

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES - CONDUCTUALES
Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNO ALIMENTARIOS, SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022**

Tesis presentada por la Bachiller:

Juarez Huanca, Cynthia Belsha

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesora:

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa - Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 20 de Abril del 2022

Dictamen: 006331-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006331, presentado por:

2015601642 - JUAREZ HUANCA CYNTHIA BELSHA

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES - CONDUCTUALES Y EL
COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS,
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA DEL 2020 AL 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A Dios por guiarme siempre.

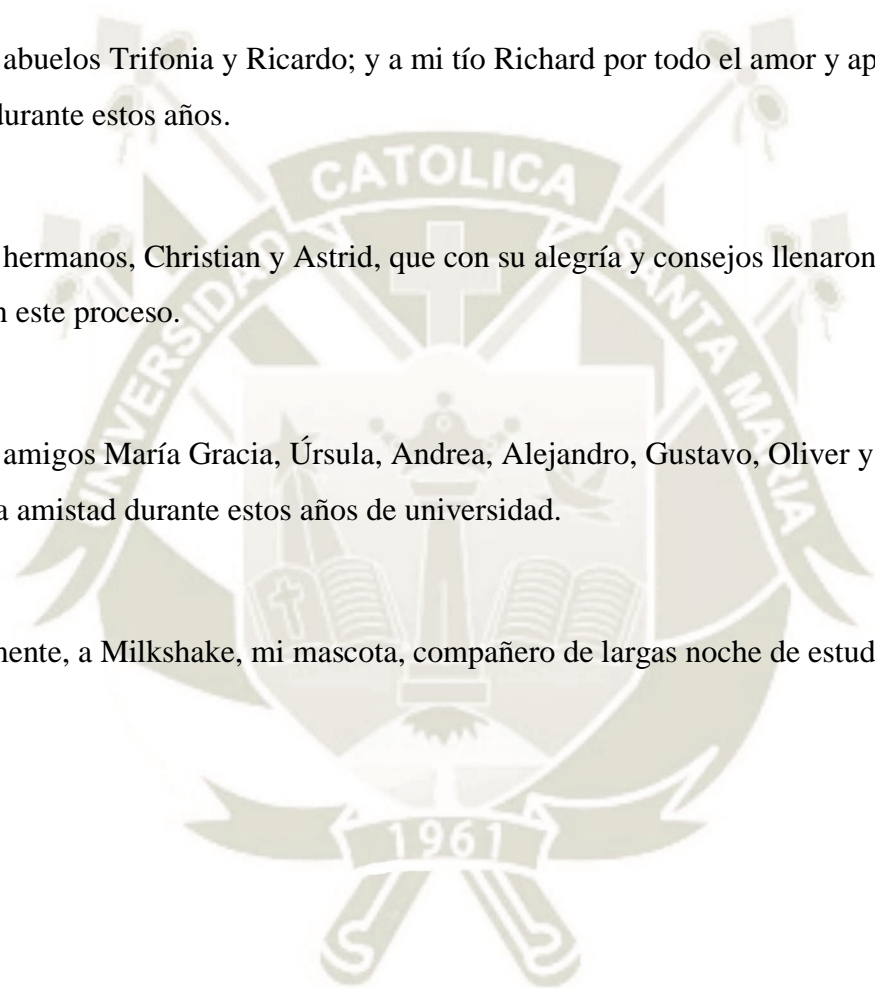
A mis padres, Gladys y Walter, por haber iniciado en mi este amor por la medicina desde que era pequeña y continuar conmigo en este camino.

A mis abuelos Trifonia y Ricardo; y a mi tío Richard por todo el amor y apoyo que me han dado durante estos años.

A mis hermanos, Christian y Astrid, que con su alegría y consejos llenaron de sonrisas mis días en este proceso.

A mis amigos María Gracia, Úrsula, Andrea, Alejandro, Gustavo, Oliver y Ángel por su valiosa amistad durante estos años de universidad.

Finalmente, a Milkshake, mi mascota, compañero de largas noche de estudio.



AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María y cada uno de los docentes que compartió conmigo sus conocimientos para mi formación.

A la Clínica Auna- sede Vallesur por ser el centro de mi internado médico.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en especial al servicio de psiquiatría, por permitirme realizar mi investigación en sus ambientes.

A la doctora Llaza Loayza Elisa Gloria por su valiosa asesoría en este paso para obtener mi título profesional



EPÍGRAFE

“Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad” (Platón)



RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo establecer la relación entre las dimensiones de las dificultades emocionales – conductuales y las dimensiones del nivel de comportamiento prosocial de los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, observacional, de corte transversal de nivel correlacional. La población de estudio comprendió a adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del hospital regional Honorio Delgado Espinoza que cumplieron con los criterios de selección. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 5%.

Los resultados mostraron que el 81.0% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría tuvieron dificultades emocionales al límite, seguido del 17.3% de los adolescentes presentan nivel anormal de las dificultades emocionales, mientras que solo el 1.7% tuvieron nivel normal. El 48.3% de los adolescentes tuvieron comportamiento prosocial deficiente, seguido del 36.3% con comportamiento prosocial regular, el 10.3% tienen buen nivel, mientras que el 3.4% y el 1.7% presentan comportamiento prosocial muy bueno y muy deficiente respectivamente. El 39.7% de los adolescentes tuvieron comportamiento prosocial deficiente presentan dificultades emocionales al límite, mientras que el 5.2% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen dificultades emocionales de nivel anormal. Después de aplicar la prueba estadística se demostró que las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Palabras Clave: Dificultades emocionales, comportamiento prosocial, trastorno alimentario, adolescentes.

ABSTRACT

This research aims to establish the relationship between the dimensions of emotional-behavioral difficulties and the dimensions of the level of prosocial behavior of adolescents with eating disorders treated in the psychiatry service of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital. A quantitative, observational, cross-sectional, correlational-level research work was carried out. The study population comprised adolescents with eating disorders from the psychiatry service of the Honorio Delgado Espinoza regional hospital who met the selection criteria. For inferential statistics, Pearson's chi-square test was applied with a significance level of 5%.

The results showed that 81.0% of adolescents with eating disorders in the psychiatry service had borderline emotional difficulties, followed by 17.3% of adolescents with an abnormal level of emotional difficulties, while only 1.7% had a normal level. 48.3% of adolescents had poor prosocial behavior, followed by 36.3% with regular prosocial behavior, 10.3% have a good level, while 3.4% and 1.7% have very good and very poor prosocial behavior, respectively. 39.7% of the adolescents had poor prosocial behavior and presented borderline emotional difficulties, while 5.2% of adolescents with regular prosocial behavior had emotional difficulties at an abnormal level. After applying the statistical test, it was shown that emotional-behavioral difficulties and prosocial behavior do not present a statistically significant relationship ($P>0.05$).

KEY WORDS: Emotional difficulties, prosocial behavior, eating disorder, adolescents.

INTRODUCCION

Los trastornos alimentarios consisten en la alteración de la ingesta como síntoma principal de la anorexia y la bulimia nerviosas, sin embargo, resulta más útil considerarlos como trastornos caracterizados por un miedo obsesivo al aumento de peso, involucrando un rango de diferentes compulsiones diseñadas para evitar la temida consecuencia (1). Los trastornos alimentarios se han convertido en una enfermedad muy común a nivel mundial, según la OMS se estima que del 10 al 15% de adolescentes presenta anorexia y bulimia, siendo estos la tercera causa de muerte en este grupo etario (2), los mismos que tienen su origen en diferentes factores que en los últimos años se han visto incrementados como resultado de la cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez extrema son una norma, convirtiéndose en sinónimos del éxito, aceptación y logro (3).

Este tipo de trastornos se está haciendo más frecuente debido a que existe un subdiagnóstico, puesto que las personas que los padecen casi siempre lo tienen en secreto, y los síntomas iniciales suelen pasar desapercibidos, y lamentablemente se detecta cuando se observan cambios físicos de forma muy brusca, es decir cuando la persona ya está con complicaciones de los trastornos alimentarios, por lo cual constituyen un problema de salud pública que está en aumento en adolescentes y jóvenes principalmente (4).

Un estudio español, refiere que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente de las sociedades desarrolladas y occidentalizada, afectan alrededor del 5% de las mujeres, y un 11% presentan síntomas de alto riesgo de padecerlos, además llaman la atención respecto al incremento de la incidencia de estos trastornos, reportando que por ejemplo, sólo en Cataluña, 28.000 adolescentes y jóvenes sufren un trastorno de la conducta alimentaria, 26.000 de los cuales son mujeres. La mortalidad en los casos de la anorexia está alrededor del 10% (5).

Se ha reportado que la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ha ido aumentando en los últimos años y debido a ello ha surgido mayor interés por investigar la relación que tienen dos componentes diferentes de la regulación de las emociones (supresión expresiva y reevaluación cognitiva) y tres componentes de la regulación de las emociones cognitivas (pensamientos intrusivos, supresión de pensamientos, intentos y supresión exitosa del pensamiento) como mecanismos psicológicos potenciales que median la relación entre varios trastornos alimentarios (7). Mientras que en el estudio de Trompeter y cols (8), plantean que las dificultades en la regulación de las emociones y la falta de comportamiento

prosocial son factores clave dentro de la patología de los trastornos alimentarios, sobre todo en los de tipo atracones, anorexia / bulimia, el ejercicio impulsado y el ayuno, mientras que no se ha encontrado asociación con la purga; en base a los hallazgos del mencionado estudio, se plantea que un objetivo en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria debe ser ayudar a los pacientes a superar las dificultades emocionales y conductuales y mejorar su comportamiento prosocial.

En el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, también ha existido variación en el número de casos de pacientes con trastornos alimentarios, además de que no se cuenta con estudios actuales acerca de su real prevalencia e incidencia, ni cómo la pandemia podría estar contribuyendo a esta variación, siendo esta la razón principal que motiva el interés personal para el desarrollo de la presente investigación.

Como comentario agregar que la conducta prosocial es importante en las decisiones que tome el adolescente dado que una buena conducta prosocial puede ayudarlo a tomar mejores decisiones en momentos difíciles; y relacionándolo a los pacientes con trastornos alimentarios una buena conducta prosocial puede ayudar a mejorar su perspectiva de si mismos alejándolos de estas patologías. Sobre las dificultades emocionales en adolescentes, se sabe que la adolescencia es una etapa del desarrollo en que la personalidad está en formación y se es muy susceptible a dejarse llevar por opiniones de otros con el afán de pertenecer a un grupo, por lo que las dificultades emocionales son mas prevalentes en este grupo etario; esto sumado a no tener una adecuada conducta prosocial puede llevar al adolescente a caer en ciertas conductas negativas entre ellas el desarrollo de trastornos alimentarios.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
EPIGRAFE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	viii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	2
1.3.1. Área de Intervención de Conocimiento.....	2
1.3.2. Operacionalización de Variables.....	2
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	3
1.3.4. Tipo de investigación.....	4
1.3.5. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. Dificultades Emocionales Conductuales.....	6
3.1.1. Concepto.....	6
3.1.2. Desarrollo de las emociones y conductas de los adolescentes.....	7
3.2. Comportamiento Prosocial.....	12
3.2.1. Concepto.....	12
3.2.2. Dimensiones del comportamiento prosocial.....	14
3.3. Trastornos Alimentarios.....	16
3.3.1. Principales trastornos alimentarios.....	18
3.3.2. Epidemiología y factores de riesgo.....	25

3.3.3. Manejo de los trastornos alimentarios	26
3.4. Revisión De Antecedentes Investigativos.....	31
3.4.1. Internacionales.....	31
3.4.2. Nacionales	33
3.4.3. Locales.....	34
4. HIPÓTESIS	34
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	35
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	36
1.1. Técnicas	36
1.2. Instrumentos.....	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	39
2.1. Ubicación espacial	39
2.2. Unidades de estudio	39
2.3. Temporalidad	39
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.1. Organización.....	39
3.2. Recursos.....	40
3.3. Validación del instrumento	41
CAPITULO III RESULTADOS	42
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	43
DISCUSION.....	55
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	74
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	75
ANEXO 2 CUESTIONARIO DE DIFICULTADES Y CAPACIDADES (SDQ):	77
ANEXO 3 CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO PROSOCIAL	80

ANEXO 4 MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS 84



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N. °1 EDAD DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022.....	43
GRAFICO N. °2 SEXO DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS DELSERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022	44
GRAFICO N. °3 DIAGNOSTICO DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS DELSERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022.....	45
GRAFICO N. °4 TIPO DE DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	46
GRAFICO N. °5 DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	47
GRAFICO N. °6 NIVEL DE COMPORTAMIENTO PROSOCIAL QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.....	48
GRAFICO N. °7 RELACIÓN ENTRE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ...	49
GRAFICO N. °8 RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	50
GRAFICO N. °9 RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	51
GRAFICO N. °10 RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ...	52
GRAFICO N °11 RELACIÓN ENTRE LA HIPERACTIVIDAD Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS	53
GRAFICO N.º. 12 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA PROSOCIAL Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	54



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Relación entre las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa del 2020 al 2022

1.2. Enunciado del problema

¿Existe relación entre las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa del 2020 al 2022?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Psiquiatría

LÍNEA: Trastornos alimentarios.

1.3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Variable Independiente 1. Dificultades emocionales conductuales (La percepción de los adolescentes o los padres a través de los sentidos sobre la conducta y emociones, que pueden originar dificultades socioemocionales que se manifiestan en diferentes conductas, y que suelen generar dificultades entre los padres y los hijos, con los pares, entre otros)</p>	<p>1.1. Cuestionario de Dificultades y Capacidades (SDQ)</p>	<p>1.1.1. Normal 1.1.2. Límite 1.1.3. Anormal</p>

<p>Variable dependiente</p> <p>2. Comportamiento prosocial</p> <p>(Es una conducta social positiva, con/sin motivación altruista)</p>	<p>2.1. Cuestionario de comportamiento prosocial</p>	<p>2.1.1. Muy deficiente: 0 – 23 puntos</p> <p>2.1.2. Deficiente: 24 – 47 puntos</p> <p>2.1.3. Regular: 48 – 72 puntos</p> <p>2.1.4. Bueno: 73 – 95 puntos</p> <p>2.1.5. Muy bueno: 96 – 120 puntos</p>
<p>Variables intervinientes:</p>		
<p>3. Edad</p>	<p>3.1. Fecha de nacimiento</p>	<p>3.1.1. Años</p>
<p>4. Sexo</p>	<p>4.1. Caracteres sexuales secundarios</p>	<p>4.1.1. Masculino</p> <p>4.1.2. Femenino</p>
<p>5. Diagnóstico de trastornos alimentarios</p>	<p>5.1. Según criterios diagnósticos de DSM V</p>	<p>5.1.1. Anorexia nerviosa</p> <p>5.1.2. Bulimia nerviosa</p> <p>5.1.3. Trastorno por atracón</p> <p>5.1.4. Trastorno de conducta alimentaria inespecífico</p>

1.3.3. Interrogantes Básicas

¿Cuál es la frecuencia y tipo de dificultades emocionales – conductuales que tienen los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

¿Cuál es el nivel de comportamiento prosocial que tienen los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

¿Existe relación entre las dimensiones de las dificultades emocionales – conductuales y las dimensiones del nivel de comportamiento prosocial de los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

1.3.4. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional de corte transversal.

1.3.5. Justificación

La relevancia científica del estudio se basa en que existen reportes internacionales y nacionales acerca del incremento de los trastornos alimentarios en adolescentes y con edades cada vez más tempranas en la presentación de estos. Además, varios estudios reportan que estos trastornos se están incrementado aún más como consecuencia de la pandemia COVID – 19. A pesar de ello, en nuestro medio no se cuenta con estudios que evalúen la relación entre las dificultades emocionales conductuales y el comportamiento prosocial de los adolescentes que presentan trastornos alimentarios, por lo tanto el estudio aportará información bibliográfica actualizada sobre ambas variables así como datos estadísticos válidos para la población atendida en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (9, 10, 11).

La justificación social se basa en que en el contexto de la pandemia COVID-19 se está presentando un impacto profundo y negativo en la vida de muchas personas con trastornos alimentarios (DE). Esto se ha relacionado con numerosos factores que incluyen una mayor exposición a los medios, la interrupción de las actividades diarias, el aislamiento social, la actividad física y el sueño modificados, el afecto negativo y el miedo al contagio (9, 12). Informes de investigaciones empíricas recientes informan un aumento de las conductas de restricción, atracones, purgas y ejercicio entre las personas con antecedentes de trastornos alimentarios; mayor restricción de alimentos entre las personas con anorexia nerviosa y un aumento de los episodios de atracones para las personas con bulimia nerviosa y trastorno por atracones; asimismo se ha reportado que las personas con trastornos alimentarios informaron empeoramiento de los síntomas, cambios en las tasas de actividad física y relaciones perjudiciales con la comida, incrementándose las complicaciones derivada de estos trastornos e incluso la mortalidad asociada a los mismos (12, 13).

La relevancia práctica del estudio se basa en que a partir de los resultados que se obtengan se podrá sugerir mejoras en la atención integral y control que requieren

los adolescentes tanto en la participación de la familia para la identificación oportuna de estos trastornos y al mismo tiempo disminuir las dificultades emocionales conductuales y mejorar el comportamiento prosocial dado que ambos pueden ser factores significativos en la recuperación de los trastornos alimentarios. Además, es preciso considerar que las personas con trastornos alimentarios pueden correr un riesgo significativo de sufrir impactos perjudiciales en su recuperación y bienestar debido a que la pandemia reduce el sentido de control de las personas., por todo lo anterior se considera que es importante y necesario realizar más investigaciones en esta área porque a partir de las mismas se podrán proponer intervenciones basadas en el fortalecimiento de las percepciones de control para promover la recuperación de los trastornos alimentarios en adolescentes.

El interés personal se originó debido a que se ha observado que existe un incremento de las consultas médicas por trastornos alimentarios en adolescentes, sin embargo, muchas veces los padres minimizan estos problemas, asumiendo que son manifestaciones normales durante la adolescencia, e incluso en muchos casos se normalizan por el deseo de seguir modelos de delgadez como símbolos de bienestar, salud, y de mayor aceptación entre los grupos de pares.

El estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa del 2020 al 2022.

2.2. Objetivos Específicos

- Establecer la frecuencia y tipo de dificultades emocionales – conductuales que tienen los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Evaluar el nivel de comportamiento prosocial que tienen los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Dificultades Emocionales Conductuales

3.1.1. Concepto

“Es la percepción de los adolescentes o los padres a través de los sentidos sobre la conducta y emociones, que pueden originar dificultades socio- emocionales que se manifiestan en diferentes conductas, y que suelen generar dificultades entre los padres y los hijos, con los pares, entre otros” (14).

La literatura previa indica que un porcentaje considerable de niños y adolescentes a lo largo de su vida presentarán dificultades en el ajuste psicológico, lo que conlleva a un claro impacto no sólo en las esferas personal, académica, familiar y social, sino también a nivel sanitario y económico (15). Esta sintomatología por lo general se inicia en alrededor del 50% de los casos antes de los 15 años y, suele mantenerse estable hasta la edad adulta (16). Además, la presencia de sintomatología afectiva y comportamental a nivel subclínico, en estas edades, incrementa el riesgo posterior a desarrollar un trastorno mental de tipo severo (p.ej., depresión, psicosis) así como de problemas de salud general de diversa índole. No existe duda de que los patrones de salud y enfermedad de la infancia y adolescencia han cambiado durante las últimas décadas, en lo que se conoce como la “nueva morbilidad” (17). Es por ello, que mientras que varias enfermedades sobre todo de tipo infecciosas que anteriormente afectaban a los niños y adolescentes han ido disminuyendo paulatinamente, los problemas de salud mental, como los trastornos emocionales o los conductuales, están adquiriendo mayor relevancia (18).

3.1.2. Desarrollo de las emociones y conductas de los adolescentes

Las emociones, pueden definirse como los “procesos psíquicos que permiten detectar acontecimientos importantes para nuestra vida que nos preparan para responder ante ellos de la manera más adecuada y rápida posible.” Así, las emociones son reacciones complejas en las que están involucrados tanto la mente como el cuerpo; constituyen un proceso adaptativo que brinda respuestas fisiológicas y de comportamiento, guiando a la persona hacia una respuesta deseable o previendo ante un peligro potencial (19). Es por ello, que sucesos iguales son capaces de producir emociones diferentes en las diferentes personas, es por ello que se ha mencionado que la capacidad de las personas para poder identificar sus emociones son un elemento primordial que contribuye a un adecuado autoconocimiento. Por otro lado, como las emociones son muy importantes para el control de diferentes situaciones, es muy importante considerar la necesidad del conocimiento de estas que posibilite un adecuado control y regulación de estas mediante su análisis pausado en función de cómo las emociones se van presentando en cada contexto (20).

