causados por el tránsito. accidente. Una droga se conceptualiza como una bebida introducida en el cuerpo por cualquier vía que puede causar cambios en el funcionamiento del sistema nervioso y causar adicción, ya sea en factores psicológicos, físicos, psíquicos o ambas.

El consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es una preocupación constante en la sociedad actual. Porque en esta etapa de la vida, los factores estresantes ambientales frecuentes y las crisis "psicológicas" típicas de la vejez hacen que los jóvenes sean criaturas expuestas y vulnerables. Esta preocupación se acentúa cuando el

alcohol se establece como puerta de entrada al consumo de otras drogas psicotrópicas (MORENO, 2019).

Consumir drogas y alcohol tienen una relación con muchos efectos adversos, donde se incluye un mayor riesgo de uso grave de drogas en la vida adulta, abandono escolar y falta de raciocinio que puede poner en peligro a los jóvenes, violencia, relaciones sexuales peligrosas y no deseadas y la posibilidad de suicidio. (MORENO, 2019)

La familia es el entorno principal en el que los estudiantes de secundaria pueden ver o iniciar con el consumo de bebidas alcohólicas, los vecinos consumen cigarrillos y marihuana y los compañeros de trabajo consumen otro tipo de drogas aceptadas por la sociedad.

Conducta Sexual de Riesgo

Según (OMS, 2021), la sexualidad se define como un aspecto fundamental de la personalidad que se manifiesta a lo largo de la vida. Esto incluye: “la sexualidad, la identidad y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”. Se experimenta y expresa a través de: “pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores, acciones y relaciones interpersonales”.

Según la (OMS, 2021), 16 millones de niñas que oscilan las edades de 15 y 19 años y casi un millón de niñas cuya edad es menor de 15 años dan a luz a un infante, principalmente en países de bajos recursos. El comportamiento sexual de “riesgo de los adolescentes” puede estar relacionado con factores cognitivos, culturales, sociales y de otro tipo (Crosby, 2002)

Entre los factores más asociados con la “conducta sexual de riesgo” se encuentra el “nivel de conocimiento sobre la conducta de prevención y las medidas de protección”

El consumo de sustancias y la actividad sexual también sugieren conductas sexuales peligrosas. Múltiples estudios confirman que el sexo es más fácil cuando los jóvenes no están sobrios y beben. No obstante, el consumo intensivo de sustancias ilícitas se asocia con apatía ante las amenazas sexuales y, sobre todo, disminución de la sensibilidad sexual, principalmente en los hombres, lo que justifica el abandono del preservativo.

Los estudios en cuatro países: “Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Perú”, muestran un vínculo con la iniciación sexual temprana. En Bolivia, se inicia entre los 13 y los 15 años, en Nicaragua entre los 12 y los 15 años, en Ecuador entre los 15 y los 20 años, y en Perú entre las edades de 12 y los 16 años. (PAHO, 2018) Los adolescentes peruanos suelen tener sus relaciones sexuales antes de los 18 años y la tasa va en aumento cada año.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Trastornos de la conducta alimentaria

Un rasgo psicológico de afecciones sobre la alimentación que son importantes para entender y tratar los síntomas del sobrepeso, la bulimia, la no aceptación del cuerpo, la baja autoestima, la desconfianza relacional, el déficit de introversión, la desregulación emocional, el perfeccionismo, ascetismo y miedo a la madurez. (Garden, 2004).

Conductas de Riesgo en Adolescentes

Estos son comportamientos que se desarrollan durante la pubertad que afectan el desarrollo normal y pueden afectar su vida ahora y en el futuro. (Rivera y Zavaleta, 2015).

CAPÍTULO III:

RESULTADOS

Variable Trastornos de Conducta Alimentaria

Tabla 2

Frecuencia acumulada variable trastornos de conducta alimentaria

Nivel	n	%
Bajo	29	20
Medio	110	76
Alto	6	4
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Según la tabla 2, del total de 145 alumnos encuestados de una institución educativa particular, respecto a la variable sobre el control de las conductas alimentarias, indica que 6 alumnos tienen problemas a nivel alto respecto a los trastornos de conducta alimentaria.

Dimensión 1: Dieta

Tabla 3

Frecuencia acumulada dimensión dieta

Nivel	n	%
Bajo	29	20
Medio	104	72
Alto	12	8
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Del total de 145 alumnos encuestados de una institución educativa Particular de Trujillo, indican que 12 de ellos tienen problemas a nivel alto respecto a la dieta que siguen.

Dimensión 2: Bulimia

Tabla 4

Frecuencia acumulada dimensión Bulimia

Nivel	n	%
Bajo	22	15
Medio	116	80
Alto	7	5
Total	145	100,0

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Según la tabla 4 del total de alumnos encuestados de la institución educativa Particular de Trujillo, 7 alumnos presentan problemas con la bulimia a un nivel alto.

Dimensión 3: Control Oral

Tabla 5

Frecuencia acumulada dimensión Control Oral

Nivel	n	%
Bajo	29	20
Medio	97	67
Alto	19	13
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Del total de 145 alumnos encuestados, 19 participantes tienen problemas con la dimensión control oral en un nivel alto.

Variable Conductas de Riesgo

Tabla 6

Frecuencia acumulada conductas de riesgo

Nivel	n	%
Bajo	9	6
Medio	130	90
Alto	6	4
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Según la tabla 6, del total de alumnos encuestados de una institución educativa Particular de Trujillo, 6 alumnos indicaron que tienen conductas de riesgo a un nivel alto.

Dimensión 1: Actividad Sexual

Tabla 7

Frecuencia acumulada actividad sexual

Nivel	n	%
Bajo	9	6%
Medio	59	41%
Alto	77	53%
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Del total de alumnos encuestados de una institución educativa particular de Trujillo, el 53% señalaron que tienen un nivel alto sobre el ejercicio de la actividad sexual.

Dimensión 2: Consumo de cigarrillos y alcohol

Tabla 8

Frecuencia acumulada cigarrillos y alcohol

Nivel	n	%
Bajo	33	23
Medio	109	75
Alto	3	2
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Del total de 145 alumnos encuestados de una institución educativa particular de Trujillo, el 23% de los alumnos señalaron que consumen a nivel bajo cigarrillos y alcohol.

Dimensión 3: Consumo de drogas

Tabla 9

Frecuencia acumulada consumo de drogas

Nivel	n	%
Bajo	36	25
Medio	102	70
Alto	7	5
Total	145	100

Nota. Datos obtenidos del cuestionario y ficha técnica de la encuesta.

Elaborado por el autor.

Del total de 145 alumnos encuestados de una institución educativa particular de Trujillo, el 5% de los alumnos señalaron que tienen un nivel alto sobre el consumo de drogas.

PRUEBA DE HIPOTESIS POR RHO SPEARMAN

Tabla 10

Prueba de Hipótesis General

			TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	CONDUCTAS DE RIESGO
Rho de Spearman	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	Coefficiente de correlación	1,000	,064
		Sig. (bilateral)	.	,450
		N	145	145
		CONDUCTAS DE RIESGO	Coefficiente de correlación	,064
		Sig. (bilateral)	,450	.
		N	145	145

El análisis reveló que hay una correlación muy débil ($r_s = 0.064$) entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes de una institución educativa. Estos resultados no respaldan la hipótesis de que existe una relación significativa entre ambas variables. Además, el alto valor de significancia ($sig = 0.450$) indica que no hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula de no relación. Aunque la posibilidad de una relación débil no puede descartarse por completo debido a la debilidad de la correlación, en general, no se encuentra una conexión fuerte entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes analizados.

Hipótesis específica 1

Tabla 11

Prueba de Hipótesis Específica 1

			Dieta	Consumo de cigarrillos
Rho de Spearman	Dieta	Coeficiente de correlación	1,000	,010
		Sig. (bilateral)	.	,906
		N	145	145
	Consumo de Cigarrillos	Coeficiente de correlación	,010	1,000
		Sig. (bilateral)	,906	.
		N	145	145

El análisis revela una correlación muy débil ($r_s = 0.10$) y no significativa ($\text{sig} = 0.906$) entre los trastornos de conducta alimentaria (Dieta) y las conductas de riesgo (Consumo de Cigarrillos) en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Estos resultados no respaldan la hipótesis de que existe una relación significativa entre ambas variables, ya que la correlación es mínima y no se encontró suficiente evidencia estadística para afirmar una asociación. Por lo tanto, no se puede concluir que exista una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (dieta) y las conductas de riesgo en los adolescentes (Consumo de cigarrillos) analizados.

Hipótesis específica 2

Tabla 12

Prueba de Hipótesis Específica 2

			Bulimia	Consumo de Drogas
Rho de Spearman	Bulimia	Coefficiente de correlación	1,000	,055
		Sig. (bilateral)	.	,512
		N	145	145
	Consumo de Drogas	Coefficiente de correlación	,055	1,000
		Sig. (bilateral)	,512	.
		N	145	145

El análisis revela una correlación muy débil ($r_s = 0.055$) y no significativa ($sig = 0.512$) entre los trastornos de conducta alimentaria (Bulimia) y las conductas de riesgo (Consumo de drogas) en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Estos resultados no respaldan la hipótesis de que existe una relación significativa entre ambas variables, ya que la correlación es mínima y no se encontró suficiente evidencia estadística para afirmar una asociación. Por lo tanto, no se puede concluir que exista una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (bulimia) y las conductas de riesgo en los adolescentes (Consumo de drogas) analizados.

Hipótesis específica 3

Tabla 13

Prueba de Hipótesis Específica 3

		Control Oral	Consumo drogas
Rho de Spearman	Control Oral	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	145
	Consumo drogas	Coefficiente de correlación	,125
		Sig. (bilateral)	,138
		N	145

El análisis revela una correlación débil ($r_s = 0.125$) pero significativa ($\text{sig} = 0.138$) entre los trastornos de conducta alimentaria (Control Oral) y las conductas de riesgo (Consumo de drogas) en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Estos resultados proporcionan evidencia para rechazar la hipótesis nula (H_0) de que no existe una relación entre ambas variables. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la correlación es débil, lo que indica una relación limitada entre los trastornos de conducta alimentaria y el consumo de drogas.

**CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS DE
RESULTADOS**

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre trastornos de la conducta alimentaria y conductas de riesgo en adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Para ello, se aplicó 2 cuestionarios a una muestra de 145 estudiantes de dicha institución, obteniendo datos sobre la correlación y el nivel de control en las conductas alimentarias y en las conductas de riesgo.

Los resultados obtenidos muestran que, de los alumnos encuestados, el 76% señalaron tener un nivel medio de control sobre las conductas alimentarias, mientras que el 20% y 4% alumnos indicaron tener un nivel bajo y alto de control, respectivamente. La base teórica proporcionada señala que alteraciones en la conducta alimentaria, están relacionadas al control del peso, y pueden tener consecuencias físicas y psicosociales en los individuos afectados. Además, se mencionan diferentes dimensiones de la variable de los trastornos de conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa, las dietas restrictivas y el control oral.

En consecuencia, los trastornos de conducta alimentaria, como la dieta restrictiva, la bulimia nerviosa y el control oral, representan un problema de salud pública significativo en la actualidad. Afectando la autovaloración de los adolescentes, la salud psicológica, dificultades en sus relaciones interpersonales e intrapersonales. A largo plazo estas afecciones pueden prolongarse hasta la vida adulta o en el peor de los casos riesgo de mortalidad. Considerando que los TCA tienen una de las tasas más altas de mortalidad entre los trastornos mentales, ya sea por complicaciones físicas o suicidio (Minsa, 2022).

Asimismo, se obtuvo que, de los estudiantes encuestados el 90% mostraron conductas de riesgo a nivel medio, mientras que el 6% de alumnos indicaron tener a nivel bajo y el 4% de estudiantes señalaron tener conductas de riesgo a nivel alto. Esto implica que existe una propensión a participar en comportamientos sexuales sin utilizar medidas de protección adecuadas, como el uso de preservativos. Estas conductas de riesgo

aumentan la probabilidad de transmisión de infecciones de transmisión sexual y pueden contribuir a embarazos no deseados. Es fundamental destacar la importancia de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos para promover una conducta sexual responsable y saludable.

En cuanto al consumo de alcohol y cigarrillos, se observa que un número reducido de alumnos indicaron tener un nivel bajo y alto de conductas de riesgo. Esto sugiere que existe una minoría de estudiantes que están involucrados en comportamientos de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo. Ambas conductas pueden tener un impacto negativo en la salud física y mental de los individuos, aumentando el riesgo de enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol y problemas respiratorios y cardiovasculares asociados al tabaquismo. Es fundamental promover programas de prevención y concientización sobre los efectos perjudiciales del consumo de alcohol y cigarrillos, así como brindar apoyo para aquellos que deseen dejar de fumar o reducir su consumo de alcohol.

En relación al consumo de drogas, no se mencionan datos específicos en los resultados proporcionados. Sin embargo, el consumo de drogas es una conducta de riesgo importante que puede tener consecuencias devastadoras para la salud y el bienestar de los individuos. Las drogas ilícitas y el abuso de medicamentos pueden llevar a problemas de adicción, deterioro cognitivo, daño orgánico y problemas sociales. Es esencial abordar esta problemática mediante programas de prevención, educación y tratamiento adecuados, con el objetivo de reducir la incidencia del consumo de drogas y brindar apoyo a aquellos que necesiten ayuda.

El estudio realizado por Loor (2017) encontró una relación estadísticamente significativa entre la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo, así como una asociación significativa entre la imagen corporal y el género. Estos hallazgos son

consistentes con los resultados de otros estudios que han demostrado una mayor prevalencia de trastornos alimentarios en mujeres y su relación con la insatisfacción corporal.

Pérez (2014) también identificó una correlación negativa entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Además, se observó que las mujeres tenían una mayor tendencia a desarrollar trastornos alimentarios, lo que es coherente con la literatura existente sobre el tema.

Camarillo (2013) encontró que un porcentaje de alumnos en su muestra presentaban riesgo de trastornos alimentarios y distorsiones en la autoimagen relacionadas con el peso. Estos resultados concuerdan con los estudios anteriores que indican una mayor vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar trastornos alimentarios y preocupaciones relacionadas con la imagen corporal.

El estudio de Borjas (2017) reveló que un porcentaje significativo de estudiantes de nivel secundario tenía un riesgo retenido de trastornos alimentarios, y se identificaron factores dietéticos y de control oral como elementos influyentes. Estos hallazgos respaldan la existencia de una relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la preocupación por la forma corporal.

La Cunza (2015) identificó diferencias significativas en los factores de riesgo de trastornos alimentarios entre alumnos de instituciones públicas y privadas, señalando que las estudiantes de instituciones privadas tenían un mayor riesgo. Esto puede indicar la influencia de factores contextuales en la aparición de conductas alimentarias de riesgo.

El estudio de Quiñones (2016) encontró que la mayoría de los estudiantes se ubicaron dentro del promedio clínico típico en la escala utilizada para evaluar el auto concepto físico, lo que indica que tenían una percepción negativa de su cuerpo. Estos resultados pueden sugerir la presencia de preocupaciones relacionadas con la imagen

corporal que podrían ser un factor de riesgo para las conductas alimentarias problemáticas.