La regulación de las emociones se refiere a los procesos mediante los cuales influimos en qué emociones tenemos, cuándo las tenemos, cómo las experimentamos y cómo las expresamos. El estudio de la regulación de las emociones se ha convertido en un área de investigación cada vez más popular y fructífera en las últimas décadas, existiendo consenso en que la regulación de las emociones es inherentemente adaptativa, con marcada influencia de los padres y la cultura (21).

Gracias a los trabajos de Giedd, se sabe que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de los mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal, gracias a lo cual, se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer: la maduración definitiva. Esto permite explicar la implicación del joven, hasta ese momento, en conductas de riesgo (22). A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado (conexión de la parte emocional con la racional, originando una respuesta adecuada), un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o adoptar diferentes conductas de riesgo. En definitiva, esta etapa se caracteriza por un desarrollo emocional

progresivo, más que por una ruptura con lo anterior; por la inestabilidad emocional, más que por un trastorno; y por la formación gradual de la identidad, más que por una crisis de incapacidad y armonía generacional. Cuando no se tiene en cuenta que estas creencias no son ciertas, se corre el riesgo de no identificar a tiempo lo que realmente es patológico, evitando el tratamiento adecuado lo antes posible (23).

3.1.2.1. Regulación de las emociones y problemas de externalización

La regulación de las emociones se refiere a los intentos de un individuo de manejar la experiencia interna y la expresión externa de las emociones (24). Es una construcción multimodal, que incluye tanto las habilidades generales de regulación de las emociones (formas típicas de comprender, considerar y responder a las experiencias emocionales) como las estrategias específicas de regulación de las emociones (estrategias para influir en los procesos a través de los cuales las emociones se generan o se manifiestan en la conducta). Las estrategias de regulación de las emociones pueden involucrar la cognición (p. Ej., Estrategias cognitivas como la reevaluación o la conducta. (p. ej., estrategias conductuales como la abstinencia) y pueden considerarse adaptativas o desadaptativas según sus efectos directos sobre el afecto negativo y las asociaciones con la psicopatología (25). Por tanto, las estrategias de regulación de las emociones se pueden dividir en cuatro categorías; estrategias cognitivas desadaptativas, conductuales desadaptativas, cognitivas adaptativas y conductuales. Los adolescentes que informan utilizar un perfil desadaptativo de las estrategias de regulación de las emociones (alta desadaptación, baja adaptabilidad) están específicamente en riesgo de problemas de externalización. Además, la investigación transversal muestra que los adolescentes con problemas de externalización informan de altos grados de estrategias de regulación de emociones desadaptativas conductuales (en lugar de cognitivas) (26).

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo para procesos como la obtención y adquisición de una nueva autonomía y el desarrollo de una identidad en la relación con los pares. Se producen diferentes e importantes avances en cuanto a habilidades socioemocionales que permiten capacidades como la empatía, las tendencias altruistas y el comportamiento prosocial.

Estas habilidades posibilitan una madurez social más compleja que introducirá a los adolescentes en el mundo adulto. Los procesos de poda sináptica, disminución de materia gris y mielinización, con el aumento de materia blanca, se relacionan con la consolidación de la red de procesamiento de información y con mejoras en el control ejecutivo y autorregulación. Además, se establece una conexión más fuerte entre la corteza orbitofrontal y diferentes estructuras del sistema límbico como el hipocampo, el núcleo caudado y la amígdala. Tales cambios estructurales y funcionales tienen un impacto en la mejora del control cognitivo, la inhibición de las emociones negativas y en el manejo de la información social relevante para el comportamiento. Estas transformaciones apoyaron cambios cognitivos que se manifestarán a lo largo de la adolescencia y se extenderán hasta la edad adulta. Sin embargo, los cambios hormonales aparecen repentinamente desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia media. Esta falta de sincronía entre cambios cerebrales y hormonales genera una brecha o desajuste entre cambios cognitivos, emocionales y capacidades de autorregulación, que es especialmente relevante durante la adolescencia temprana y media, siendo compensada durante la adolescencia tardía. Además, existen diferentes situaciones estresantes que los adolescentes deben afrontar desde el punto de vista del desarrollo. Por ejemplo, la adquisición de autonomía funcional, desafíos académicos, nuevas situaciones sociales y decisiones relacionadas con el futuro académico o profesional. Estos aspectos, y otros relacionados con los conflictos interpersonales y emocionales, pueden incrementar la vulnerabilidad a las dificultades de internalización (p. Ej., Problemas emocionales) y externalización (p. Ej., Problemas con los compañeros) que puede persistir hasta la edad adulta. Los problemas de internalización son los relacionados con la ansiedad, el aislamiento social, o dificultades en la relación con los compañeros. Los problemas de externalización están relacionados con la impulsividad y las conductas disruptivas. En este sentido, la adolescencia temprana es un período sensible para este tipo de dificultades, en el que los adolescentes son más vulnerables a la presentación de dificultades y problemas mentales desde la mitad de la adolescencia. También vale la pena señalar que se ha encontrado que las diferentes dificultades psicológicas durante la adolescencia difieren según el género. Las mujeres

tienden a mostrar más problemas de internalización, mientras que los hombres son más propensos a mostrar problemas de externalización. Por ejemplo, las mujeres presentan puntuaciones más altas en aspectos como empatía, simpatía y comportamiento prosocial que los hombres; las mujeres mostraron más problemas emocionales, mientras que los hombres reportaron puntuaciones más altas en problemas de conducta e hiperactividad (27).

En este proceso hay una serie de factores que actúan como mediadores o moderadores, y que tienen un impacto profundo en las vulnerabilidades mencionadas. Los adolescentes que son capaces de establecer relaciones sociales cercanas e íntimas con sus pares tienen mejores posibilidades de lograr un buen ajuste y satisfacción con la vida, mientras que aquellos que muestran mayores dificultades en las relaciones sociales tienen una mayor probabilidad de desarrollar un mayor número de dificultades internalizantes y externalizantes (28).

El establecimiento de relaciones cercanas con los pares y el desarrollo de conductas prosociales son marcadores importantes que predicen el ajuste futuro, incluyendo manifestaciones como la conducta antisocial o la agresión. En este sentido, se ha encontrado que variables personales como la empatía, la simpatía o la toma de perspectiva juegan un papel clave en la adquisición y desarrollo de conductas prosociales (29). Del mismo modo, los patrones de retraimiento, aislamiento social y rechazo de los compañeros predicen un aumento de los síntomas depresivos (27).

3.1.2.2. Regulación de las emociones y problemas de internalización

Los problemas internalizados están caracterizados por comportamientos y alteraciones psicológicas en el ámbito emocional; sus expresiones se internalizan o se dirigen hacia adentro, causándole daño al individuo, en este caso al niño o al adolescente. Por su parte, los problemas externalizados son comportamientos y alteraciones psicológicas en la conducta cuyas manifestaciones producen conflicto con el entorno y en las relaciones con los otros (30).

Los comportamientos internalizados son un subgrupo de la psicopatología infantil que involucra disturbios emocionales. Las alteraciones de las

emociones o síndromes internalizados están relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad, entre otros síntomas (29).

Las conductas o problemas internalizados son más difíciles de detectar, ya que el comportamiento de los sujetos no afecta de manera directa a los padres y maestros, subestimándose la gravedad de dichos problemas. Diversos autores afirman que una baja autoestima puede llevar a una persona a tener estos problemas, mientras que una buena autoestima puede hacer que tenga confianza en las propias capacidades, no se deje manipular, sea más sensible a las necesidades del otro y esté dispuesto a defender sus principios y valores (31).

Son tres los trastornos que se consideran los trastornos externalizados: el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Opositor Desafiante (TOD); el TOD es también llamado Trastorno Negativista Desafiante y se refiere al mismo problema, y el Trastorno Disocial (TD) (30).

Es decir, que las dificultades emocionales pueden definir características de la personalidad del adolescente y por tanto del futuro adulto, interviniendo no sólo en la personalidad sino en las acciones que lo llevan a sentir aceptación por los demás desarrollando diferentes trastornos, entre ellos los trastornos de la conducta alimentaria que necesitan un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar un perjuicio mayor con el tiempo.

Según mencionan Gasol y cols, las dificultades en la regulación emocional juegan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de numerosos trastornos emocionales. Estos problemas de regulación emocional también tienen consecuencias a largo plazo si no se tratan, dado que se ha encontrado que los adultos que experimentaron problemas de regulación emocional (problemas de atención, ansiedad, depresión y comportamiento agresivo) durante la adolescencia tenían más probabilidades de ser diagnosticados con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos del comportamiento disruptivo 14 años después (32). Además, la desregulación

emocional se ha asociado positivamente con resultados consecuentes devastadores, como el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) (33), trastornos alimentarios y conductas autolesivas y suicidas (34), que ahora se han convertido en la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. No es sorprendente que se haya sugerido que los planes de prevención de la salud mental deberían centrarse principalmente en el bienestar psicológico y la salud mental de los adolescentes. Para prevenir trastornos mentales graves y persistentes en el futuro, es urgente desarrollar programas que aborden la desregulación emocional lo antes posible (33).

3.2. Comportamiento Prosocial

3.2.1. Concepto

González define la conducta prosocial como “una conducta social positiva, con/sin motivación altruista, incluye todo tipo de comportamientos de ayuda y aporta consistencia al constructo (35). Como mencionan Epps y cols, citados por Arias en general, la conducta prosocial puede ser definida como una conducta voluntaria de ayuda para con otros. Martorell et al, citados por Arias el comportamiento prosocial se define como la conducta voluntaria y beneficiosa para los demás; que se relaciona con el desarrollo emocional y la personalidad; y comprende acciones de ayuda, cooperación y altruismo (36).

Según mencionan Castagna y Waschbusch cuando el comportamiento prosocial no ha sido desarrollado de forma adecuada, conlleva a la existencia de emociones prosociales limitadas (LPE), las mismas que se caracterizan por la falta de remordimiento o culpa, insensibilidad/falta de empatía, despreocupación por el desempeño y afecto superficial/deficiente; actualmente existe evidencia considerable de que la presencia/ausencia de síntomas y el deterioro de los síntomas son dimensiones separables, donde a menudo se encuentra que el deterioro juega un papel significativo y único en la evaluación de la psicopatología de los adolescentes (37).

Según Cuadra y Salgado, la delimitación conceptual sigue estando en debate dado que existen dos posiciones:

- Las condiciones cognitivo-motivacionales: En esta lo que distingue a la prosocialidad de otros comportamientos positivos es la intención de ayudar

a otro a fin de beneficiarlo, lo cual se constituye como centro del concepto del altruismo.

- Las que dan énfasis en la manifestación conductual: En esta se limita a la manifestación de una conducta de ayuda, con independencia del tipo de intención o motivación.

Se ha asociado el comportamiento prosocial con causas neuropsicológicas, con emociones positivas como la felicidad y la alegría, o muy al contrario, con emociones negativas frente a la proximidad de la muerte. También se asocia a componentes de la personalidad como la bondad humana y el altruismo o con el logro y satisfacción personal.

En adolescentes, el comportamiento prosocial obtiene mayor importancia por estar relacionado con una mejor adaptación social, mayor rendimiento académico, relaciones de amistad, el éxito en las relaciones de pareja y la inclusión en grupos sociales con un estatus de mayor popularidad. Muy por el contrario, las dificultades en las relaciones interpersonales en este período evolutivo se encuentran relacionadas con un alto número de alteraciones psicológicas y problemáticas educativas, entrando aquí los trastornos alimentarios como forma del adolescente de sentirse parte de un grupo o aceptado.

Un factor significativo para el aprendizaje y desarrollo del comportamiento prosocial es el razonamiento internalizado o capacidad argumentativa, que posibilita comprender la situación en la cual se encuentra otra persona, anticipando consecuencias, evaluando el contexto interpersonal con base en atribuciones de justicia, lo que implica una toma de perspectiva y contrasta con aquellos razonamientos más hedonistas, que estarían a la base de un comportamiento más individualista, competitivo y egoísta (38).

Según Nelson, O'Brien, Braunstein, Mickelson y Ha, el comportamiento prosocial, en contraste con la motivación centrada en uno mismo, implica deseos de beneficiar el bienestar de los demás, incluidos familiares, amigos, conocidos y extraños. La evidencia sugiere que el comportamiento prosocial es independiente de otros constructos similares, como la empatía. Por ejemplo, predijo de forma única las emociones positivas y la generosidad con extraños y

personas cercanas después de tener en cuenta la empatía, el amor compasivo y la comunión. Cabe destacar, sin embargo, que pocos estudios han investigado si el comportamiento prosocial está asociado con comportamientos de salud específicos que conferirían beneficios personales y comunitarios. La investigación sustancial también respalda los beneficios emocionales de dar a los demás a través del comportamiento prosocial. Por ejemplo, las personas informan una mayor felicidad después de gastar dinero en otros o realizar actos de bondad para otros en lugar de ellos mismos. Además, la conducta prosocial motivada por preocupaciones centradas en los demás conduce a mayores aumentos en el afecto positivo que la conducta prosocial motivada por preocupaciones centradas en uno mismo (39).

3.2.2. Dimensiones del comportamiento prosocial

3.2.2.1. Empatía

Es la percepción de las emociones que le transcurre al otro o bien en el entendimiento de las cogniciones del otro, vinculado con la intranquilidad y apoyo a los demás en la intención de resolver sus problemas de manera positiva (35).

La empatía es la capacidad de compartir y comprender las emociones de otras personas, y de responder afectivamente y adecuadamente a esas emociones. Esta capacidad es esencial para desarrollar con éxito la vida social diaria, dado su papel como “pegamento social” para estimular la pertenencia social. Los niveles más altos de empatía se asocian con una mejor competencia social y menos síntomas de problemas de internalización y externalización.

Para la maduración de la empatía intervienen cuatro habilidades durante los años preescolares. Según Hoffman, citado por Tsou et al, la empatía comienza con un reflejo afectivo de las emociones de otras personas durante los primeros días de vida. Este componente afectivo de la empatía desencadena la excitación emocional en la persona que presencia una demostración emocional, lo que le permite sentir lo que sienten los demás. Un recién nacido tiende a experimentar un nivel abrumador de excitación emocional personal cuando ve a alguien angustiado porque aún no puede diferenciarse entre sí mismo y otra persona. Sin embargo, a partir del años de edad, los niños se

vuelven más conscientes de las manifestaciones emocionales de otras personas y experimentan un menor nivel de excitación personal. Esto le permite a un niño desviar su atención de su propia excitación a la persona que está experimentando la emoción. Prestar atención a otras personas es el punto de partida para comprender cómo se sienten los demás. A medida que aumentan las respuestas de un niño a las emociones de los demás, puede comenzar a mostrar preocupación por otras personas a través de comportamientos prosociales, por ejemplo, consolando, ayudando o compartiendo. Una forma temprana de tales acciones prosociales puede observarse incluso en niños de dos años. Además, ser capaz de reconocer las emociones de otras personas es un requisito previo para comprender las causas de esos sentimientos. Esta habilidad comienza a desarrollarse a los cuatro meses de edad, pero no se domina hasta la infancia media (40).

3.2.2.2. Respeto

Es la comprobación de la misma dignidad o bien la de los otros y el comportamiento organizado en esta comprobación, tratar a los demás con respeto y asertividad (35).

3.2.2.3. Sociabilidad

Definida como el aprendizaje y la práctica de normas, actitudes, valores y costumbres de ideas dominantes en el aspecto social en el ser humano se desarrolla, realizar relaciones sociales provechosas (35).

3.2.2.4. Liderazgo

Se refiere a la contribución en el equipo, asimismo como la capacidad de conseguir posiciones de dominio en cualquier circunstancia, efectuando un liderazgo garantizado, de orientación y colaboración con su entorno (35).

3.3. Trastornos Alimentarios

La anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (BED) son trastornos alimentarios (TA) caracterizados por una ingesta de alimentos desregulada. Se han implicado factores de riesgo tanto genéticos como ambientales en el desarrollo y mantenimiento de los TA (41, 42).

Los eventos vitales negativos o estresantes (LES) se encuentran entre los muchos factores de riesgo ambiental que han despertado interés en el campo de los trastornos alimentarios.

Además, se han identificado diversos tipos de eventos de la vida negativos y potencialmente estresantes en conjunto, incluidas diversas formas de abuso, agresión, duelo, accidentes automovilísticos, amenazas, diagnóstico de una enfermedad grave, etc, que parecen influir en el desarrollo de este tipo de trastornos. Muchos de estos eventos se refieren comúnmente como 'traumas', pero considerando la diversidad de eventos incluidos, colectivamente nos referimos a estos como eventos vitales negativos o estresantes (LES). El maltrato infantil, en particular el abuso sexual, se encuentra entre los más estudiados y ha sido implicado como un factor de riesgo para el desarrollo de TA y un predictor de abandono del tratamiento (43).

Un metaanálisis de Molendijk et al encontró que el maltrato durante la infancia era de dos a cuatro veces más común entre las personas con trastornos alimentarios que los controles sanos, y se asoció con síntomas más graves, una edad de inicio más temprana y atracones más frecuentes, así como mayor frecuencia de comportamientos de purga (44). En el estudio de Spiegel encontraron que el maltrato durante la infancia se asociaba al desarrollo de trastornos alimentarios durante la adolescencia (45).

Hasta la fecha, las asociaciones entre LES y TA son más consistentes para los subtipos de atracones / purgas (es decir, BN y BED) que para los subtipos restrictivos (es decir, AN) (46). Una revisión reciente de los metaanálisis de factores de riesgo publicados que investigan una variedad de factores de riesgo encontró evidencia de abuso sexual infantil como factor de riesgo para BN, mientras que la evidencia fue más débil para los otros subtipos de TA (47). También se ha informado una asociación más fuerte entre los eventos adversos y las conductas de atracones / purgas en personas con AN, donde tanto el abuso sexual infantil como el de adultos se

asociaron más comúnmente con el subtipo de atracones / purgas (AN-BP) que con el subtipo restrictivo (AN-R), y se asoció con más síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), desregulación emocional, problemas emocionales conductuales y abandono del tratamiento (48, 49).

Por lo tanto, la evidencia convergente sugiere que los LES, tanto en la niñez y adolescencia como en etapas posteriores de la vida, pueden asociarse selectivamente con los TCA por atracones / purgas. La evidencia es más mixta para AN, y pocos estudios abordan directamente las diferencias entre AN-R y AN-BP (43).

También se ha demostrado que la impulsividad conductual media en la relación entre el abuso y/o maltrato infantil y los atracones y las purgas en poblaciones no clínicas (50, 51). Se ha encontrado relación entre los rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones y la desinhibición que se han asociado tanto con BN / BED como con experiencias de victimización. Además, los LES podrían afectar de manera diferente a la BN y al TA, y los diferentes tipos de LES podrían estar relacionados con tipos específicos de síntomas de atracones / purgas. De acuerdo con los hallazgos que implican una asociación entre psicopatologías impulsivas y LES, se ha sugerido que AN-R en particular podría tener una etiología diferente a la de otros TCA (43). Las diferentes vías genéticas y las interacciones entre el perfil genético y los eventos traumáticos podrían explicar la diferencia observada entre la restricción y los atracones / purga de los DE. La investigación genética sobre la AN también ha encontrado correlaciones genéticas tanto psiquiátricas como metabólicas (52), y es digno de mención que las estimaciones de heredabilidad son más altas en los TCA restrictivos que en los atracones / purgas, lo que posiblemente sugiere una etiología más biológica (53).

Estas observaciones, pueden indicar que los factores estresantes y desencadenantes ambientales son más importantes en la etiología de los subtipos de trastornos alimentarios por atracón / purga que los subtipos restringidos, que podrían tener implicaciones clínicas para la prevención y el tratamiento. En términos de LES específicos, se ha mencionado que las personas con TCA suelen experimentar una variedad de LES. Esto está en línea con hallazgos anteriores (54). Los traumas sexuales (violación y otras agresiones sexuales) se asociaron significativamente con los subtipos de trastornos alimentarios de atracones / purgas, lo cual ha sido reportado por la literatura previa que destaca el abuso sexual en la niñez (44, 55), y la agresión

y el acoso sexual en la edad adulta como factores de riesgo para la psicopatología y el diagnóstico de la DE (56, 57).

También se ha encontrado que el mal control emocional se ha estudiado anteriormente principalmente en la infancia y la adolescencia y, aunque hay menos estudios disponibles que para el abuso sexual, la investigación respalda un papel de los problemas emocionales, que en la mayoría de los casos se presentan en la infancia de las personas afectadas por los TCA (44, 58).

Tener una enfermedad grave o potencialmente mortal se asoció significativamente con AN-BP y AN / BN / BED. Esto podría ser consistente con investigaciones previas que implican alteraciones del sistema inmunológico como factores de riesgo para los TCA (47). La categoría final de LES “otros eventos vitales estresantes” también fue significativa para todos los grupos de DE. Esto podría incluir una variedad de experiencias de vida diferentes (por ejemplo, divorcio, problemas de conducta en la infancia y adolescencia, dificultades financieras, etc.), e indica que podría haber muchos más LES además de las experiencias traumáticas “típicas” que podrían ser de interés para investigar en poblaciones con TCA (43).

3.3.1. Principales trastornos alimentarios

3.3.1.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psiquiátrico grave que presenta la tasa de mortalidad más alta de todas las enfermedades psiquiátricas. Se define por “la pérdida de peso inducida por la restricción alimentaria, asociada con la alteración de la imagen corporal y el miedo mórbido al aumento de peso, lo que produce graves disfunciones físicas, conductuales, cognitivas y emocionales” (59).

La anorexia nerviosa tiene su inicio con mayor frecuencia durante la adolescencia y, alrededor de la mitad de las personas afectadas desarrollan un curso crónico de la enfermedad, lo que produce un alto grado de discapacidad sobre todo en las mujeres jóvenes que se encuentran en la etapa más productiva de la vida, lo que perjudica grandemente su calidad de vida.

Hasta la actualidad no se conoce con mucha exactitud la etiología de la AN, sin embargo, recientemente se ha sugerido un origen multifactorial, en el cual

los factores neuropsicológicos y neurobiológicos pueden contribuir a la vulnerabilidad, el inicio y el mantenimiento de la enfermedad (60).

Las altas tasas de falta de efectividad de los tratamientos, la alta tasa de mortalidad y las graves complicaciones médicas y psíquicas asociados con la AN determinan la necesidad de diagnosticar este trastorno lo más precozmente posible e intervenir con el tratamiento actualmente disponible para minimizar las consecuencias de la enfermedad. Según los criterios diagnósticos de la DSM 5 del 2014 incluye:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo, se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificando si es de tipo:

- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Además, especificar si se encuentra:

- En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado (59).

El grado de gravedad, se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Los grados de gravedad de la anorexia nerviosa son:

- Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ (58).

Las complicaciones de la anorexia nerviosa (AN) son variadas y complejas, con un importante solapamiento con los mecanismos fisiopatológicos. Además, los efectos devastadores de la desnutrición perpetúan el trastorno alimentario causando molestias físicas y psicológicas durante la desnutrición y la realimentación. Las implicaciones del trastorno pueden involucrar el sistema endocrino, causando resistencia a la hormona del crecimiento (GH) con niveles bajos del factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1), hipogonadismo hipotalámico, hipercortisolemia y cambios en las hormonas reguladoras del apetito como leptina, grelina, péptido YY, y posiblemente adiponectina, afectando a las hormonas hipofisarias derivadas tanto anterior como posterior.

La caída en los niveles séricos de leptina y la disminución de la hormona liberadora de gonadotropina conduce a una disminución de LH, FSH y anovulación, lo que resulta en amenorrea, que ocurre en hasta el 84% de las mujeres con AN. Esto tiene consecuencias importantes sobre la fertilidad y las complicaciones relacionadas con el embarazo, como parto prematuro, cesárea, microcefalia, pequeño para la edad gestacional y mortalidad perinatal. Además, tanto los hombres como las mujeres con AN tienen riesgo de enfermedad ósea con una reducción de la puntuación Z de la densidad mineral ósea (DMO). Una edad más temprana de aparición de la AN (< 18 años) se asocia con una mayor disminución de la DMO.

Por otro lado, el síndrome de realimentación (SR) se ha utilizado para describir las consecuencias adversas que pueden ocurrir en todos los pacientes desnutridos durante las primeras etapas de la reposición nutricional, donde la hipofosfatemia es la complicación más común de la restauración nutricional para los pacientes con AN. Otras consecuencias de la RS incluyen la deficiencia aguda de tiamina que resulta en la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff, con el potencial de deterioro cognitivo permanente, hipopotasemia, hipomagnesemia, acidosis o alcalosis metabólica y sobrecarga de líquidos que resulta en insuficiencia cardíaca. Las complicaciones gastrointestinales pueden ser estreñimiento, náuseas, dolor abdominal, plenitud abdominal, vómitos, acidez estomacal, dolor epigástrico, disminución del apetito, diarrea y disfagia. Las complicaciones hematológicas también son muy importantes, como la hipoplasia trilineal con leucemia, anemia y trombocitopenia, causadas por la transformación gelatinosa de la médula. Las complicaciones cardiovasculares más comunes, que durante mucho tiempo se han relacionado con la muerte súbita de los pacientes con AN, son la bradicardia y la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC). La bradicardia se revierte con la restauración del peso, por lo que no se recomienda la colocación de un marcapasos permanente (61).

Los factores para el mantenimiento de la patología alimentaria, por otra parte, se encuentran en la persistencia de factores predisponentes y en el establecimiento de circuitos de retroalimentación que generan círculos

viciosos patológicos. Estudios recientes de la literatura sobre la DE muestran que la AN tratada cura completamente en alrededor del 40% de los casos y evoluciona hacia una cronicidad incurable en el 25%. El tratamiento para este trastorno alimentario no siempre es exitoso. Alrededor del 70% de los pacientes con un curso severo no superan el trastorno a largo plazo y alrededor del 5% de los pacientes mueren en periodos de observación a largo plazo. Además, las tasas de interrupción del tratamiento son de alrededor del 30-40%. Las pautas internacionales de tratamiento para los TCA coinciden en que la psicoterapia es el tratamiento de primera línea para los pacientes con AN, preferiblemente en entornos ambulatorios. Los pacientes con una forma grave de AN a menudo son tratados como pacientes hospitalizados. Muchos de ellos se benefician de este tratamiento agudo. Desafortunadamente, un número significativo de pacientes experimenta una recaída después del alta. Además, aproximadamente entre un quinto y un tercio de los pacientes con AN adolescente necesitan cuidados intensivos durante el curso de su enfermedad (62).

3.3.1.2. **Bulimia nerviosa**

La Bulimia Nerviosa (BN), es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingestión de grandes cantidades de alimento que luego se tratan de compensar con conductas de purga. Según los criterios diagnósticos de la DSM 5 incluye:

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de

laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Además, especificar si se encuentra:

- En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado
- En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado (59).

Y el grado de gravedad que se considera para este trastorno es:

- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana (63).

En la Bulimia nerviosa, el deseo de disminuir la ingesta de alimentos y reducir el peso podría considerarse un proceso deliberado y controlado. Al ser de naturaleza más cognitiva y deliberativa, estos procesos de ganancia y pérdida de peso son necesariamente más lentos en su procesamiento neuronal en comparación con los determinantes de elección impulsados por estímulos de pérdida a ganancia. Esto sugeriría que los procesos de ganancia a pérdida

afectan el proceso de elección en un momento posterior en comparación con los procesos de pérdida a ganancia.

3.3.1.3. Trastorno por atracón (TA o del inglés BED)

El trastorno por atracón (BED) al igual que la bulimia nerviosa (BN) son trastornos alimentarios (ED) que se caracterizan por episodios recurrentes de atracones. Durante tales episodios, las personas experimentan una pérdida de control sobre la alimentación y consumen objetivamente grandes cantidades de alimentos (59).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se considera el tratamiento de elección para BN y BED. Sin embargo, la base de evidencia de su eficacia revela que las tasas de remisión son moderadas, con menos del 50% de los pacientes con BN y aproximadamente el 50% de los pacientes con BED logrando la abstinencia de los atracones al final. Según mencionan Keeler et al, la impulsividad es un rasgo que aumenta la vulnerabilidad a los trastornos alimentarios de tipo compulsivo, y se caracteriza por una mayor sensibilidad a la recompensa y un comportamiento desinhibido. La evidencia de estudios transversales y de neuroimagen indica niveles más altos de impulsividad autoinformada y activación atípica en las regiones del cerebro relacionadas con el control de impulsos y la recompensa en respuesta a señales tanto alimentarias como no alimentarias en pacientes con BN/BED (64).

Revisiones sistemáticas han mostrado evidencia confirmatoria de un aumento del comportamiento espontáneo de erupción y sensibilidad a la recompensa y deficiencias en el control inhibitorio relacionado con los alimentos en BED (65). En consecuencia, es probable que el control inhibitorio (la capacidad de inhibir una respuesta conductual sobrepase a las señales para lograr un objetivo general de modo que se logren resultados prometedores para las intervenciones para los trastornos alimentarios de tipo atracón (65, 66).

3.3.1.4. Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID)

Este trastorno junto al trastorno por atracón, son los primeros trastornos de la conducta alimentaria que no tienen preocupaciones sobre la imagen corporal como criterios de diagnóstico centrales. Se distinguen por ser trastornos de las conductas alimentarias, el primero de atracones recurrentes sin purgas

periódicas y el segundo de evitación y aversión a la comida y al comer. Todos los trastornos alimentarios ocurren en todo el espectro de edad, aunque la anorexia nerviosa y el ARFID se presentan con mayor frecuencia en la niñez y la adolescencia, mientras que la bulimia nerviosa y el BED son poco comunes en las poblaciones pediátricas (67).

3.3.1.5. Trastornos de conducta alimentaria inespecífico

Las personas con trastornos alimentarios que no cumplen con la frecuencia conductual u otros criterios de uno de los principales trastornos alimentarios y cuyos problemas están menos conceptualizados, anteriormente denominados Trastorno alimentario no especificado, ahora pueden clasificarse como OSFED o FED no especificado (UFED) en el DSM-5, o como Otro trastorno alimentario o alimentario mal especificado en la CIE-11. OSFED incluye anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa subumbral y BED, trastorno de purga y síndrome de alimentación nocturna.

La anorexia nerviosa atípica, es decir, la anorexia nerviosa en la que el IMC puede estar en el rango "adecuado" de 20 a 25 kg/m² o más, probablemente se está volviendo más común a medida que el peso medio de la población general se desplaza hacia la derecha. El manejo es similar a la anorexia nerviosa. El síndrome de alimentación nocturna a menudo se presenta en el contexto de una alteración del sueño. Es similar a BED en evaluación y gestión. El trastorno de purga (sin atracones regulares) no es muy común y su manejo es similar al de la bulimia nerviosa (67).

3.3.2. Epidemiología y factores de riesgo

Los Trastornos Alimentarios (TA) también llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves vinculadas a una percepción distorsionada del propio cuerpo y la insatisfacción corporal y se caracterizan por alteraciones marcadas en el comportamiento y una preocupación excesiva por el peso y / o la forma corporal; son especialmente comunes en los jóvenes (68).

Se consideran TA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (BED) y el trastorno de la alimentación no especificado y la obesidad, que recientemente se han incorporado a los TA. El noventa y cinco por ciento de

los trastornos alimentarios ocurren en mujeres y son más comunes en estudiantes de secundaria y universitarios. Además, existe una fuerte relación entre la anorexia y la bulimia nerviosa, y ambas ocurren principalmente en mujeres jóvenes sanas que comienzan a preocuparse excesivamente por el peso y el físico. Aproximadamente el 50% de los pacientes anoréxicos desarrollan bulimia y viceversa (69).

La población de adolescentes y los universitarios están sujetos a varios cambios sociológicos y culturales. Muchos adolescentes se alejan del núcleo familiar y se hacen responsables de sus propios hábitos alimentarios, organizando su tiempo, comprando alimentos, preparando sus menús y organizando horarios de comidas. Todo esto puede llevar a saltarse comidas de forma habitual, preferir la comida rápida, consumir alcohol, fumar y, finalmente, favorecer la aparición de TCA (70, 71).

El estrés académico puede estar asociado a conductas bulímicas, ya que se pueden generar conductas o pensamientos de riesgo como factor de combate al estrés, aumentando la posibilidad de desarrollar algunos de los trastornos alimentarios (69).

Además, la situación de emergencia higiénica vinculada a la pandemia de COVID-19 ha provocado la aparición de problemas con el consumo alimentario que pueden agudizarse durante la adolescencia (72). Además, en este último período de tiempo y debido a los confinamientos regionales, muchos adolescentes han dejado de realizar las actividades cotidianas que solían realizar como es visitas a sus familiares, salir con amigos, asistir a las escuelas y la docencia virtual ha aumentado el distanciamiento social entre los estudiantes. A todo ello hay que añadir la inseguridad, en general, que conlleva el alejamiento del entorno familiar, que se suma a la inseguridad en la toma de decisiones relacionadas con la alimentación y condiciona también la conducta alimentaria durante la adolescencia (73).

3.3.3. Manejo de los trastornos alimentarios

Para todos los trastornos alimentarios (incluido ARFID), el tratamiento principal, tal como se describe en las pautas nacionales e internacionales actuales, es una forma de terapia psicoconductual que, por lo general, se puede

proporcionar de forma ambulatoria. Las personas con síntomas más graves, o que no mejoran con una atención menos restrictiva, pueden ser tratadas en un programa hospitalario especializado parcial (de día) o completo (74). Las terapias basadas en evidencia administradas por un médico informado sobre trastornos alimentarios se consideran más eficaces y son las preferidas por las personas con trastornos alimentarios. Este enfoque también puede ser más rentable y reducir las hospitalizaciones (75).

Además de la terapia psicológica específica, el tratamiento debe abordar importantes comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental y, por lo tanto, lo ideal es que lo realice un equipo multidisciplinario. Estos equipos estarían integrados como mínimo por un terapeuta psicológico y un médico de familia. En casos más complejos de trastornos alimentarios, como la mayoría de las personas con anorexia nerviosa, los casos más graves de bulimia nerviosa y BED, y aquellos que requieren atención hospitalaria, se requieren apoyos interdisciplinarios adicionales. Estos incluyen un dietista registrado, un médico/pediatra especialista, un psiquiatra, una(s) enfermera(s), un terapeuta de ejercicios, un terapeuta de actividad/ocupacional y un trabajador social o terapeuta familiar (74).

3.3.3.1. Terapias psicológicas

Las terapias psicológicas específicas, como la terapia conductual cognitiva mejorada (TCC-E) transdiagnóstica, son el tratamiento de primera línea para todos los trastornos alimentarios con el mayor impacto en la reducción de los síntomas y otros resultados. Esto generalmente se administra en 20 sesiones semanales para bulimia nerviosa y BED y en 40 sesiones para anorexia nerviosa.

Se han desarrollado formularios más breves (p. ej., 10 sesiones de TCC de autoayuda guiada en línea) como primer paso en la atención o para personas con enfermedades menos graves. Estos tienen una base de evidencia moderada, comparable a la TCC administrada por un terapeuta informado sobre trastornos alimentarios, pero muchas personas continúan sintomáticas y requieren más sesiones. La autoayuda 'pura', donde no hay orientación, no se recomienda excepto como primer paso mientras se espera la atención (76).

Los avances recientes más importantes en los tratamientos para los trastornos alimentarios provienen de ensayos de terapia psicológica de niños/adolescentes y adultos con anorexia nerviosa respaldados por varias revisiones sistemáticas y redes y otros metanálisis (77). En niños y adolescentes, el tratamiento atóxico basado en la familia (FBT) es la principal modalidad de atención. FBT se puede administrar en toda la familia, así como en familias separadas (donde los padres se ven separados del niño). La terapia familiar también se ha adaptado para la bulimia nerviosa. Una alternativa, pero con una base de evidencia más débil a la FBT, es una forma de CBT-E que ha sido modificada para tener sesiones familiares breves adicionales. De manera similar, la psicoterapia focal de adolescentes puede usarse para personas más jóvenes con anorexia nerviosa. Aunque no existe una terapia líder similar para adultos con anorexia nerviosa, la TCC es la terapia que se practica con más frecuencia en Australia. Otras terapias psicológicas basadas en la evidencia para la anorexia nerviosa son la Terapia de anorexia nerviosa Maudsley para adultos (MANTRA), Manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) y Terapia psicodinámica focal (FPT) (74).

Todas las terapias brindan psicoeducación y tienen como objetivo restaurar la salud física de la persona con control de peso, asesoramiento nutricional y planificación de comidas, a menudo junto con sesiones de un dietista registrado.

3.3.3.2. Terapias farmacológicas

A diferencia de la atención psicológica, ha habido menos avances en los tratamientos farmacológicos para la anorexia nerviosa. Actualmente hay varios ensayos pequeños de antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina para la anorexia nerviosa, con resultados mixtos. Un reciente ensayo amplio (n = 152) de 16 semanas de duración para pacientes ambulatorios y controlado con placebo de olanzapina (dosis media de 7,77 mg/día) como tratamiento primario para adultos con anorexia nerviosa encontró un tamaño moderado del efecto sobre el aumento de peso que favorecía al fármaco activo (78). Sin embargo, la tasa de aumento de peso fue muy pequeña (aproximadamente 0,7 kg/mes) e insignificante con placebo. No hubo otras diferencias significativas en los resultados primarios y solo una

diferencia en el resultado secundario por cuestiones de forma a favor del brazo de placebo. Es importante destacar que no hubo diferencias en los resultados metabólicos. Otros agentes psicotrópicos, como los antidepresivos, tienen poca función directa o evidencia para el tratamiento de la anorexia nerviosa, pero los antidepresivos se pueden usar cuando existe una depresión mayor comórbida (77).

Hay varios ensayos que respaldan a los agentes para el tratamiento del BED y la bulimia nerviosa. Desde los primeros ensayos de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en dosis más altas (p. ej., 60 mg de fluoxetina al día), ha habido un pequeño número de ensayos de topiramato y (para BED) lisdexanfetamina. Los metanálisis respaldan un papel para los antidepresivos de segunda generación y la lisdexanfetamina, pero no como tratamientos independientes, ya que los tamaños del efecto son de pequeños a medianos y la deserción puede ser mayor que con las terapias psicológicas. La mayor parte del uso en varios países también es "sin receta", con la excepción de la lisdexanfetamina, que está aprobada para BED de moderado a grave y bajo el control de un psiquiatra especializado. La seguridad a más largo plazo de la lisdexanfetamina se considera proporcional a la encontrada para su uso en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (79).

3.3.3.3. Realimentación y Osteopenia

Los riesgos de realimentar demasiado rápido y el síndrome de realimentación ahora son bien conocidos, pero es posible que los programas se hayan vuelto demasiado cautelosos. La investigación respalda la optimización de la atención hospitalaria para permitir protocolos de recuperación de peso más rápidos y se ha demostrado que los protocolos de realimentación más asertivos son seguros cuando se combinan con un control médico asertivo y suplementos nutricionales de, por ejemplo, fosfato (80).

Sin embargo, dichos regímenes deben monitorear la angustia psicológica, ya que ésta puede ser mayor con un aumento de peso más rápido.

La osteopenia en personas con períodos sostenidos de bajo peso y supresión de esteroides sexuales continúa siendo un riesgo médico conocido para el cual el tratamiento sigue siendo una "necesidad crítica no satisfecha." La pérdida

ósea puede ser irreversible, especialmente si ocurre durante el período crítico de crecimiento de la acumulación ósea pospuberal. Por lo tanto, es posible que las personas con anorexia nerviosa no alcancen su masa ósea máxima y, por lo tanto, más adelante en la vida alcancen más rápidamente los niveles de osteopenia, especialmente las mujeres en sus años posmenopáusicos. Por lo tanto, existe un mayor riesgo de fractura tanto en la juventud como en la vejez. El manejo se basa en la restauración del peso y la normalización de la homeostasis endocrina. Hay un pequeño número de ensayos de agentes antirresortivos y anabólicos. Ha habido un ensayo positivo de reemplazo fisiológico de estrógenos transdérmicos y teriparatida respectivamente. Faltan estudios sobre raloxifeno, denosumab y otros análogos de la hormona paratiroidea, como abaloparatida, o se limitan a informes de casos. La mayor parte del éxito se ha informado para los bisfosfonatos (81).