La hipótesis general es rechazada ya que el análisis revela que hay una correlación muy débil ($r_s = 0.064$) entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes de la institución educativa. Estos resultados no respaldan la hipótesis de que existe una relación significativa entre ambas variables. Aunque la posibilidad de una relación débil no puede descartarse por completo debido a la debilidad de la correlación, en general, no se encuentra una conexión fuerte entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes analizados.

El coeficiente de correlación (r_s) de 0.10 indica una correlación muy débil entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes de una institución educativa. Un coeficiente de correlación de 0.10 se considera generalmente como una correlación muy baja y sugiere que las dos variables apenas están relacionadas entre sí. Esto implica que las conductas de riesgo no están fuertemente asociadas con los trastornos de conducta alimentaria en esta población.

El valor de significancia (sig) de 0.450 es alto, lo cual indica que la probabilidad de obtener una correlación tan débil o más débil que la observada por pura casualidad es alta. En este caso, los resultados no respaldan la hipótesis de que existe una relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en los adolescentes de la institución educativa.

En base a estos resultados, se podría concluir que la hipótesis general planteada no es respaldada por los datos y se rechaza. Esto implica que no se encontró evidencia suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en esta población específica de

adolescentes. Es importante tener en cuenta que estos resultados son específicos de la muestra y la institución educativa en cuestión, y pueden no generalizarse a otras poblaciones o contextos.

La ausencia de correlación en esta población podría ser explicada por la generalización de conductas de riesgo, ya que como lo menciona el autor, se considera conductas de riesgo a todo comportamiento que genere un daño en la salud a nivel biopsicosocial, esto significa que abarca varias problemáticas, debido a la amplitud de la variable, esta asociación podría hacerse con conductas específicas para conocer con cuál de ellas existe una correlación más significativa. En este sentido Gómez (2018) señala en su estudio a factores como las familias monoparentales, el sexo y enfermedades subyacentes como indicadores asociados a trastornos de conductas de riesgo.

Sin embargo, hallazgos como lo de Loor (2017) y Pérez (2014) contradicen estos resultados, ellos señalan que existen una relación significativa entre ambas variables, lo que estaría explicado por la cantidad de instrumentos utilizados para la extracción de datos, así como el tamaño muestral que permite tener una mayor cantidad de individuos y por tanto la exploración es más fiable. Por otro lado, es importante tener en cuenta que, aunque no se encontró una relación fuerte entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo en esta muestra específica, esto no descarta la posibilidad de que existan otras variables o factores que puedan influir en dicha relación. Además, es relevante considerar que los resultados obtenidos se limitan a la muestra analizada y pueden no ser generalizables a otras poblaciones o contextos.

La **hipótesis específica 1** “Existe una relación entre los trastornos de conducta alimentaria (Dieta)” y las “conductas de riesgo (Consumo de cigarrillos)” en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo, sugiere la existencia de una relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente la dieta, y las

conductas de riesgo, en este caso, la actividad sexual, en los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo. **Esta hipótesis se rechaza** debido a los resultados obtenidos en el análisis que indican una correlación muy débil ($r_s = 0.10$) y no significativa ($sig = 0.906$) entre ambas variables.

El coeficiente de correlación (r_s) de 0.10 indica una correlación muy débil entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente la dieta, y las conductas de riesgo, en este caso, el consumo de cigarrillos, en los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo. Un coeficiente de correlación de 0.10 se considera generalmente como una correlación muy baja y sugiere que las dos variables apenas están relacionadas entre sí. En este caso, indica que el nivel de control sobre la conducta alimentaria (dieta) no está fuertemente asociado con la actividad sexual en los adolescentes de esta institución.

El valor de significancia (sig) de 0.906 es alto, lo cual indica que la probabilidad de obtener una correlación tan débil o más débil que la observada por pura casualidad es alta. En este caso, los resultados indican que la correlación observada entre los trastornos de conducta alimentaria (dieta) y el Consumo de cigarrillos no es estadísticamente significativa.

Basándonos en los resultados obtenidos, se debe rechazar la hipótesis específica planteada, que sugiere la existencia de una relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (dieta) y las conductas de riesgo (Consumo de cigarrillos) en los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo. La correlación muy débil y no significativa entre ambas variables indica que no hay suficiente evidencia para respaldar la existencia de una relación significativa entre ellas en esta población específica. Es importante tener en cuenta que estos resultados son específicos de la

muestra y la institución educativa analizadas, por lo que no se puede generalizar a otras poblaciones o contextos.

Es fundamental tener en cuenta que estos resultados se limitan a la muestra específica de adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo y no se pueden generalizar a otras poblaciones o contextos. Además, es importante considerar que existen múltiples factores que pueden influir en las conductas de riesgo en los adolescentes, y la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo puede verse afectada por otros aspectos como la salud mental, la educación sexual, el entorno social, entre otros.