3.3.3.4. Resultados y pronóstico

La investigación respalda un optimismo cauteloso para la recuperación de un trastorno alimentario, aunque puede ser lento. Un amplio estudio de seguimiento reciente de 22 años de 228 mujeres con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa tratadas en un centro especializado encontró que la mayoría (alrededor de dos tercios) se recuperaron, y que la mayoría con bulimia nerviosa lo lograron en 9 años, pero solo aproximadamente la mitad de las personas con anorexia nerviosa lograron la recuperación dentro de los 9 años (82). Esto es consistente con el cuerpo de la literatura de resultados (74, 75). Se sabe menos sobre los resultados a largo plazo para BED y otros trastornos alimentarios, pero el tratamiento es importante ya que la remisión espontánea parece ser baja y el cambio temprano de los síntomas es el mejor predictor del resultado en todos los trastornos alimentarios.

Un metanálisis ha informado la presencia de atracones y conductas de purga, en personas con IMC más bajo, etapa temprana de cambio (baja motivación), pobre conducta prosocial, estado de ánimo depresivo concurrente y otras comorbilidades, mayor preocupación por la imagen corporal y peor calidad de las relaciones actuales para ser consistentemente asociado con peores resultados del tratamiento tanto a medio como a largo plazo en todos los trastornos alimentarios. La deserción también se asoció con comportamientos

de atracones y purgas y baja motivación para cambiar. Sin embargo, los tamaños del efecto variaron mucho entre los estudios y fueron de pequeños a moderados, lo que indica que muchas personas se recuperan a pesar de tener características de pronóstico negativo (83).

Un desafío importante para mejorar los resultados del tratamiento es cerrar la “brecha de tratamiento”. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa y una gran mayoría con bulimia nerviosa y BED demoran la búsqueda de atención durante una década o más. Muchos factores contribuyen a este problema, pero los problemas importantes son los bajos niveles de alfabetización en salud, la búsqueda de ayuda para controlar la pérdida de peso en lugar del trastorno alimentario, el estigma, la vergüenza y la falta de asequibilidad y acceso a terapias psicológicas basadas en evidencia (84).

3.4. Revisión De Antecedentes Investigativos

3.4.1. Internacionales

Título: “Dificultades emocionales y conductuales y comportamiento prosocial en adolescentes: un análisis de perfiles latentes”.

Autor: Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Pérez-Albéniz, A. 2020, España.

Resumen: El objetivo de este estudio fue identificar subgrupos de adolescentes con dificultades emocionales y conductuales mediante análisis de perfiles latentes. Participaron una muestra de 1.506 estudiantes, 667 varones (44,3%). La media de edad fue de 16,15 años. Resultados: El 7,7% de los adolescentes obtuvo puntuaciones de riesgo en dificultades de salud mental. Se identificaron tres conglomerados de participantes denominados bajo riesgo, externalizante e internalizante. Estos tres perfiles demostraron un patrón diferencial en cuanto a ajuste socioemocional y rendimiento académico. Concluyeron que los jóvenes que presentan problemas emocionales y comportamentales están en riesgo de desarrollar trastornos mentales (14).

Título: “Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo”.

Autor: Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., Álvarez Valbuena, V., Jáuregui-Lobera, I. 2020. España.

Resumen: El objetivo fue aportar evidencia empírica descriptiva sobre estas posibles alteraciones y su relación con variables emocionales, de funcionamiento diario y de conducta alimentaria. Se compararon 38 mujeres 19 con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y 19 participantes sin TCA. Resultados: Las diferencias en el resultado de la mayoría de las pruebas neuropsicológicas empleadas fueron no significativas excepto en la Clave de Números y en el recuerdo inmediato del Test de Memoria de Rivermead. El grupo con TCA mostró síntomas depresivos moderados (85).

Título: “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal”.

Autor: Samatán-Ruiz, Eva María, and Pedro Manuel Ruiz-Lázaro. España

Resumen: Objetivo: determinar tipos de comportamientos y gravedad de sintomatología en niños y adolescentes asistidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el periodo de COVID-19 frente al mismo periodo del año anterior. Material y Método: estudio transversal retrospectivo descriptivo con un total de 132 pacientes de 151 reclutados tras su primera visita. Se analizaron características sociodemográficas, valores antropométricos, conductas alimentarias, comportamientos compensatorios y síntomas físicos y emocionales. Resultados: 61 pacientes fueron asignados al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2019 y 71 al mismo periodo del 2020. El diagnóstico mayoritario en ambos grupos fue el de anorexia nerviosa restrictiva presentando una incidencia del 53,5% durante el confinamiento. El análisis sugirió una tendencia hacia las conductas restrictivas siendo la disminución entre 10 y 19,9 kg de peso significativa en el grupo de COVID (35,8%) frente al de No COVID (25,5%). La diferencia entre los pacientes categorizados de “alta gravedad” frente a los de “baja gravedad” durante la pandemia fue significativa con respecto al periodo anterior, utilizando un modelo de ajuste por edad y sexo ([IC 1,552 - 9,748]; $p=0,003$). Conclusiones: Los TCA afectan a una proporción de niños y adolescentes cada vez mayor. Durante el periodo de pandemia se ha observado más gravedad en las categorías con comportamientos más restrictivos y esto ha ido asociado a una mayor pérdida de peso (94).

3.4.2. Nacionales

Título: “Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Presentación de María, Comas - 2020”.

Autor: Cavero, Y. 2020, Lima.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar los riesgos que condicionan los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Participaron 40 adolescentes entre 14 a 17 años. Resultados: entre los riesgos de los trastornos alimenticios en adolescentes el predominante según dimensión psicológica el 73% manifiestan riesgos, presentando un nivel de autoestima baja por la preocupación de su aspecto físico al recibir críticas y burlas de su autoimagen corporal insatisfactoria. Según dimensión familiar, el 65% tienen riesgos familiares, dado que sus núcleos familiares muestran disfunción moderada y disfunción grave incluyendo familiares que han padecido conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Según el aspecto sociocultural un 33% presentan riesgo en el cual predomina la influencia de la publicidad afectando a los adolescentes en su imagen corporal siendo el medio que difunde temas de belleza e imagen corporal y estético, en el 75% de adolescentes predominan riesgos de trastorno de la conducta alimentaria y un 25% que no están en riesgos. Siendo relacionado la percepción de la imagen corporal (87).

Título: “Incremento de anorexia en adolescentes de 15 a 19 años de edad pertenecientes al sector socio económico A-B de Lima metropolitana, como consecuencia del fenómeno influencer en instagram”.

Autor: Ramírez, S. 2019, Lima.

Resumen: El objetivo del estudio fue demostrar el incremento de la anorexia en estudiantes debido a la influencia que ejercen los influencers. Resultados: Se ha demostrado que los influencers son hoy en día figuras públicas que tienen un gran alcance e influyen en la toma de decisiones de sus seguidores. Sin embargo, aún no existe un método de medición o reglas, que regulen el contenido que pueden compartir en Instagram y redes sociales en general. Los adolescentes del colegio particular “los profesores peruanos”, del distrito de Comas, reciben influencia sobre estereotipos de medios televisivos, redes sociales y publicidad. Lo cual certifica que, en el rango de edad de 15 a 17 años, los adolescentes tienen

muy presente lo que piensen los demás de ellos, por ello buscan seguir normas establecidas como referente (88).

Título: “Comportamiento prosocial en relación al desarrollo de la identidad en estudiantes del VII ciclo de una institución educativa de Ica, 2017”.

Autor: Olivares, R. 2019, Ica.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar cómo se relaciona el comportamiento prosocial con el desarrollo de la identidad en estudiantes del VII ciclo, participaron 114 estudiantes. Resultados: el comportamiento prosocial se relaciona con el desarrollo de la identidad en estudiantes, indicando que a un buen comportamiento prosocial le corresponde un buen desarrollo de identidad (89).

3.4.3. Locales

Se ha realizado la búsqueda de antecedentes en las universidades locales y no se ha encontrado ningún estudio similar actual.

4. HIPÓTESIS

Dado que los trastornos alimentarios presentan una etiología multifactorial que incluye aspectos orgánicos y principalmente desórdenes de tipo psico emocionales y conductuales; es probable, que exista relación significativa entre las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa del 2020 al 2022.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la Psicometría.

1.2. Instrumentos

Cuestionario de Dificultades y Capacidades (SDQ): Este instrumento está conformado por cinco dimensiones o subescalas Goodman, 1997: 1) Problemas Emocionales, 2) Problemas Conductuales, 3) Problemas con los Compañeros, 4) Hiperactividad, y 5) Conducta Prosocial. Cada una de ellas es valorada a través de cinco ítems. Las cuatro primeras subescalas configuran una puntuación Total de Dificultades. La versión simple del SDQ, con sus 25 ítems, se complementa con una versión extendida denominada suplemento de impacto, este instrumento puede ser aplicado a los padres, profesores y a los propios niños/adolescentes. En ambas versiones el formato de respuesta es tipo Likert con tres opciones: No, nada; A veces; Sí, siempre (puntuable 0, 1 y 2, respectivamente). La interpretación de los resultados se realiza sumando los valores de cada uno de los ítems y se compara con el siguiente baremo:

Normal	0 – 16 puntos
Límite	17 – 33 puntos
Anormal	34 – 50 puntos

Para el presente estudio se aplicó la versión aplicada y validada en el estudio de Trujillo, quien realizó la validez del instrumento, mediante prueba piloto y cálculo del alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad obteniendo un resultado de 0,874, lo que demuestra que tiene una alta confiabilidad (90).

Cuestionario de comportamiento prosocial: este instrumento fue elaborado por Gonzáles 1992, el cuestionario está compuesto por 40 ítems en función de sus dimensiones: D1: Empatía, D2: Respeto, D3: Sociabilidad, D4: Liderazgo. Los ítems se responden en Escala de Likert teniendo como opciones de respuesta: Siempre (3), Casi siempre (2), A veces (1) y Nunca (0), el puntaje se suma y se establece el nivel de comportamiento prosocial de acuerdo con el siguiente baremo (35).

Muy deficiente	0 – 23 puntos
Deficiente	24 – 47 puntos
Regular	48 – 72 puntos
Bueno:	73 – 95 puntos
Muy bueno:	96 – 120 puntos

En el presente estudio se aplicó la versión validada en el estudio de Olivares quien aplicó una Prueba Piloto y luego utilizó el procedimiento del método de consistencia interna Alpha de Cronbach obteniendo un resultado de 0,926, lo que denota una alta confiabilidad. Al final del instrumento se solicitaron los datos de edad y sexo de los adolescentes (89).

Estructura del instrumento

VARIABLE	INDICADOR Y SUBINDICADOR	INSTRUMENTO	ÍTEMS
Variable Independiente 1. Dificultades emocionales conductuales	1.1.Problemas emocionales	Cuestionario de Dificultades y Capacidades (SDQ)	1 - 5
	1.2.Problemas conductuales		6 – 10
	1.3. Problemas con los compañeros		11– 15
	1.4. Hiperactividad		16 – 20
	1.5. Conducta prosocial		21 – 25
	2.1. Empatía		1 - 40

Variable dependiente 2. Comportamiento prosocial	2.2. Respeto	Cuestionario de comportamiento prosocial	
	2.3. Sociabilidad		
	2.4. Liderazgo		
Variables Intervinientes 3. Edad 4. Sexo	3.1. Fecha de nacimiento	Anexo al anterior	3.1.1. Años cumplidos
	4.2. Caracteres sexuales secundarios		4.2.1. Masculino 4.2.2. Femenino
5. Diagnóstico de trastornos alimentarios	5.1. Según DSM V		5.1.1. Anorexia nerviosa 5.1.2. Bulimia nerviosa 5.1.3. Trastorno por atracón 5.1.4. Trastorno de conducta alimentaria inespecífico

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el mismo que está, en el distrito, provincia y departamento de Arequipa.

2.2. Unidades de estudio

La población está conformada por los pacientes que presentan trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, los que suman 58 pacientes. Se trabajó con el 100% de pacientes de acuerdo con el cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adolescentes con edades de 11 a 19 años, de ambos sexos, que tengan diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria.
- Pacientes cuyos padres acepten su participación en la investigación mediante firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías psiquiátricas concomitantes a los trastornos alimentarios.
- Pacientes que presenten limitaciones físicas o sensoriales que afecten el llenado de los instrumentos.

2.3. Temporalidad

El estudio fue durante los meses de marzo del 2020 a marzo del año 2022.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Luego de que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó al Decano de la Facultad de Medicina Humana, la autorización respectiva para desarrollar el estudio (14).
- Se coordinó con la Dirección general del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para que nos autorice la ejecución de la investigación en el servicio de

psiquiatría permitiéndonos el acceso a su campo clínico para la aplicación de los instrumentos.

- Se coordinó con el médico jefe del servicio de psiquiatría, Dra. Blanco, respecto a los días que se iban a acudir a realizar la recolección de datos mediante la aplicación del instrumento a las unidades de estudio
- Una vez que se verificó el cumplimiento de los criterios de elección, se les explicó a los pacientes y sus padres el propósito de la investigación y se les solicitó su participación para lo cual debían firmar el consentimiento informado, posteriormente se les realizó la aplicación de los instrumentos, de manera individual y de forma directa.
- Concluida la etapa de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

La investigadora: Srta. Juárez Huanca Cynthia Belsha.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Asesora: Dra. Llaza Loayza Elisa Gloria.

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Materiales:

Computadora, software estadístico, material de escritorio, Instrumentos de recolección de datos.

Financieros:

Autofinanciamiento.

3.3. Validación del instrumento

De acuerdo con lo señalado en la sección correspondiente, los instrumentos que se emplearán en el presente estudio son instrumentos validados en estudios peruanos mostrando altos índices de confiabilidad.





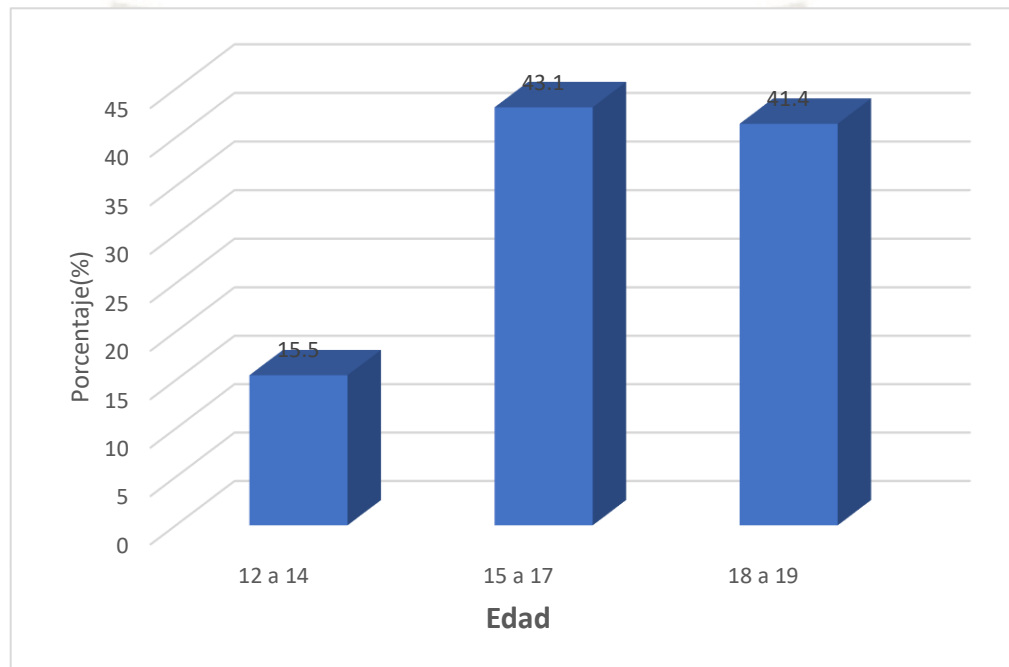
CAPITULO III RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados de este estudio de investigación se presentarán a manera de gráficos.

GRAFICO N. °1

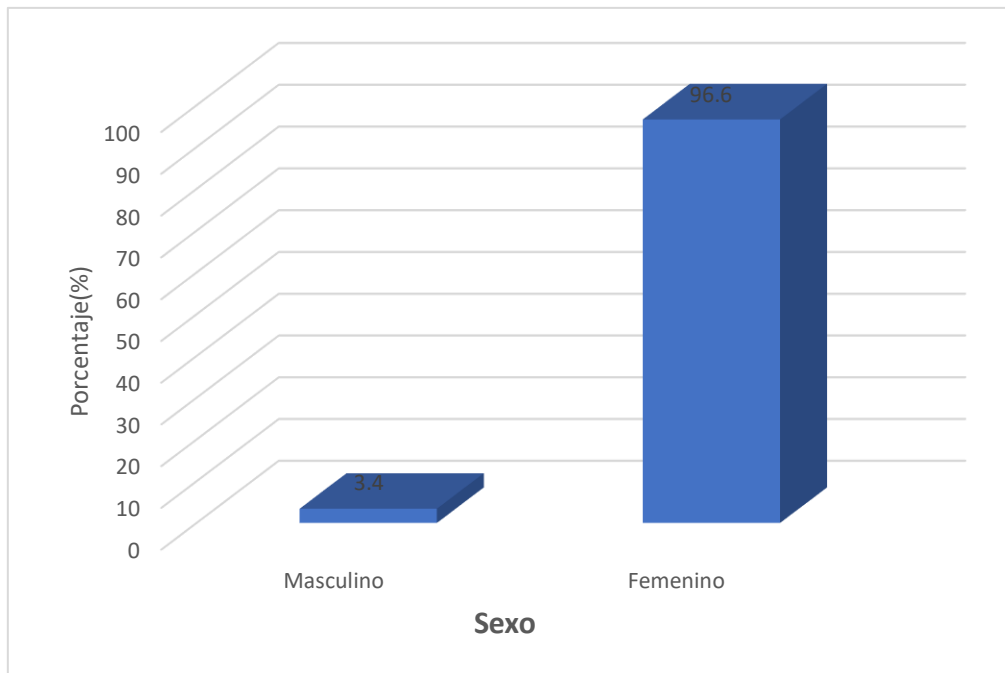
EDAD DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N. °1 muestra que el 43.1% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del hospital regional Honorio Delgado Espinoza tienen entre 15 a 17 años, seguido del 41.4% de adolescentes entre 18 a 19 años, mientras que solo el 15.5% tienen de 12 a 14 años.

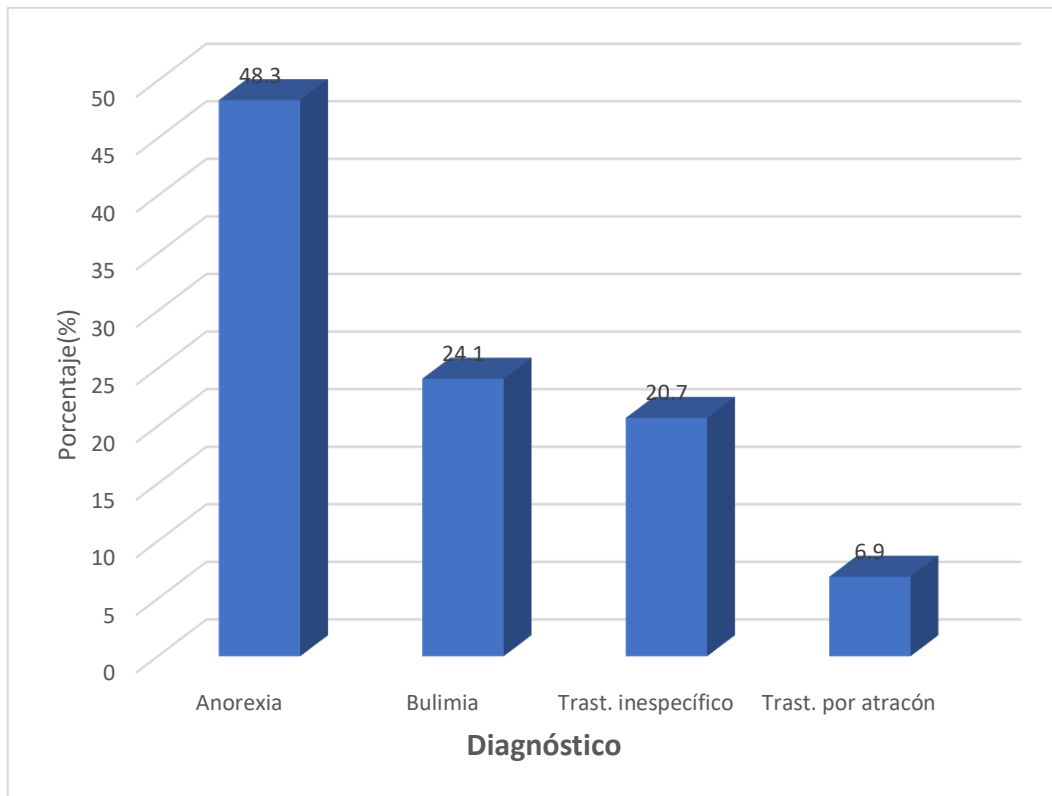
GRAFICO N. °2
SEXO DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIOS
DELSERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022



Fuente: Elaboración Propia.

El grafico N. °2 muestra que el 96.6% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza son de sexo femenino, mientras que el 3.4% de los adolescentes son de sexo masculino.

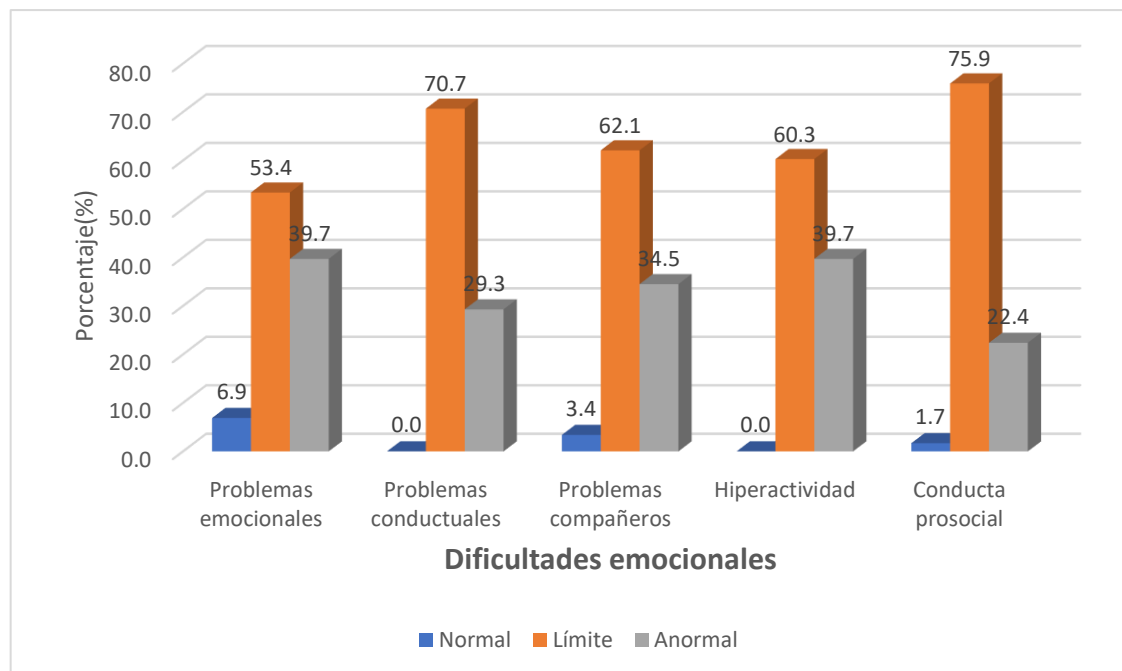
GRAFICO N. °3
DIAGNOSTICO DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO
ALIMENTARIOS DELSERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA DEL 2020 AL 2022



Fuente: Elaboración Propia.

El grafico N. °3 muestra que el 48.3% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del hospital regional Honorio Delgado Espinoza tiene anorexia, seguido del 24.1% con bulimia, el 20.7% presentaron trastorno alimenticio inespecífico, mientras que solo el 6.9% tiene trastorno por atracón.

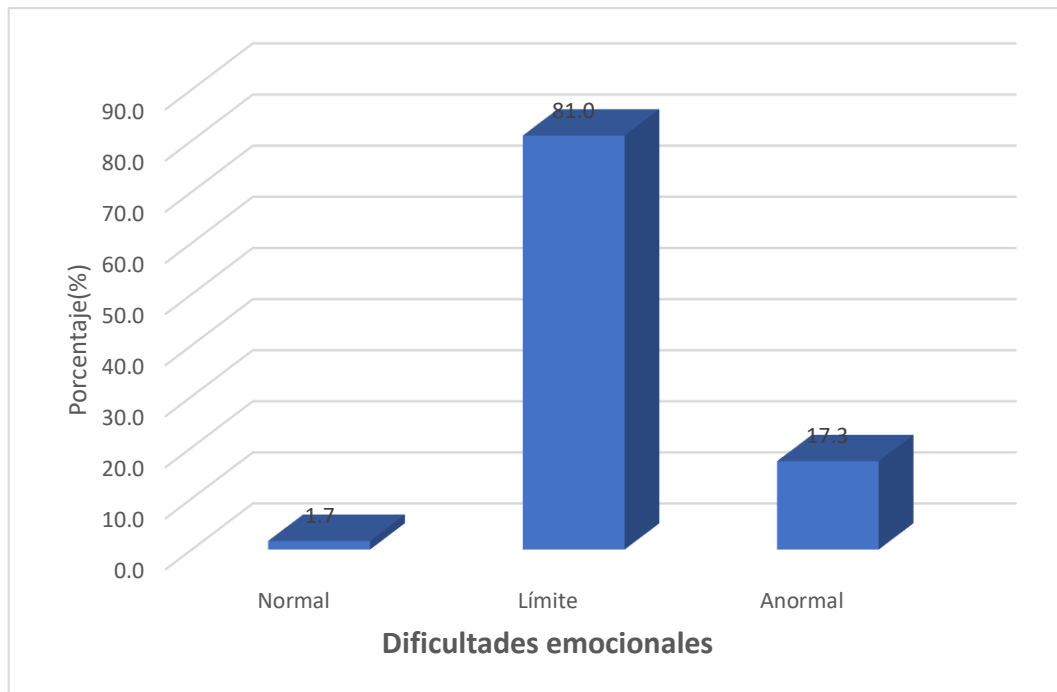
GRAFICO N. °4
TIPO DE DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES QUE TIENEN
LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N °4 muestra que en las cinco dimensiones: 1) Problemas Emocionales, 2) Problemas Conductuales, 3) Problemas con los Compañeros, 4) Hiperactividad, y 5) Conducta Prosocial; los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza se encuentran en la sección límite. El 53.4% presentan problemas emocionales, 70.7% presentan problemas conductuales, el 62.1% presentan problemas con compañeros, el 60.3% presentan hiperactividad y el 75.9% presentan conducta prosocial; todos estos al límite.

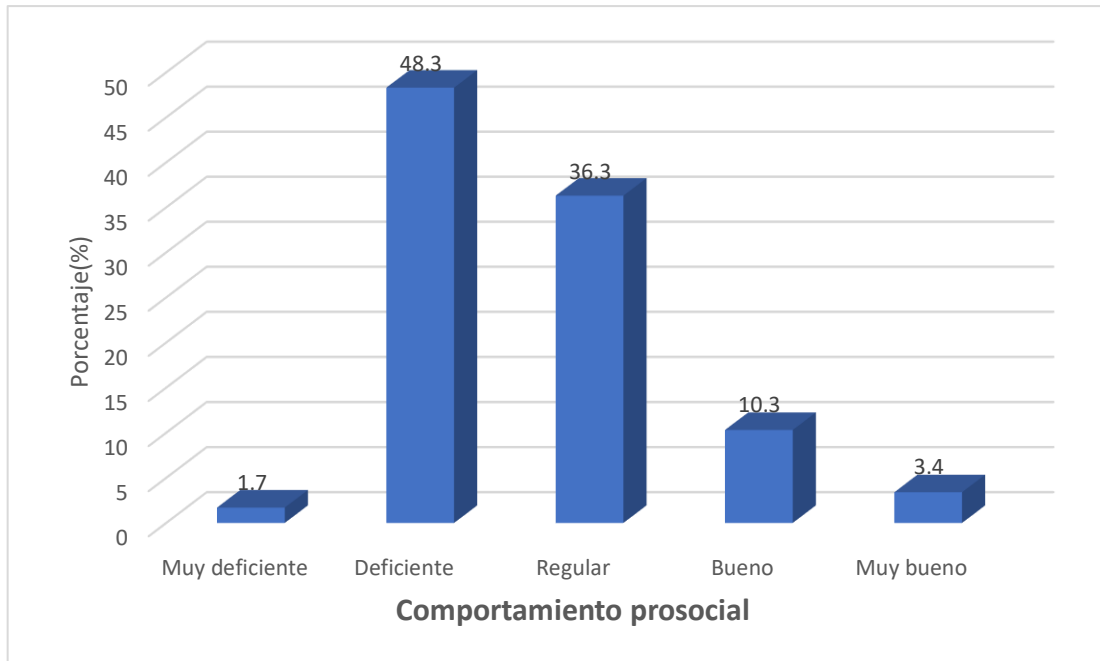
GRAFICO N. °5
DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N. °5 muestra que el 81.0% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen dificultades emocionales al límite, seguido del 17.3% de los adolescentes presentan nivel anormal de las dificultades emocionales, mientras que solo el 1.7% tienen nivel normal.

GRAFICO N. °6
NIVEL DE COMPORTAMIENTO PROSOCIAL QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA

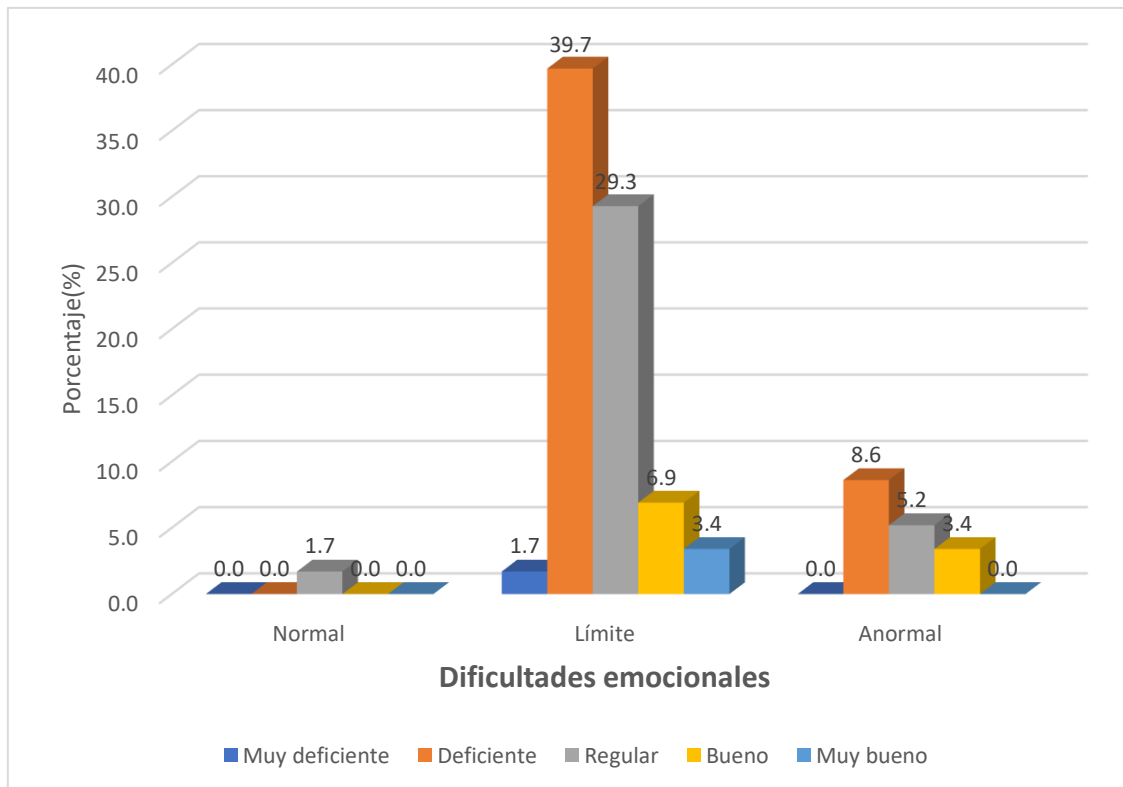


Fuente: Elaboración Propia.

El grafico N.º 6 muestra que el 48.3% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen comportamiento prosocial deficiente, seguido del 36.3% con comportamiento prosocial regular, el 10.3% tienen buen nivel, mientras que el 3.4% y el 1.7% presentan comportamiento prosocial muy bueno y muy deficiente respectivamente.

GRAFICO N. °7

**RELACIÓN ENTRE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES – CONDUCTUALES
Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNOS ALIMENTARIOS**



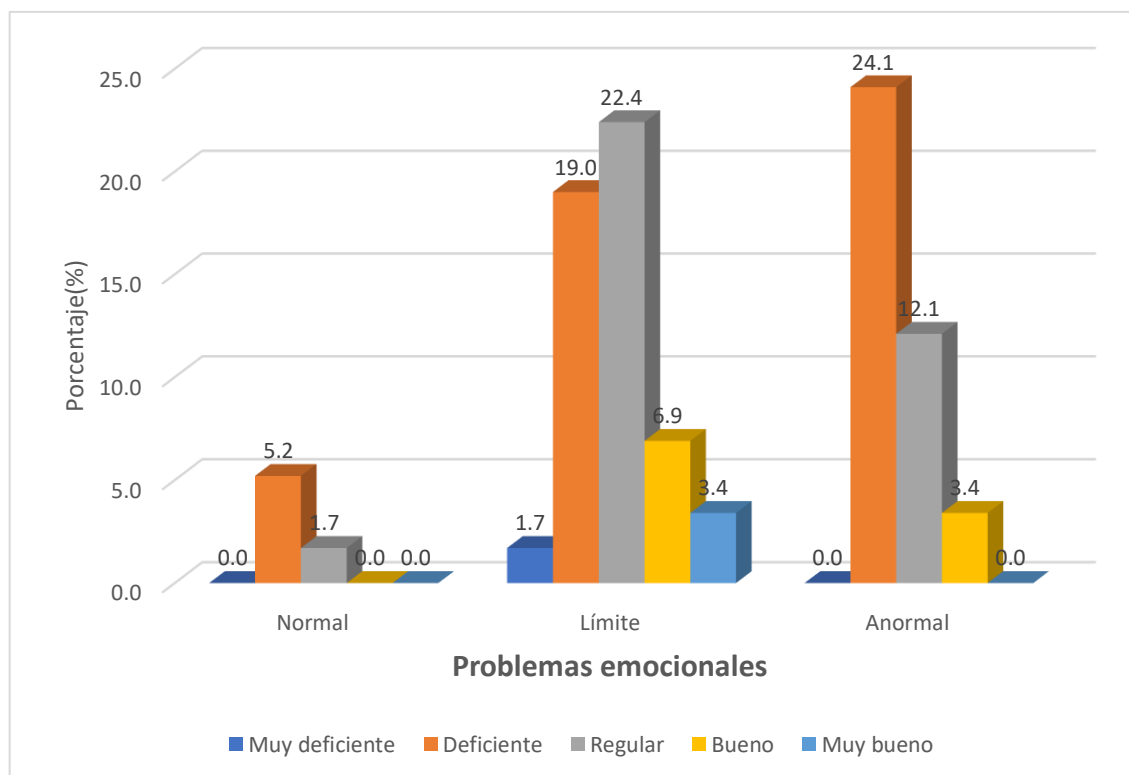
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=3.58 \quad P>0.05 \quad P=0.89$$

El gráfico N.º 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.58$) muestra que las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 39.7% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen comportamiento prosocial deficiente presentan dificultades emocionales al límite, mientras que el 5.2% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen dificultades emocionales de nivel anormal.

GRAFICO N. °8
RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y EL
COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
ALIMENTARIOS



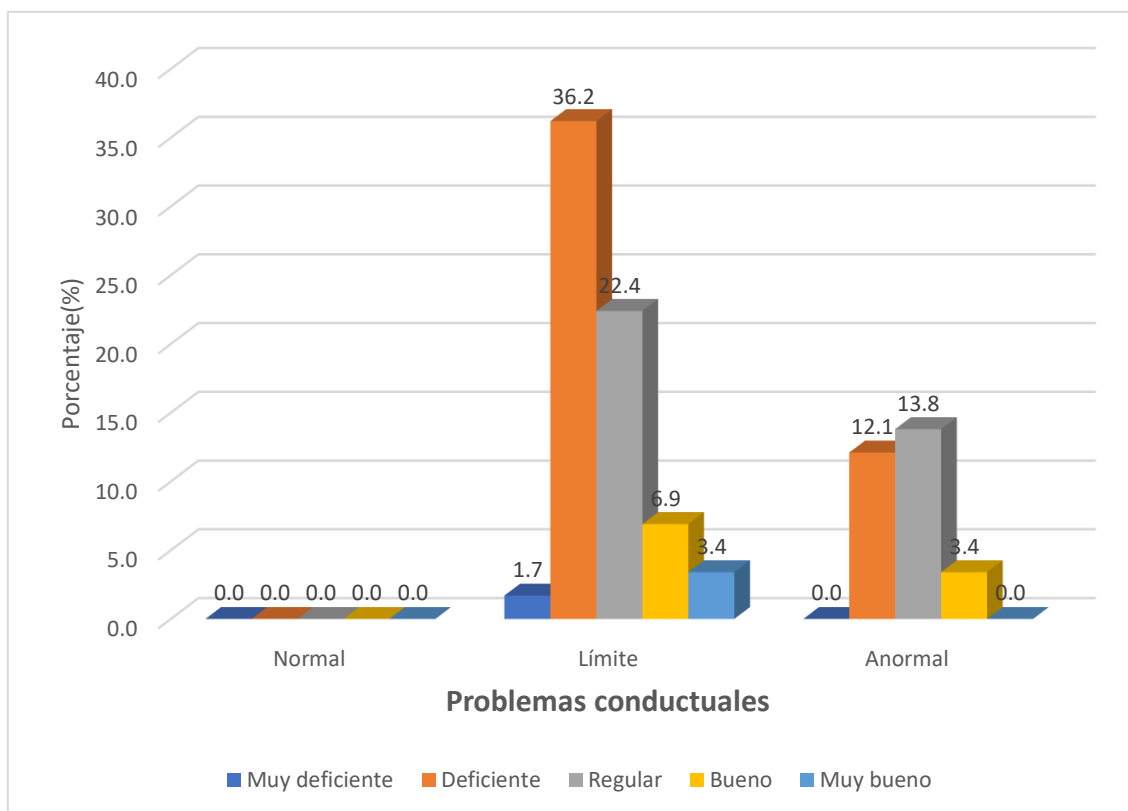
Fuente: Elaboración Propia.

$X^2=6.31$ $P>0.05$ $P=0.61$

El gráfico N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.31$) muestra que los problemas emocionales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 24.1% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que tienen comportamiento prosocial deficiente presentan problemas emocionales anormales, mientras que el 22.4% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen problemas emocionales al límite.