La hipótesis específica 2 “Existe una relación entre los “trastornos de conducta alimentaria (Bulimia)” y las “conductas de riesgo (Consumo de drogas)” en adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo, **se rechaza** ya que indica que existe una correlación muy débil ($r_s = 0.055$) y no significativa ($\text{sig} = 0.512$) entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente la bulimia, y las conductas de riesgo, en este caso, el consumo de drogas, en los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

Los resultados obtenidos indican una correlación muy débil ($r_s = 0.055$) y no significativa ($\text{sig} = 0.512$) entre estas variables. El coeficiente de correlación de 0.055 sugiere una asociación muy débil o prácticamente nula entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo. Además, el valor de significancia de 0.512 indica que no hay suficiente evidencia estadística para respaldar la existencia de una relación significativa entre ambas variables en esta muestra.

Estos resultados sugieren que, en el caso específico de los adolescentes de una institución educativa analizada, no hay una asociación clara o significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (Bulimia) y las conductas de riesgo (consumo de

drogas). Es importante tener en cuenta que estos resultados se limitan a la muestra estudiada y no se pueden generalizar a otras poblaciones o contextos.

En este caso, la hipótesis específica 2 **se rechaza**. Los resultados indican una correlación muy débil y no significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (Bulimia) y las conductas de riesgo (consumo de drogas) en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Esto significa que los datos no respaldan la existencia de una relación significativa entre ambas variables en esta muestra.

Además, es fundamental tener en cuenta que existen múltiples factores que pueden influir en las conductas de riesgo en los adolescentes, y la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo puede ser compleja y estar mediada por otros aspectos, como factores socioeconómicos, influencias sociales, entre otros.

Los resultados obtenidos de la **hipótesis específica 3** “Existe una relación entre los “trastornos de conducta alimentaria (Control Oral)” y las “conductas de riesgo (Consumo de drogas)” en adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo **se acepta** debido a una correlación débil pero significativa ($r_s = 0.125$, $sig = 0.138$) entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente el control oral, y las conductas de riesgo, en este caso, el consumo de drogas, en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo.

Se encontró una correlación débil pero significativa entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente el control oral, y las conductas de riesgo, en este caso, el consumo de drogas, en los adolescentes de una institución educativa particular de Trujillo. Los resultados muestran un coeficiente de correlación (r_s) de 0.125 y un valor de significancia (sig) de 0.138.

La correlación (r_s) es una medida estadística que indica la fuerza y la dirección de la relación entre dos variables. En este caso, un valor de $r_s = 0.125$ indica una correlación débil, lo que significa que existe una relación, pero esta relación es relativamente baja en términos de su magnitud. Esto sugiere que el control oral y el consumo de drogas pueden tener alguna asociación, pero no es una relación fuerte.

El valor de significancia (sig) indica si la correlación observada es estadísticamente significativa o si podría haber ocurrido por azar. En este caso, el valor de $sig = 0.138$ indica que la correlación encontrada no es estadísticamente significativa. Esto significa que no podemos afirmar con confianza que la correlación entre el control oral y el consumo de drogas en los adolescentes de esta institución sea diferente de cero.

Aunque se encontró una correlación débil entre el control oral y el consumo de drogas en los adolescentes, esta correlación no es estadísticamente significativa. Esto implica que en esta muestra en la institución educativa Particular de Trujillo, no se puede afirmar de manera concluyente que exista una relación significativa entre el control oral y el consumo de drogas en los adolescentes.

En base a los resultados presentados (correlación débil pero significativa), se debe **aceptar la hipótesis** específica 3, que sugiere una relación entre los trastornos de conducta alimentaria, específicamente el control oral, y las conductas de riesgo, en este caso, el consumo de drogas, en los adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo.

Aunque la correlación es débil, indica que existe una asociación entre las variables y el valor de significancia confirma que esta asociación no se debe al azar. Por lo tanto, se puede concluir que, en esta muestra particular de la institución educativa, hay evidencia estadística de una relación entre el control oral y el consumo de drogas en los adolescentes.

Es importante tener en cuenta que aceptar la hipótesis específica implica reconocer la existencia de una relación, pero no necesariamente implica que sea una relación causal o que se aplique a otras poblaciones. Los resultados son válidos dentro del contexto y la muestra analizada, pero se necesitarían estudios adicionales para generalizar los hallazgos a otras instituciones educativas o poblaciones de adolescentes.

Es fundamental considerar que los trastornos de conducta alimentaria y el consumo de drogas son fenómenos complejos y multifactoriales, influenciados por una variedad de factores individuales, sociales, psicológicos y ambientales. La correlación débil observada puede indicar que existen otros factores más influyentes en el consumo de drogas en los adolescentes, que no fueron considerados en el análisis.

Además, es importante tener en cuenta que estos resultados se limitan a la muestra específica de adolescentes de una institución educativa Particular de Trujillo y no se pueden generalizar a otras poblaciones o contextos. También es necesario considerar que la correlación no implica una relación causal directa, sino más bien una asociación entre las variables.

**CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES

1. Se evidenció una correlación muy baja entre los trastornos de conducta alimentaria y las conductas de riesgo ($\rho=0.064$), lo que sugiere que, en la muestra analizada, no existe una relación significativa entre ambas variables. Esto indica que los comportamientos alimentarios problemáticos no necesariamente se vinculan con la aparición de conductas de riesgo en general.
2. La dimensión dieta presentó una correlación débil con el consumo de cigarrillos ($\rho=0.10$), lo que implica que ambas conductas tienden a presentarse de forma independiente, sin una asociación consistente entre ellas dentro del grupo evaluado.
3. La dimensión bulimia mostró una correlación muy baja con el consumo de drogas ($\rho=0.055$), lo que refuerza la ausencia de una relación significativa entre estos comportamientos en la población estudiada.
4. La dimensión control oral tuvo una correlación baja con el consumo de drogas ($\rho=0.125$), reflejando también una relación débil. Aunque la dirección de la correlación fue positiva, su magnitud no permite establecer una asociación sustancial entre ambas variables.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Al equipo directivo y autoridades del plantel, se recomienda diseñar y ejecutar un plan de capacitaciones especializado para psicólogos y docentes, enfocado en la promoción de la salud psicológica en el aula, la prevención de conductas de riesgo en adolescentes y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales.
2. A los profesionales en psicología, se sugiere diseñar e implementar programas de intervención basados en enfoques cognitivo-conductuales para abordar problemas de conductas alimentarias. Estos programas deben centrarse en identificar y modificar pensamientos disfuncionales que contribuyen a estos trastornos, proporcionando estrategias prácticas para fomentar una relación saludable con la alimentación y el cuerpo.
3. A los docentes, se aconseja implementar programas formativos de carácter informativo donde se brinde información clara sobre las consecuencias de diversas conductas de riesgo.
4. A los padres de familia, se recomienda su participación activa en las actividades propuestas por la institución educativa, especialmente aquellas enfocadas en fortalecer factores de protección como la autoestima, el apoyo familiar y las habilidades sociales.
5. A los futuros investigadores, dado que los resultados de este estudio son específicos a la muestra y contexto evaluados, se sugiere realizar investigaciones adicionales en diferentes poblaciones y entornos, contribuyendo así a un mejor entendimiento y abordaje de las conductas alimentarias y conductas de riesgo en adolescentes.

**CAPÍTULO VI:
REFERENCIAS
Y ANEXOS**

5.1. REFERENCIAS

- Alcázar, L. (2011). *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo*. Obtenido de <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-51956-2>
- ALTUNA, I. D. (2017). *Patología oral en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. País Vasco. Obtenido de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/26655/TESIS_DIEZ_ALTUNA_IZASKUN%20%28spa%29.pdf?sequence=2&isAllowed=n#:~:text=El%20trastorno%20de%20evitaci%C3%B3n%20de%20la%20imagen%20corporal.
- Borjas, D. (2017). *Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria y conductas de riesgo en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao, 2017*. Lima.
- Camarillo, N. C. (2013). *Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes*. Revista especial Medica quirúrgica, 18 (1), pp. 51. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
- Carmen Maganto, S. C. (2002). *La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios*. Obtenido de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3711>
- Carrasco, F.; Perez, C. y Cruzat, C. (2020). *Cuestionario para medir conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por exceso en adolescentes*. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.02666>.
- Ceameg. (2016). *Anorexia y bulimia en Mexico*.
- Crosby, R. A. (2002). *Family influences on adolescent females' sexual health*.
- Fernández, C. (2017). *Relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario en las alumnas del 3er al 5to año de la Institución Educativa Nacional Mixta Teléforo Catacora en Santa Clar*. Lima.
- Garden, D. (2004). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. . Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. (1982). *The Eating Attitudes Test: A Eating Attitude*. Psychological Medicine.
- Gomez de Giraud, M. (2018). . *Adolescencia y prevención: Conducta de riesgo y resiliencia*.
- Hernández, L. (2016). *Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes*.

- Hugo Sanchez Carlessi, C. R. (2018). *Investigacion cientifica, tecnologica y humanistica*. Lima.
- INSM. (2014). *Estudios Epidemiológicos de Salud Mental*.
- La Cunza, M. (2015). *Indicadores de riesgo de los trastornos alimenticios entre alumnas de quinto de secundaria de una institución educativa pública y privada de la ciudad de Trujillo*. Trujillo.
- Loor, J. &. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con conductas de riesgo en estudiantes de la unidad educativa Octavio Cordero*. Cuenca.
- Minsa. (2010). *Hasta el 11,4 % de adolescentes sufren trastornos alimentarios en el país*.
- Minsa. (2019). *Atencion intergal de salud de adolescentes*. Lima: MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
- Monasterio, A. (2019). *Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana*.
- MORENO, R. E. (2019). *Características del consumo de alcohol en los estudiantes*. Lima.
- Nataly Carolina Rivera Neyra, G. C. (2015). *HABILIDADES SOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TORRES ARAUJO – TRUJILLO, 2015*. Trujillo: UPAO. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1666/3/RE_ENFER_HAB.SOCIALES-COND.RIESGO-DOLES.ESCOLARIZADOS_DATOS.pdf
- Noguchi, I. N.-H. (2002). *Estudios Epidemiológicos de Salud Menta*.
- OMS. (2021). *Salud mental del adolescente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Orbegoso. (2013). *Conductas de riesgo convencionale*. Obtenido de http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf
- PAHO. (2018). *The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545>
- Paredes, B. (2018). *Trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo*. Trujillo.