GRAFICO N. °9
RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EL
COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
ALIMENTARIOS



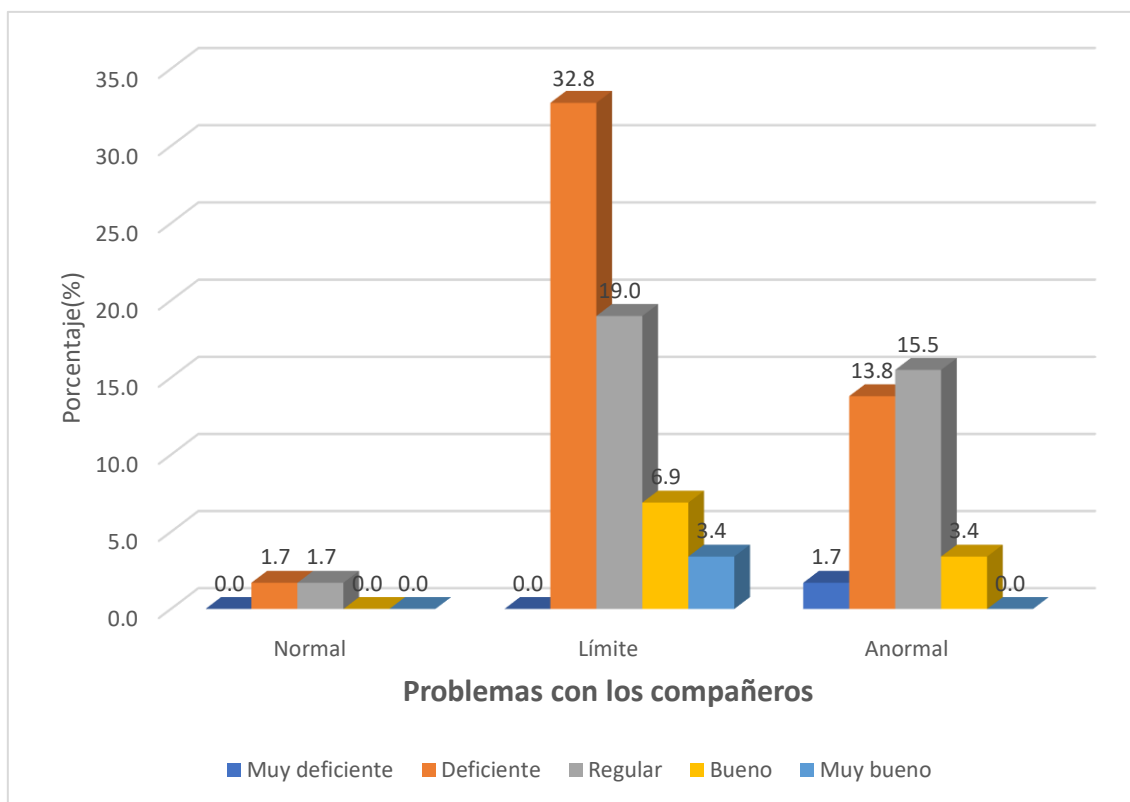
Fuente: Elaboración Propia.

$X^2=2.32$ $P>0.05$ $P=0.67$

El grafico N.º 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.32$) muestra que los problemas conductuales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 36.2% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que tienen comportamiento prosocial deficiente presentan problemas conductuales al límite, mientras que el 13.8% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen problemas conductuales anormales.

GRAFICO N. °10
RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS Y EL
COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
ALIMENTARIOS



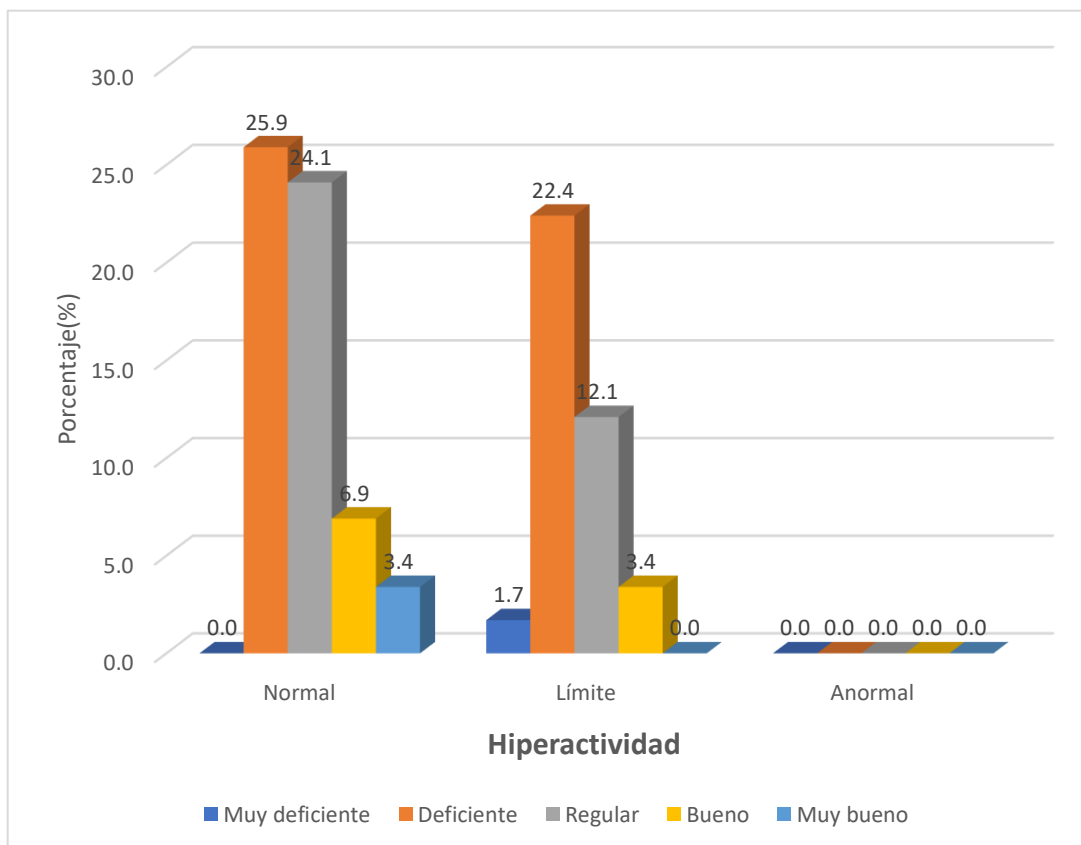
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=4.63 \quad P>0.05 \quad P=0.79$$

El grafico N.º. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.63$) muestra que los problemas con los compañeros y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 32.8% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que tienen comportamiento prosocial deficiente presentan problemas con los compañeros al límite, mientras que el 15.5% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen problemas con los compañeros anormales.

GRAFICO N °11
RELACIÓN ENTRE LA HIPERACTIVIDAD Y EL COMPORTAMIENTO
PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS



Fuente: Elaboración Propia.

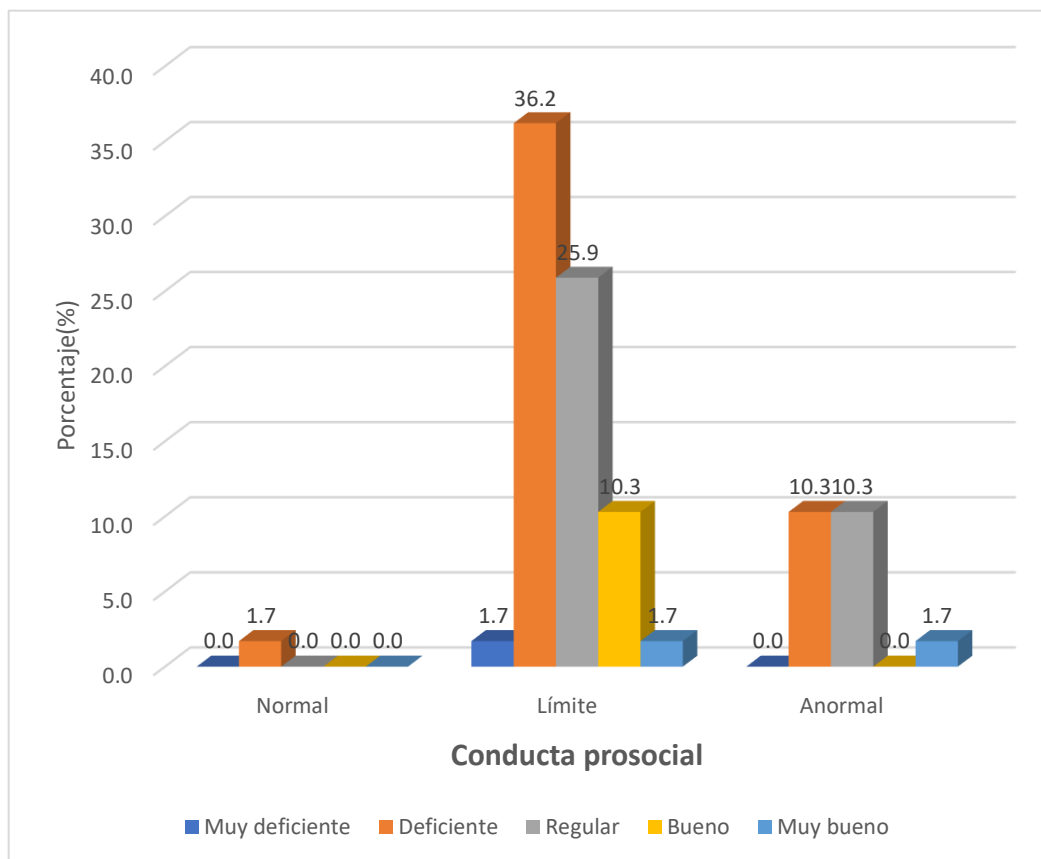
$$X^2=3.82 \quad P>0.05 \quad P=0.43$$

El grafico N. °11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.82$) muestra que la hiperactividad y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 25.9% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que tienen comportamiento prosocial deficiente presentan hiperactividad normal, mientras que el 12.1% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen hiperactividad al límite.

GRAFICO N.º 12

RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA PROSOCIAL Y EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS



Fuente: Elaboración Propia.

$X^2=4.45$ $P>0.05$ $P=0.81$

El grafico N.º 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.45$) muestra que la conducta prosocial y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 36.2% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que tienen comportamiento prosocial deficiente presentan conducta prosocial al límite, mientras que el 10.3% de adolescentes con comportamiento prosocial regular tienen conducta prosocial anormal.

DISCUSION

El presente estudio se realizó con el objetivo de establecer la relación entre las dimensiones de las dificultades emocionales – conductuales y las dimensiones del nivel de comportamiento prosocial de los adolescentes con trastornos alimentarios atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 2020 al 2022. El motivo del desarrollo de esta investigación fue debido a que otros estudios como el de Imran, N, sugirieron que la cuarentena estuvo asociada con un impacto negativo significativo y de gran alcance en el bienestar psicológico de los niños y adolescentes. Lo cual mellaría también en la salud mental de los adolescentes con trastornos mentales (91).

Con este fin se evaluaron a adolescentes diagnosticados con trastornos alimentarios mediante una encuesta para aplicar el cuestionario de dificultades y capacidades (SDQ) elaborado por Goodman y el cuestionario de comportamiento prosocial elaborado por Gonzáles. Se muestran variables mediante estadística descriptiva y se comparan con la prueba de chi cuadrado.

Con respecto a las características sociodemográficas en el presente estudio el 43.1% de los adolescentes tienen entre 15 a 17 años, seguido del 41.4% de adolescentes entre 18 a 19 años, mientras que solo el 15.5% tienen de 12 a 14 años, lo que se asemeja a lo encontrado por Portela de Santana en su revisión “La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia” en donde a pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia hay un consenso en que el período de la vida en que se tiene un riesgo mayor de trastornos alimentarios, es durante la adolescencia media y tardía (92). Además, se encontró que el 96.6% de los adolescentes son de sexo femenino, mientras que el 3.4% de los adolescentes son de sexo masculino, lo que se asemeja a lo descrito por Portela de Santana donde la mayor prevalencia de este trastorno es entre las adolescentes de sexo femenino, sin embargo, esto difiere con lo encontrado por Swanson y cols. Que realizó un estudio de adolescentes de 13 a 18 años, donde no encontró diferencias significativas a lo largo del tiempo entre ambos sexos (93).

Con respecto a los diagnósticos de los adolescentes con trastornos alimentarios, el 48.3% de los adolescentes tiene anorexia nerviosa, seguido del 24.1% con bulimia, el 20.7% presentaron trastorno alimenticio inespecífico, mientras que solo el 6.9% tiene trastorno por atracón. Estos hallazgos se correlacionan con los resultados obtenidos por Samatán-Ruiz y cols. En donde se realizó un estudio transversal descriptivo retrospectivo entre el 1 de enero

de 2019 y 31 de diciembre del 2020, cuya muestra de investigación comprendió adolescentes menores de 18 años con criterio diagnóstico de TCA descrito en el DSM-5: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), trastorno de rumiación, pica, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado o atípico (TCANE) obteniendo una muestra total de 132 pacientes. Según los resultados obtenidos por Samatán-Ruiz y cols. la anorexia nerviosa fue la patología predominante con un 53.5%, bulimia nerviosa 11.4%, trastorno por atracón 6.8%, trastorno alimentario no especificado o atípico del 27.3% y entre otros estudiados por el autor, pero no incluidos en este estudio, se encontró que: el trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria representó un 0.8% (94).

Respondiendo al primer objetivo específico se obtuvo que el 81.0% de los adolescentes tienen dificultades emocionales al límite, seguido del 17.3% de los adolescentes presentan nivel anormal de las dificultades emocionales, mientras que solo el 1.7% tienen nivel normal. Además, se obtuvo que en las cinco dimensiones: 1) Problemas Emocionales, 2) Problemas Conductuales, 3) Problemas con los Compañeros, 4) Hiperactividad, y 5) Conducta Prosocial; los adolescentes con trastornos alimentarios se encuentran en la sección límite mencionando especialmente que el 53.4% de los adolescentes con trastorno alimentarios presentan problemas emocionales al límite, el 60.3% tienen nivel límite en hiperactividad, y el 29.3% tienen problemas conductuales en nivel normal; para así poder compararlo con el estudio realizado por Yacelga, A. D. R. M., y cols. en su investigación “Relación entre las habilidades de adaptación conductual y las dificultades emocionales y comportamentales en adolescentes” que fue un estudio descriptivo y relacional de corte transversal, que incluyó adolescentes de 14 a 18 años del Cantón Ambato, con un total de 416 participantes, en donde se aplicó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) creado por Goodman y el Cuestionario de Habilidades de Adaptación Conductual (CHAC) de Martínez et. al. Obteniéndose como resultado de la medición de Capacidades y Dificultades realizadas a través del Cuestionario SDQ que: los problemas emocionales presentan una $M=3.68$; $Ds=2.12$: seguido de la hiperactividad con una $M=3,19$; $Ds=1.85$, lo que indica que, en dichas áreas, se encuentran al límite de lo normal ($M>3$). Por su parte, los problemas de conducta indican una $M=2.87$; $Ds=1.94$, es decir que están dentro de los rangos normales ($M>6$) lo que difiere del valor límite encontrado en nuestro estudio. Por su parte, a nivel global se observa una $M= 20.63$; $Ds=5.18$, lo que revela los adolescentes se encuentran al límite entre lo normal y patológico ($M>19$) (95).

Fonseca-Pedrero, E. y cols. en su investigación “Dificultades emocionales y conductuales y comportamiento prosocial en adolescentes: un análisis de perfiles latentes” en el que aplicaron el cuestionario de dificultades y capacidades (SDQ) obtuvieron como resultados que el 13,7% de los adolescentes se ubicó en la sección de puntaje límite, mientras que el 86,3% de la muestra se encontraba en la sección de puntaje normal y de este último: el 7,3% de los adolescentes obtuvieron puntajes que indicarían riesgo de problemas emocionales y de conducta. Ahora teniendo en cuenta las puntuaciones de la subescala SDQ, se observó que el 13,5% presentó puntuaciones altas en el apartado de problemas emocionales, un 8,5% en el apartado de problemas de conducta, un 6,1% en problemas con compañeros de clase, 16,5% en hiperactividad y 1,7% en comportamiento prosocial (14).

Sin embargo, estos resultados difieren con los hallazgos encontrados por Gatell- Carbó y cols. en su estudio “Estado de la salud mental infanto-juvenil durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19 y en el inicio del curso escolar 2020-2021” que estudio una población infantojuvenil de 5 a 14 años, con una muestra de 369 personas, a los que les aplicó el cuestionario de dificultades y capacidades (SDQ) obteniendo que el 20,9% de los infanto-adolescentes tienen dificultades emocionales al límite y anormal, mientras que el 79,1% tienen nivel normal, esta discrepancia puede deberse a la diferencia de edad de las muestras en ambos estudios (86).

Respondiendo al segundo objetivo específico el 48,3% de los adolescentes con trastornos alimentarios tienen comportamiento prosocial deficiente, seguido del 36,3% con comportamiento prosocial regular, el 10,3% tienen buen nivel, mientras que el 3,4% y el 1,7% presentan comportamiento prosocial muy bueno y muy deficiente respectivamente.

Lo que se puede comparar con el trabajo de investigación de Dionicio Acosta, V. “Relación entre la conducta prosocial y la autoestima en adolescentes de segundo grado de secundaria” Que realizó un estudio con adolescentes de 13 a 16 años, con un total de 28 participantes, en los que se aplicó el cuestionario de autoestima, el cuestionario de aislamiento y soledad de M. M. Casullo. y el cuestionario de conducta prosocial de Gonzáles dando como resultado en este último que la conducta prosocial en los adolescentes estudiados fue deficiente en el 53,57 %, lo que es expresión de dificultades en el desarrollo de la empatía, la sociabilidad, el respeto y la capacidad de liderazgo, seguido del 42,85% con comportamiento prosocial de buen nivel, 3,57% con comportamiento prosocial muy buena y no hubo adolescentes con comportamiento prosocial muy deficiente. Estos datos confirman la necesidad de reflexionar en relación con el fomento de conductas prosociales de manera especial en la adolescencia,

por la enorme importancia social que tienen las mismas. A si mismo en el trabajo de investigación de Dionicio Acosta, V. al cual citaremos nuevamente, se apreció que la subcategoría con más bajos resultados fue el liderazgo, lo que puede asociarse a la baja autoestima de muchos de estos adolescentes al poco reconocimiento de sus posibilidades y a los antecedentes de valoraciones negativas de sus conductas y formas de actuar que se estudiaron también en el trabajo de investigación de Dionicio Acosta, V. La otra subcategoría con un puntaje relativamente bajo es la empatía, es significativo que los propios menores tienen la tendencia de autovalorarse como poco simpáticos. Este aspecto también puede estar influenciado por vivencias negativas en relación con su afectividad en el medio familiar y escolar y refleja la tendencia de algunos menores al aislamiento y la soledad. Las subcategorías respeto y sociabilidad obtuvieron un valor promedio de 40.7, recordando que el puntaje regular en este test es de 48 a 72 puntos, pero que sin embargo según la autora no deja de ser relativamente bajo si se considera las potencialidades del grupo y el propio hecho de ser estudiantes (96).

Para responder al objetivo general se aplicó la prueba de chi cuadrado y se obtuvo que las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$) lo que podría ser debido a la limitación del tamaño muestral del presente estudio a causa del contexto de la pandemia por SARS COV 2 y su impacto en los servicios de salud.

En el trabajo de investigación realizado por Gómez, S. A y cols. “Impacto de la pandemia por Covid-19 en los servicios de salud mental en Argentina” en el que realizo un estudio observacional transversal, entre el 8 de mayo y el 30 de junio de 2020, se indagó por cambios en la demanda, en el proceso de atención y en la estructura de los servicios de salud, obteniendo en sus resultados que hubo una disminución inicial en la demanda, aunque destacaron que esta tendencia varió en el tiempo. La disminución inicial fue atribuida a la evitación de los servicios “por miedo a contagiarse”. También se destacaron cambios en los motivos de consulta, con un aumento de los cuadros de angustia, ansiedad, sensaciones de miedo y pánico, y de los casos de violencia. Estas nuevas problemáticas fueron significadas como “efectos del aislamiento”, y se estimó un aumento general en la gravedad de las consultas (97).

Además, en este estudio se menciona el cambio en el proceso de atención que se dio con la suspensión de las actividades programadas presenciales, tanto individuales como grupales. Quedando la atención presencial reservada para las situaciones de mayor urgencia; y en las

situaciones restantes, la atención comenzó a efectuarse de forma remota, mediante llamadas telefónicas o videollamadas (96).

Comparando este hallazgo, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza también se tuvo un cambio en la atención. En este establecimiento de salud se dejó de atender en consultorio externo desde abril del 2020 retomándose el mismo en setiembre del 2021, pero en reemplazo de este se creó la unidad de emergencia la cual sigue funcionando hasta el momento de redacción de este trabajo de investigación. Otro cambio ocurrido durante el contexto de la pandemia fue que las hospitalizaciones de los pacientes fueron más breves, esto según la perspectiva de profesionales de la salud del mismo establecimiento. Sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con los de un reporte estadístico reciente de EsSalud, en que se revela que los casos de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes se han duplicado durante el confinamiento. Según este estudio antes de la pandemia, de cada 10 pacientes que acudían al Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara, dos tenían trastornos de conducta alimentaria, pero durante la pandemia, de cada 10 consultas 5 tienen este diagnóstico, lo que denota que los casos se han duplicado (6).

Así mismo, es importante mencionar una conclusión del estudio de Gómez, S. A y cols. Siendo esta que, aunque el efecto de la pandemia también se aprecia en otros servicios de salud, este tiene particular gravedad en la atención de la salud mental porque aquí además la falta de contacto con referentes afectivos como lo son las visitas familiares, o el aislamiento durante el tratamiento, es contrario a los principios de la transformación de la atención en salud mental (97). A su vez, este cambio en la atención requerirá de monitoreo en el futuro para establecer si se trató de un hecho limitado en el tiempo, o con efectos en el largo plazo y, en este sentido, en la reforma de la atención de los pacientes con patologías de la salud mental en general (96).

CONCLUSIONES

PRIMERA. - Se aprecia que un 81.0% los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen dificultades emocionales al límite, seguido del 17.3% de los adolescentes que presentan un nivel anormal de dificultades emocionales, mientras que solo el 1.7% tienen nivel normal.

SEGUNDA. - Un 48.3% de los adolescentes con trastorno alimentarios del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen comportamiento prosocial deficiente, seguido del 36.3% con comportamiento prosocial regular, el 10.3% tienen buen nivel, mientras que el 3.4% y el 1.7% presentan comportamiento prosocial muy bueno y muy deficiente respectivamente.

TERCERA. - Las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis nula ya que no se pudo comprobar que exista relación significativa entre las dificultades emocionales – conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios, lo que podría ser debido a la limitación del tamaño muestral del estudio a causa del contexto de la pandemia por SARS COV 2.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: a promocionar la atención en el servicio de psiquiatría y a mejorar las medidas de bioseguridad por el contexto de la pandemia por SARS COV, para incentivar a la población, en especial a los pacientes con trastornos alimentarios, a acudir a este establecimiento de salud para su adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología.
2. A la jefa del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: es de interés seguir motivando a que los pacientes con patologías psiquiátricas, en especial los adolescentes con trastornos alimentarios tengan el contacto con referentes afectivos como lo son las visitas familiares si han de ser internados, aun en el contexto de aislamiento por la pandemia.
3. A los padres de los adolescentes diagnosticados con trastornos alimentarios acudir a los establecimientos de salud para el adecuado tratamiento y seguimiento de la patología de sus hijos.
4. A futuros investigadores: se sugiere realizar estudios sobre la relación de las dificultades conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios con poblaciones mayores en la región Arequipa para poder realizar una comparación con mayor significancia estadística, además de que la presente investigación es el primer estudio local que esta relación.

Además, se sugiere realizar estudios para poder examinar el impacto a largo plazo de la cuarentena y el cierre prolongado de escuelas en lo que respecta a dificultades emocionales- conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hay, P., Morris, J. Trastornos alimentarios. En Irarrazaval M, Martin A. eds Prieto-Tagle F, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <https://iacapap.org/content/uploads/H.1.-Tr-Alimenticios-Spanish-2018.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suiza: Datos y Análisis para los Objetivos de Desarrollo Sostenible Relativo a la Salud. Ginebra, 2018. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <https://www.who.int/gho/es>
3. Guadarrama, R., Mendoza, S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2018; (16): 3. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>
4. Salazar, L. Prevalencia de trastornos alimentarios: Anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca, 2018. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, 2019. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <http://www.unc.edu.pe>
5. Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia-Fundación Imagen y Autoestima. Simposio "Anorexia e Internet". ¿Estamos indefensos ante los peligros de internet? Barcelona, 2016. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <http://www.f-ima.org/es/>
6. Jaramillo, J. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2021. doi: <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>
7. Dawson, D., Strodl, E., Kitamura H. Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite*. 2022; 172: 105952. [Fecha de acceso: 27 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105952>
8. Trompeter, N., Bussey K., Forbes, MK., Mond, J., Hay, P., Cunningham, ML., Mitchison, D. Emotion dysregulation across the span of eating disorder symptoms:

- Findings from a community sample of adolescents. *Int J Eat Disord.* 2021; 54(11): 1946-1955. [Fecha de acceso: 27 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1002/eat.23609>
9. Branley-Bell, D., Talbot, C. "It is the only constant in what feels like a completely upside down and scary world": Living with an eating disorder during COVID-19 and the importance of perceived control for recovery and relapse. *Appetite.* 2021; 167: 105596. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105596>
 10. Branley-Bell, D., Talbot, CV. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders.* 2020; 8 (1): 40 – 44. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: [10.1186/s40337-020-00319-y44-44](https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y44-44)
 11. Dahlgren, CL., Stedal, K., Wisting, L. A systematic review of eating disorder prevalence in the nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychology.* 2018; 70 (3): 209-227 [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: [10.1080/19012276.2017.1410071](https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1410071)
 12. Talbot CV., Branley-Bell, D. BetterHealth: A qualitative analysis of reactions to the UK government's better health campaign. *Journal of Health Psychology.* 2021; 32 81): 10 – 13. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: [10.1177/13591053209855761359105320985576](https://doi.org/10.1177/13591053209855761359105320985576)
 13. Vuillier, L., May, L., Greville-Harris, M., Surman, R., Moseley, RL. The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: The role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of Eating Disorders.* 2021; 9 (1): 10, 11. [Fecha de acceso: 26 octubre, 2021] doi: [1186/s40337-020-00362-9](https://doi.org/10.1186/s40337-020-00362-9)
 14. Fonseca, E., Ortuño-Sierra, J., Pérez-Albéniz, A. Emotional and behavioural difficulties and prosocial behaviour in adolescents: A latent profile analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2020; 13 (4): 202-212. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.002>
 15. Diaz de Neira, M., Garcia-Nieto, R., de Leon-Martinez, V., Perez Fominaya, M., Baca-Garcia, E., y Carballo, J. J. Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2015; 8, 137-145. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: [10.1016/j.rpsmen.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.06.001)

16. Davies, SJ., Pearson, RM., Stapinski, L., Bould, H., Christmas, DM., Button, K. S., . . . Evans, J. Symptoms of generalized anxiety disorder but not panic disorder at age 15 years increase the risk of depression at 18 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) cohort study. *Psychological Medicine*. 2015; 1-13. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: 10.1017 / S003329171500149X.
17. Cullins, LM., Mian, AI. Global child and adolescent mental health: A Culturally informed focus. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015; 24, 823-830. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: 10.1016 / j.chc.2015.06.010.
18. Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Sastre i Riba, S. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). *Pap. Psicol.* 2016; 37(1): 14-26. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-150545>
19. Fernández- Abascal, EG. Disfrutar de las emociones positivas. Madrid: Editorial Grupo Fernández Abascal. 2015.
20. Oliva, A., Flores, MC. De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Behavioral Psychology*. 2015;23(2): 345-359.
21. Pree, Z., McRae, K., Gross, J. Regulación emocional. Wiley. 2015. [Fecha de acceso: 28 octubre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0112>
22. Giedd, JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004, 1021, 77-85.
23. Güemes, M., Ceñal, MJ., Hidalgo, MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2017; XXI (4): 233–244. [Fecha de acceso: 29 octubre, 2021] doi: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros>
24. Te Brinke, W., Schuiringa, HD., Matthys, W. Emotion regulation and angry mood among adolescents with externalizing problems and intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2021; 109: 103833. [Fecha de acceso: 29 octubre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103833>
25. Naragon-Gainey, K., McMahon, TP., Chacko, TP. La estructura de las estrategias comunes de regulación de las emociones: un examen metaanalítico. *Boletín psicológico*.

- 2017; 143: 384 - 427 [Fecha de acceso: 29 octubre, 2021] doi: 10.1037 / bul0000093.supp
26. te Brinke, LW., Schuiringa, HD., Menting, A., Deković, M., Castro, B. Un enfoque cognitivo versus conductual para el entrenamiento de la regulación de las emociones para externalizar los problemas de conducta en la adolescencia: protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorio. *Psicología BMC*. 2018; 6: 1 – 12. [Fecha de acceso: 29 octubre, 2021] doi: 10.1186 / s40359-018-0261-0
27. Ortuno-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Sastre i Riba, S., Muniz, J. Patterns of Behavioural and Emotional Difficulties through Adolescence: the Influence of Prosocial Skills. *Anal. Psicol.* 2017; 33 (1): 48-56. [Fecha de acceso: 31 octubre, 2021] doi: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
28. Goñi, E., Esnaola, I., Rodríguez, A., Camino, I. Autoconcepto personal y satisfacción con la vida en la adolescencia, juventud y adultez. *Psicothema*. 2015; 27, 52-58. [Fecha de acceso: 31 octubre, 2021] doi: <http://doi.org/10.7334/psicothema2014.105>.
29. Mestre, MV., Carlo, G., Samper, P., Tur-Porcar, AM y Mestre, AL. Evidencia psicométrica de una medida multidimensional de comportamientos prosociales para adolescentes españoles. *Revista de Psicología Genética*. 2015; 176 (4), 260-271. [Fecha de acceso: 31 octubre, 2021] doi: 10.1080 / 00221325.2015.1052726.
30. Noguera, E. Problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes en acogimiento familiar. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta 2019. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13251/4/2019>
31. Moreno, E., Pardo, Q. Funcionalidad Familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la Disciplina*. 2014. Colombia.
32. Gasol, X., Navarro-Haro MV., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-Ribera, C., Gasol-Colomina, M. Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 01, 03; 19(1). [Fecha de acceso: 27 marzo, 2022] doi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/494/htm>

33. Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, T., Thompson, A., Eyden, J., Preet-Singh, S. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Psychol. Med.* 2015, 45, 1–5. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2022] doi: 10.1017/S0033291715000318.
34. Turton, H., Berry, K., Danquah, A., Pratt, D. The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2021, 5, 100136. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100136>
35. González, M. Conducta Prosocial: Evaluación e Intervención. Madrid: Morata. 1992.
36. Arias W. Conducta prosocial y psicología positiva. *Av.psicol.* 2015; 23(1): 37 – 47. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Walter_Arias.pdf
37. Castagna, PJ., Waschbusch, DA. The Importance of Assessing Impairment Associated With Limited Prosocial Emotions. *Behav Ther.* 2021; 52(5): 1237-1250. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2022] doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.02.002>
38. Cuadra-Martínez, D., Salgado-Roa, J. Comportamiento prosocial en una escuela chilena: Una intervención basada en la subjetividad del estudiantado. *Revista Electrónica Educare.* 2020; 24(2), 148-169. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2022] doi: <https://www.redalyc.org>
39. Nelson-Coffey, K., O'Brien, MM., Braunstein, M., Mickelson, KD., Ha, T. Health behavior adherence and emotional adjustment during the COVID-19 pandemic in a US nationally representative sample: The roles of prosocial motivation and gratitude. *Soc Sci Med.* 2021; 284: 114243. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114243>
40. Tsou, Y., Li, B., Wiefferink, CH., Frijns, JM., Rieffe, C. The Developmental Trajectory of Empathy and Its Association with Early Symptoms of Psychopathology in Children with and without Hearing Loss. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2021;49(9): 1151-1164. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2022] doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-021-00816-x>

41. Mitchison, D., Hay, PJ. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol.*2014;6:89–97. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841>
42. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, HC., Agras, WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull.* 2004;130(1):19–65. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
43. Lie, S., Bulik, C., Andreassen A., Ro, O., Bang, L. Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1): 501. [Fecha de acceso: 2 noviembre, 2021] doi: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03499-2>
44. Molendijk, M., Hoek, H., Brewerton, T., Elzinga, B. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response metaanalysis. *Psychol Med.* 2017;47(8):1402–16. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>.
45. Spiegel, J., Arnold, S., Salbach, H, et al. Emotional abuse interacts with borderline personality in adolescent inpatients with binge-purging eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2021. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01142-3>.
46. Brewerton, TD., Perlman, MM., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J., Bunnell, DW. The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *Int J Eat Disord.* 2020;53(12):2061–6. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1002/eat.23401>.
47. Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busattam D., et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry.* 2020;43(3):314–23. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>.
48. Carter, JC., Bewell, C., Blackmore, E., Woodside, DB. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse Negl.* 2006;30(3):257–69. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004>

49. Longo, P., Bertorello, A., Panero, M., Abbate-Daga, G., Marzola, E. Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. *Eur J Psychotraumatol.* 2019;10(1):1682930. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682930>
50. Dworkin, E., Javdani, S., Verona, E., Campbell, R. Child sexual abuse and disordered eating: the mediating role of impulsive and compulsive tendencies. *Psychol Violence.* 2014;4(1):21–36. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1037/a0031779>.
51. Brewerton, TD., Cotton, BD., Kilpatrick, DG. Sensation seeking, binge-type eating disorders, victimization, and PTSD in the National Women's study. *Eat Behav.* 2018;30:120–4. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.07.001>.
52. Yilmaz, Z., Hardaway, JA., Bulik, CM. Genetics and epigenetics of eating disorders. *Adv Genomics Genet.* 2015;5:131–50. [Fecha de acceso: 3 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.2147/AGG.S55776>.
53. Watson, HJ., Yilmaz, Z., Thornton, LM., Hübel, C., Coleman, JRI., Gaspar, HA., et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet.* 2019;51(8):1207– 14. [Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
54. Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., Carrà, G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2016;78(1):79–90. [Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000000>
55. Chen, LP., Murad, MH., Paras, ML., Colbenson, KM., Sattler, AL., Goranson, EN., et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618–29. [Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
56. Romito, P., Cedolin, C., Bastiani, F., Saurel-Cubizolles, MJ. Disordered eating behaviors and sexual harassment in Italian male and Female University students. *J Interpers Violence.* 2019;34(14):2960–74. [Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1177/0886260516664315>

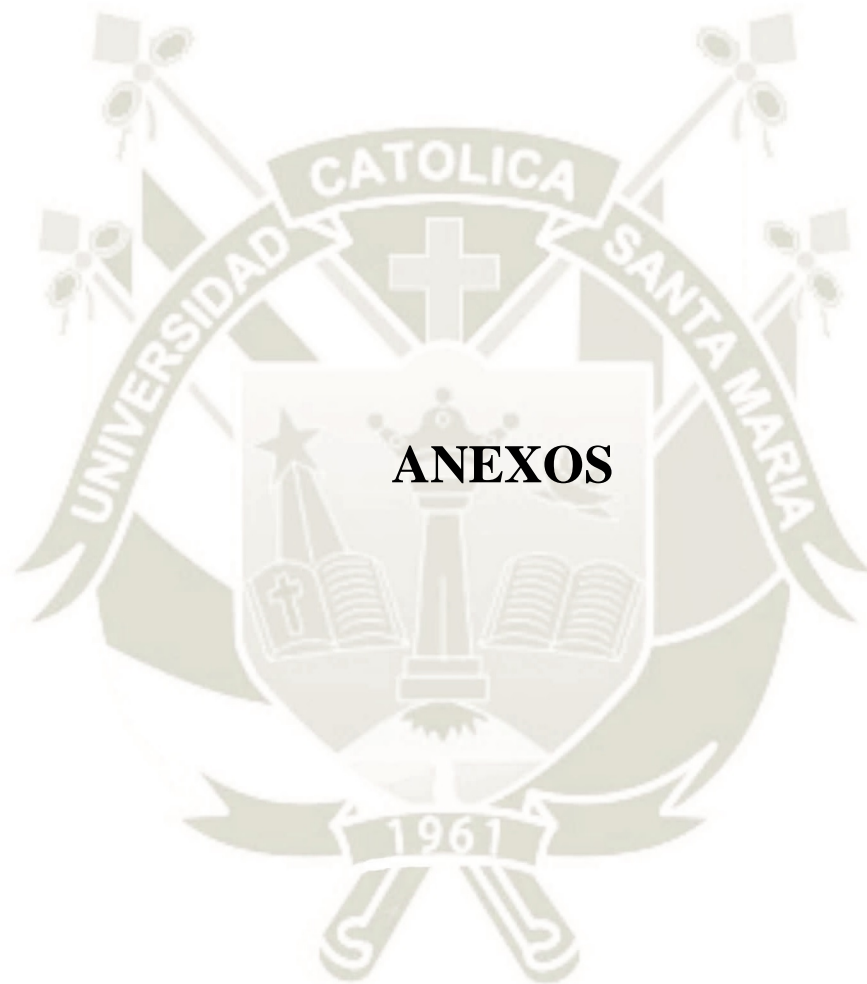
57. Hedman, A., Breithaupt, L., Hübel, C., Thornton, LM., Tillander, A., Noring, C., et al. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(7):803 –12. Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12958>
58. Zerwas, S., Larsen, JT., Petersen, L., Thornton, LM., Quaranta, M., Koch, SV., et al. Eating disorders, autoimmune, and autoinflammatory disease. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20162089. [Fecha de acceso: 4 noviembre, 2021] doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2089>
59. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
60. Tapajóz, F., Soneira, S., Allegri, R. El funcionamiento cognitivo como endofenotipo de la anorexia nerviosa. Estudio en familiares no afectados por la enfermedad. *Interdisciplinaria*. 2022; 39(1), 113-126. [Fecha de acceso: 29 marzo, 2021] doi: <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.7>
61. Wasniewska, M., Li, A. Does anorexia nervosa with adolescent onset need long-term follow-up? *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2022; 28(1): 1-3. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: <https://doi.org/10.5114/pedm.2022.113814>
62. Giel, KE., Behrens, SC., Schag, K., et al. Efficacy of post-inpatient aftercare treatments for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Eat Disord* 2021; 9: 129. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: [10.1186/s40337-021-00487-5](https://doi.org/10.1186/s40337-021-00487-5).
63. Georgii C., Eichin, K., Richard, A., Schnepfer, R., Naab, S., Voderholzer, U., Treasure, J., Blechert, J. I change my mind to get better: Process tracing-based microanalysis of food choice processes reveals differences between anorexia nervosa and bulimia nervosa during inpatient treatment. *Appetite*. 2022; 168: 105745. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105745>
64. Keeler, J., Chami, R., Cardi, V., Hodsoll, J., Bonin, E., MacDonald, P., Treasure, J., Lawrence, N. App-based food-specific inhibitory control training as an adjunct to treatment as usual in binge-type eating disorders: A feasibility trial. *Appetite*. 2022; 168: 105788. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105788>