- Pérez, V. (2014). *Relación entre las conductas de riesgo y las conductas Alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17 años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenango*. Quetzaltenango.
- Quiñones, S. (2016). *Autoconcepto físico y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario-Trujillo*. Trujillo.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Piramide.
- Ribes, E. (2008). *Teoría de la conducta: logros, avances y tareas pendientes*.
- Rivera y Zavaleta. (2015). . *Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes*.
- Rosalba, e. a. (2015). *Optimism and Cardiovascular Health*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26213688/>
- Salud, M. d. (2017). *Transtornos Alimenticios en Adolescentes del Peru*.
- Salud, O. m. (2021). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investgacion*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Solar, V. H. (2021). *Plan de Preveencion del consumo de alcohol en adolescentes*.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2022). *Ley que aprueba el nuevo código de los niños y adolescentes*. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dga/nuevo-codigo-ninos-adolescentes.pdf>
- Ciriaco, R. (2024, 14 de julio). Crisis silenciosa en Perú: Trastornos alimenticios en menores de edad se triplicaron en 5 años. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/trastornos-alimenticios-en-menores-de-edad-crecieron-300-en-5-anos-el-avance-de-la-problematika-en-las-regiones-y-los-signos-de-alarma-informe-anorexia-bulimia-salud-mental-obesidad-vigorexia-ecdata-noticia/?ref=ecr>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (octubre, 2021). *La libertad: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2020*. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes13/pdf/La%20Libertad.pdf
- Gerencia Regional de Salud La Libertad. (diciembre, 2023). *Salud mental*. <https://diresalalibertad.gob.pe/estadistica/>
- Sol Tv. (2023, 02 de octubre). *La Libertad: incrementa el índice de embarazo adolescente en lo que va del año*. <https://soltvperu.com/la-libertad-incrementa-el-indice-de-embarazo-adolescente-en-lo-que-va-del-ano/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2024). *Reporte regional de indicadores sociales de La Libertad*. <https://app.midis.gob.pe/redinforma/Upload/Mancomunidad/La%20Libertad.pdf>

Organización Mundial de la salud. (2022, octubre). *Atlas de Salud Mental 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

5.2. ANEXOS

ANEXO 01: ASENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación científica que se aplicará a los estudiantes de 1ero a 5to año de secundaria.

Se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es determinar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas de riesgo en adolescentes de una institución educativa particular de la ciudad de Trujillo.
- El procedimiento consiste en responder a dos cuestionarios denominados Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación y sobre Conductas de Riesgo en el Adolescente.
- El tiempo de duración de la participación de mi menor hijo(a) es de 20 minutos.
- Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración.
- Soy libre de rehusarme a que mi menor hijo(a) participe en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello lo(a) perjudique.
- No se identificará la identidad de mi menor hijo(a) y se reservará la información que proporcione. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya riesgo o peligro para su persona o para los demás o en caso de mandato judicial.
- Puedo contactarme con la autora de la investigación María Alejandra Velásquez Hernández mediante correo electrónico para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

Finalmente, bajo estas condiciones **ACEPTO** que mi menor hijo(a) participe de la investigación.

DNI del Padre/tutor del estudiante: _____

Trujillo, dede 2021.

..... (Nombre y Apellidos)

DNI N°:

En caso de alguna duda o inquietud sobre la participación en el estudio puedo escribir al correo electrónico mvelasquezh2@upao.edu.pe

**ANEXO 02: CUESTIONARIO Y FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO
ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN**

	Siempre 5	Casi siempre 4	A veces 3	Casi Nunca 2	Nunca 1
¿Con qué frecuencia sigues una dieta restrictiva o de eliminación de grupos de alimentos?					
¿Cumple con el consumo de alimentos (desayuno, almuerzo, cena)?					
¿Sueles contar las calorías de los alimentos que consumes?					
¿Con que frecuencia consumes alimentos considerados "chatarra" o poco saludables?					
¿Utilizas estrategias para controlar tu peso o mantener una dieta saludable? (por ejemplo, pesarte regularmente, evitar ciertos alimentos, usar aplicaciones de seguimiento de comidas, etc.)					
¿Has experimentado episodios recurrentes de atracones de comida seguidos de comportamientos compensatorios (vómitos auto inducidos, uso de laxantes o ejercicio excesivo)?					
¿Sientes una preocupación intensa por tu peso, forma corporal o apariencia física?					
¿Te pesas o te preocupas por tu peso?					
¿Has evitado ciertos alimentos o grupos de alimentos debido a su contenido calórico o temor a aumentar de peso?					
¿Experimentas sentimientos de culpa o vergüenza después de comer en exceso?					
¿Con qué frecuencia te impones restricciones extremas en la cantidad de alimentos que consumes?					
¿Sueles tener obsesiones con las calorías y contar meticulosamente la ingesta de alimentos?					
¿Experimentas rigidez en tus rutinas alimentarias, evitando ciertos alimentos o grupos de alimentos?					
¿Sientes ansiedad o malestar si te ves obligado/a a comer algo que consideras fuera de tus "reglas" alimentarias?					
¿Te sientes insatisfecho/a o incómodo/a con tu apariencia física?					

Nombre: Cuestionario para medir conductas alimentarias

Autores: Fernanda Carrasco-Marín, Cristhian Pérez-Villalobos y Claudia Cruzat-Mandich

Adaptación: Velásquez Hernández, María Alejandra

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Detecta personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario

Población: Jóvenes y adolescentes de ambos sexos

Número de ítems: 15

Subescalas: Dieta, Bulimia y preocupación por la comida y control oral.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10 – 15 minutos

Normas de aplicación: La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con cinco alternativas que van de “nunca” a “siempre”

Corrección e interpretación: La puntuación total del cuestionario se obtiene sumando los valores de los 15 ítems. Si la puntuación obtenida es igual o mayor a 21, se recomienda realizar una evaluación exhaustiva al individuo evaluado. En caso de presentar un riesgo moderado, se sugiere someterlo a una evaluación psicológica para prevenir el desarrollo de un trastorno alimenticio. Es importante destacar que, si el sujeto obtiene una puntuación alta en el factor "dieta" y, al mismo tiempo, una puntuación elevada en el factor "control oral", se considera en riesgo de padecer anorexia. Además, si el sujeto obtiene una puntuación alta en el factor "bulimia" y "preocupación por la comida", y una puntuación baja en el factor "control oral", se considera en riesgo de padecer bulimia.

**ANEXO 03: CUESTIONARIO Y FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO
ACTITUDES DE RIESGO ADOLESCENTE**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
¿Tienes relaciones sexuales con frecuencia?					
¿Utilizas algún método anticonceptivo en tus relaciones sexuales?					
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual?					
¿Has consumido alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales?					
¿Te has sentido presionado/a o coaccionado/a a tener relaciones sexuales en alguna ocasión?					
¿Con qué frecuencia fumas cigarrillos?					
¿Con que frecuencia consumes alcohol?					
¿Consumes alcohol en tus reuniones sociales?					
¿Has experimentado dificultades para reducir o controlar tu consumo de cigarrillos o alcohol?					
¿Has sentido alguna vez la necesidad de consumir cigarrillos o alcohol temprano en la mañana?					
¿Has consumido alguna vez drogas ilegales, como marihuana, cocaína, éxtasis u otras sustancias similares?					
¿Con qué frecuencia has consumido drogas en el último año?					
¿Has experimentado dificultades para reducir o controlar tu consumo de drogas?					
¿Has sentido alguna vez la necesidad de consumir drogas temprano en la mañana?					
¿Has experimentado consecuencias negativas en tu vida debido al consumo de drogas, como problemas de salud, legales o en tus relaciones personales?					

Esta herramienta se basa en una investigación realizada por Alessandra Monasterio Ontaneda (2019), la cual examinó conductas de riesgo modificables. Su objetivo es comprender las "conductas de riesgo" que los jóvenes enfrentan, considerando cuatro categorías de factores. Incluye 15 preguntas distribuidas de la siguiente manera: cinco sobre actividad sexual precoz, cinco sobre consumo de drogas, cinco sobre consumo de alcohol y sobre tabaquismo.

Nombre: Cuestionario para medir las conductas de riesgo

Autores: Monasterio Ontaneda, A.

Adaptación: Velásquez Hernández, María Alejandra

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Detecta personas con predisposición a conductas de riesgo.

Población: Jóvenes y adolescentes de ambos sexos

Número de ítems: 15

Sub escalas: Inicio de la actividad sexual, Consumo de cigarrillos y alcohol, Consumo de drogas.

ANEXO 04: FIABILIDAD VARIABLE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Fiabilidad de la variable

Alfa de Cronbach	N de elementos
,753	15

Teniendo un coeficiente de 0.753 señala al instrumento usado con una alta fiabilidad.

	Varianza de escala si el			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	39,63	64,916	,008	,770
P2	40,87	57,393	,498	,727
P3	40,51	55,769	,532	,722
P4	40,87	54,424	,624	,713
P5	40,08	56,753	,493	,726
P6	40,09	57,176	,452	,730
P7	40,15	69,678	-,242	,794
P8	40,53	55,939	,489	,726
P9	40,96	58,800	,332	,742
P10	40,01	66,581	-,088	,781
P11	41,31	56,570	,513	,725
P12	40,15	55,877	,567	,720
P13	39,75	55,691	,546	,721
P14	40,09	55,630	,534	,722
P15	40,33	60,195	,251	,750

La tabla muestra el coeficiente alfa de cronBach por cada ítem del instrumento

ANEXO 05: FIABILIDAD DE LA VARIABLE CONDUCTAS DE RIESGO

Alfa de Cronbach	N de elementos
,580	15

	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
P16	41,90	30,529	,389	,525
P17	41,90	30,529	,389	,525
P18	43,31	32,456	,211	,566
P19	41,65	36,015	,103	,579
P20	42,02	35,666	,106	,580
P21	43,14	31,838	,427	,527
P22	43,50	31,713	,463	,522
P23	43,39	33,631	,330	,548
P24	42,26	36,903	,057	,583
P25	42,88	34,461	,331	,553
P26	43,01	32,234	,551	,520
P27	44,11	33,491	,384	,542
P28	42,81	33,900	,082	,601
P29	42,89	36,342	-,045	,626
P30	42,95	36,118	-,029	,621

La tabla muestra el coeficiente alfa de cron Bach por cada ítem del instrumento