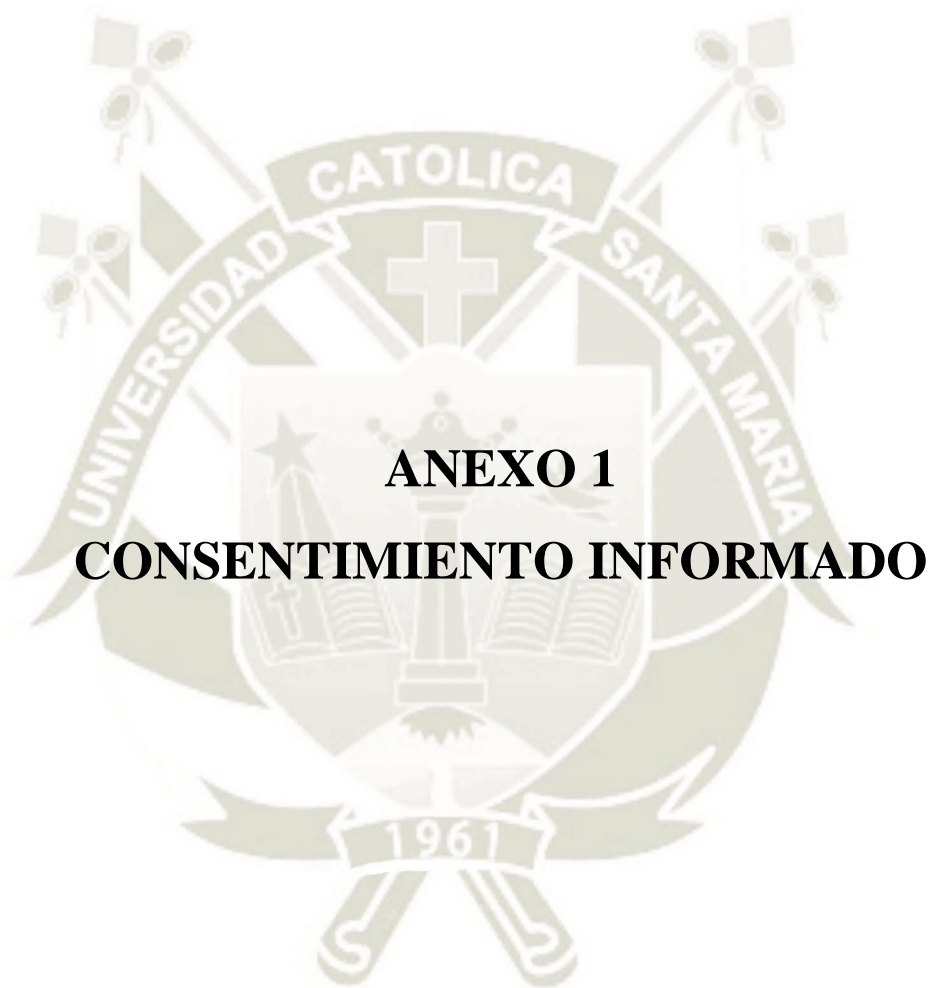
65. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavolacci, MP. Prevalencia de los trastornos alimentarios durante el período 2000-2018: una revisión sistemática de la literatura. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2019; 109 (5): 1402-1413. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: 10.1093/ajcn/nqy342
66. Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., Firth, J., Fuller-Tyszkiewicz, M. Intervenciones de salud mental electrónica para el tratamiento y la prevención de los trastornos alimentarios: una revisión sistemática actualizada y un metaanálisis. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*. 2020; 88 (11): 994. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: <https://www.redalyc.org/pdf>
67. Heno P. Enfoque actual de los trastornos alimentarios: una actualización clínica. *Internal Medicine Journal*. 2020. 50(1):24-29. [Fecha de acceso: 23 febrero, 2021] doi: 10.1111/imj.14691.
68. Derenne, J. Trastornos de la alimentación en jóvenes en edad de transición. Niño Adolesc. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2019, 28, 567–572. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31443875/>
69. Yu, Z., Tan, M. Conductas alimentarias desordenadas y adicción a la comida entre estudiantes universitarios especializados en nutrición. *Nutrients*. 2016; 8: 673.
70. Martínez-González, L., Fernández, T., Molina de la Torre, AJ., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., Mateos, R., Martín, V. Prevalencia de trastornos alimentarios en universitarios españoles y factores asociados: proyecto Unihcos. *Nutr. Hosp.* 2014; 30: 927–934. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://scielo.isciii.es/scielo.php>
71. Beaudry, KM., Ludwa, IA., Thomas, AM., Ward, WE., Falk, B., Josse, AR. La universidad de primer año se asocia con un mayor peso corporal, composición corporal y cambios dietéticos adversos en hombres que en mujeres. *PLoS ONE* 2019; 14: e0218554. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://g-se.com/>
72. Todisco, P., Donini, L. Trastornos de la alimentación y obesidad (ED&O) en la tormenta COVID-19. *Come. Trastorno de peso. Journal. Anorex.* 2021; 26 , 747–750.
73. Vila-Martí, A., Elío, I., Sumalla-Cano, S. Eating Behavior during First-Year College Students, including Eating Disorders-RUVIC-RUNEAT-TCA Project. Protocol of an Observational Multicentric Study. *Int J Environ Res Public Health*; 2021; 18 (18): 08 - 09. [Fecha de acceso: 25 febrero, 2022] doi: 10.3390/ijerph18189457

74. Hilbert, A., Hoek, HW., Schmidt, R. Guías clínicas basadas en la evidencia para trastornos alimentarios: internacional comparación. *Curr Opin Psiquiatría*. 2017;30: 423–37. [Fecha de acceso: 25 febrero, 2022] doi: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_
75. Hay, PJ., Touyz, S., Claudino, AM., Lujic, S., Smith, CA., Madden, S. Paciente hospitalizado versus atención ambulatoria, hospitalización parcial y lista de espera para personas con trastornos alimentarios. Revisión del sistema de la base de datos Cochrane2019; CD010827. [Fecha de acceso: 25 febrero, 2022] doi: <https://www.cochrane.org/es/CD010827/DEPRESSN>
76. Fairburn, CG. Terapia de comportamiento cognitivo y Trastornos de la Alimentación. Nueva York: Guilford Prensa; 2018.
77. Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, HC., Brockmeyer, T., Coment, G., Hagenah, U. et al. Tratamiento psicoterapéutico para anorexia nerviosa: una revisión sistemática y metanálisis en red. *Psiquiatría frontal*. 2018;9: 158. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
78. Attia, E., Steinglass, JE., Walsh, BT., Wang, Y., Wu, P., Schreyer, C. et al. Olanzapina versus placebo en pacientes adultos ambulatorios con anorexia nerviosa: un ensayo clínico aleatorizado. *AM J Psiquiatría*. 2019;176: 449–56. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18101125.
79. Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B.,Vocks, S. y cols. Metanálisis de la eficacia de tratamientos psicológico y médicos para el trastorno por atracón. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87:91–105.
80. Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Clarke, S., Touyz, S., Hay, P., Kohn, MR. Resultados de un protocolo de realimentación rápida en la anorexia nerviosa en adolescentes. *J. eat. Disorder*. 2015;3: 8. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: 10.1186/s40337-015-0047-1
81. Shorr, M., Klibanski, A. Anorexia nervosa and bone. *Curr Opinión Endocr. Metab*. 2018;3:74–82. [Fecha de acceso: 26 febrero, 2022] doi: 10.1016/j.coemr.2018.01.002.
82. Eddy, KT., Tabri, N., Thomas, JJ., Murray, HB., Keshaviah, A., Hastings, E. et al. Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year followup. *J Clin*

- Psychiatry* 2017; 78: 184–9. [Fecha de acceso: 3 marzo, 2022] doi: 10.4088/JCP.15m10393.
83. Vall, E., Wade, TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 946– 71. [Fecha de acceso: 3 marzo, 2022] doi: 10.1002/eat.22411.
84. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment Full guideline. 2017. [Fecha de acceso: 3 marzo, 2022] doi: <https://www.nice.org.uk/guidance/>
85. Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., Álvarez Valbuena, V., Jáuregui-Lobera, I. Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *J. negat. no posit. Results*. 2020; 5(5): 504-534. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-194126>
86. Gatell-Carbó, A., Alcover-Bloch, E., Balaguer-Martínez, J. V., Pérez-Porcuna, T., Esteller-Carceller, M., Álvarez-García, P., & Fortea-Gimeno, E. Estado de la salud mental infantojuvenil durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19 y en el inicio del curso escolar 2020-2021. *In Anales de Pediatría*. 2021.
87. Cavero, Y. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Presentación de María, Comas – 2020. [Tesis de pregrado] Universidad César Vallejo. Lima, 2020. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle>
88. Ramírez, S. Incremento de anorexia en adolescentes de 15 a 19 años de edad pertenecientes al sector socio económico A-B de Lima metropolitana, como consecuencia del fenómeno influencer en Instagram. [Tesis de pregrado] Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, 2019. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8896/1/2019_Ramirez-R%C3%ADos.pdf
89. Olivares, R. Comportamiento prosocial en relación al desarrollo de la identidad en estudiantes del VII ciclo de una institución educativa de Ica, 2017. [Tesis de postgrado] Universidad César Vallejo. Ica, 2018. [Fecha de acceso: 5 noviembre, 2021] doi: <https://repositorio.ucv.edu.pe/>
90. Trujillo, L. Percepción de los padres sobre las capacidades conductuales y emocionales en niños del 3° al 5° grado de Primaria de la I.E. San José, El Agustino 2020. [Trabajo

- Académico para optar el Título de Especialista en Salud Mental y Psiquiatría] Universidad Norbert Wiener. Lima, 2020. [Fecha de acceso: 9 noviembre, 2021]
91. Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H., & Naveed, S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan journal of medical sciences*, 2020. vol. 36, no 5, p. 1106.
 92. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 2012. vol. 27, no 2, p. 391-401.
 93. Swanson SA, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011. vol. 68, no 7, p. 714-723.
 94. Samatán-Ruiz, E. M., & Ruiz-Lázaro, P. M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2021, vol. 38, no 1, p. 40-52.
 95. Yacelga, A. D. R. M., & Márquez, L. A. Relación entre las habilidades de adaptación conductual y las dificultades emocionales y comportamentales en adolescentes. *Revista UNIANDÉS Episteme*. 2021. vol. 8, no 3, p. 364-378.
 96. Dionicio Acosta, V. Relación entre la conducta prosocial y la autoestima en adolescentes de segundo grado de secundaria [Doctoral dissertation, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas]. 2007.
 97. Gómez, S. A., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. Impacto de la pandemia por Covid-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2021. vol. 13, p. 8-8.





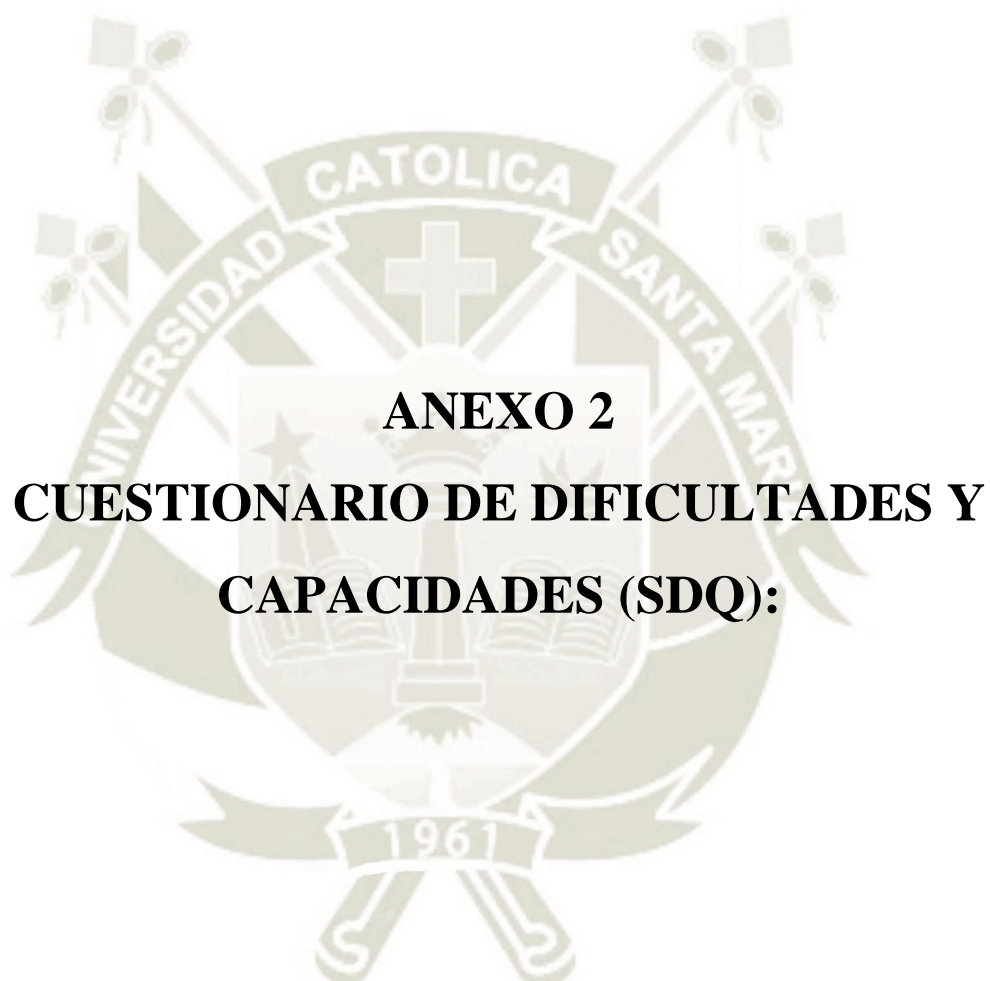
Yo,,
Acepto que mi menor hijo (a) participe voluntariamente en este estudio de investigación, que realiza la señorita Juárez Huanca Cynthia Belsha, asimismo señalo que he recibido información acerca del objetivo de este estudio. He comprendido las explicaciones que se me han brindado y he tenido oportunidad de resolver las dudas y preguntas que he realizado y la participación de mi hijo (a) en el mismo. También comprendo que su participación consiste solamente en dar respuesta a los instrumentos planteados y que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado /a que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que mi menor hijo (a) participe en el estudio de Investigación: **“Relación entre las dificultades emocionales - conductuales y el comportamiento prosocial en adolescentes con trastornos alimentarios. Servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa del 2020 al 2022”** contestando las preguntas de los cuestionarios considerando que los datos que se deriven de su participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de del 202...

Nombre:

DNI :



ANEXO 2
CUESTIONARIO DE DIFICULTADES Y
CAPACIDADES (SDQ):

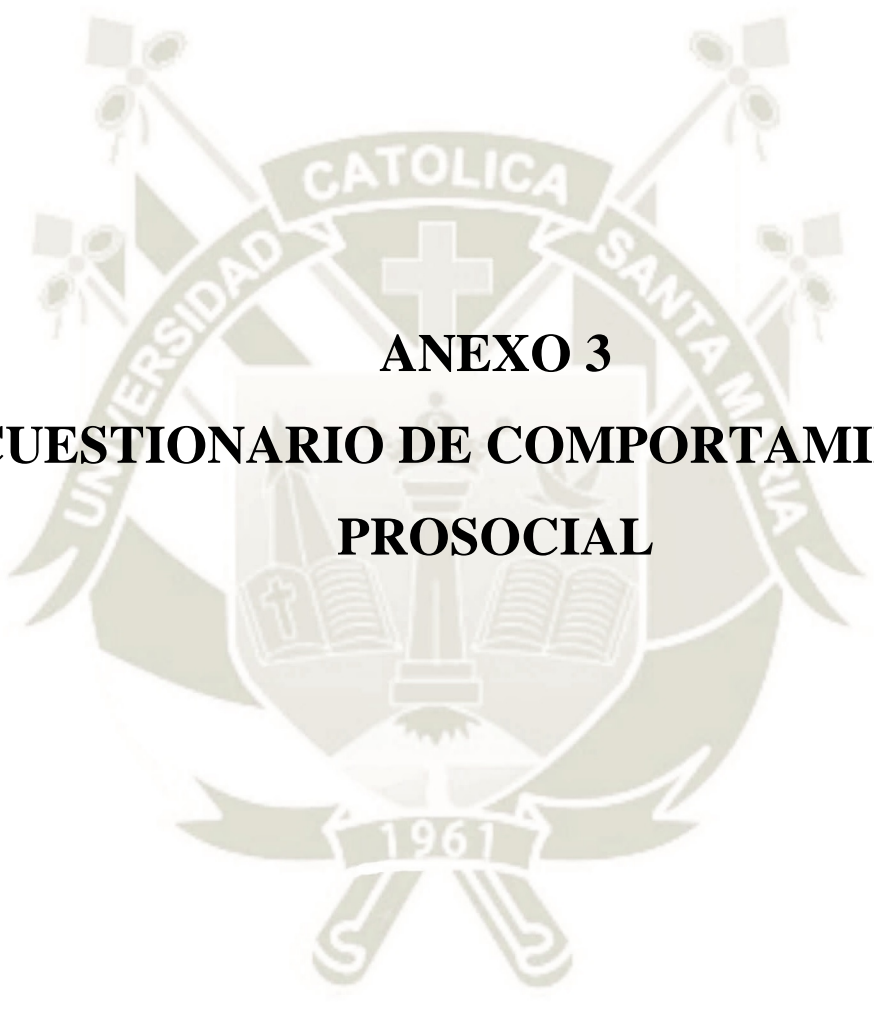
Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones, por favor marque con una X la alternativa que más se aproxime a su realidad.

Nº	Ítem	No, nada 0	A veces 1	Si, siempre 2
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
2	Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo			
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas			
4	Comparte frecuentemente sus cosas (útiles de escritorio, accesorios) con otros chicos /as			
5	Frecuentemente tiene tristezas o mal genio			
6	Es más bien solitario/a y tiende a estar solo/a			
7	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
8	Tiene muchas preocupaciones, a menudo está inquieto/a o preocupado/a			
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo			
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a			
11	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
12	Pelea con frecuencia con otros chicos/as o se mete con ellos/as			
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso/a			
14	Por lo general cae bien a los otros chicos/as			
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
16	Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a			
17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as			
18	A menudo miente o engaña			
19	Los otros chicos/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella			

20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros chicos/as)			
21	Piensa las cosas antes de hacerlas			
22	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
23	Se lleva mejor con adultos que con otros chicos/as			
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

Fuente: Trujillo, (2020) (90)





ANEXO 3
CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO
PROSOCIAL

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones, por favor marque con una X la alternativa que más se aproxime a su realidad.

ITEMS	Nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2	Siempre 3
Empatía				
1. Cuando alguien tiene problemas me preocupo.				
2. Cuando ofenden a algún compañero, lo defiendo.				
3. Cuando alguien se equivoca o hace algo incorrecto lo corrijo intentando no ofenderlo.				
4. Ayudo a los que tienen problemas.				
5. Colaboro para que se trabaje mejor y con más interés.				
6. Ayudo a los demás dándoles ideas nuevas.				
7. Me preocupo porque nadie quede olvidado o ignorado.				
8. Me intereso por lo que puede sucederles a mis compañeros.				
9. Cuando alguien es rechazado o ignorado, me acerco para ayudarlo.				
10. Aunque esté haciendo algo, lo dejo si alguien necesita ayuda.				
Respeto				
11. Evito insultar a los demás				
12. Soy honrado/a y honesto /a.				
13. Cuando hago algo mal, lo reconozco.				
14. Cuando me hablan, presto atención.				
15. Soy respetuoso/a.				
16. Cuando hablo con los mayores, lo hago con respeto				
17. Cuando ofendo o molesto, pido disculpas.				
18. Tengo paciencia con los errores o las equivocaciones de los demás.				

19. Sé cuándo tengo que hablar y cuándo tengo que callar.				
20. Respeto la opinión de los demás.				
Sociabilidad				
21. Me gusta más trabajar en grupo que solo/a.				
22. Cuando me necesitan, aliento a mis amigos y compañeros.				
23. Soy agradable.				
24. Soy alegre.				
25. A mis amigos y compañeros les gusta como hago las cosas.				
26. Me gusta hablar con mis amigos y compañeros.				
27. Cuando tengo que esperar, lo hago sin ponerme nervioso.				
28. Me entiendo bien con mis compañeros.				
29. Tengo buenos amigos.				
30. No me gusta estar solo/a.				
Liderazgo				
31. Cuando hay que hacer algo, tomo la iniciativa para empezar.				
32. Hablo bien, tengo facilidad de palabra.				
33. Me gusta organizar grupos de trabajos.				
34. Me gusta dirigir trabajos en grupo.				
35. Me gusta decir o sugerir lo que tienen que hacer los demás.				
36. Me gusta organizar cosas nuevas.				
37. Tengo confianza en mí mismo/a.				
38. Hago las cosas con seguridad.				
39. Evito ponerme nervioso/a cuando me llaman la atención.				
40. Consigo todo lo que me propongo.				

Edad:..... Sexo: () Masculino () Femenino

Diagnóstico de trastorno alimentario: () Anorexia nerviosa () Bulimia nerviosa
() Trastorno por atracón () Trastorno de conducta alimentaria inespecífico.

Fuente: Gonzáles (1992) (35)





ANEXO 4
MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

ID	Edad	Sexo	DIFICULTADES Y CAPACIDADES																									
			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	
1	17	2	2	1	0	1	0	0	2	1	2	0	1	0	0	2	0	0	2	0	1	2	2	0	1	0	2	
2	19	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	
3	16	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	
4	18	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	1	1	
5	17	2	1	1	0	1	2	0	1	1	2	1	2	0	1	1	2	1	2	1	0	1	0	0	1	1	1	
6	18	2	1	1	2	2	0	1	1	1	0	2	2	2	1	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	
7	16	2	1	1	1	2	0	0	2	1	1	1	0	3	1	0	1	0	1	3	0	0	1	1	3	1	1	
8	18	2	0	2	2	0	2	2	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	2	1	0	2	0	2	1	2	
9	15	2	0	2	2	1	1	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	0	2	0	1	2	0	
10	18	2	0	1	2	0	2	2	1	1	1	0	0	1	2	1	0	1	1	2	1	0	0	2	1	1	2	
11	19	2	0	2	2	0	2	2	2	2	1	1	0	0	2	1	0	2	2	2	2	1	0	0	2	0	2	
12	16	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	0	2	0	1	2	1	1	0	1	0	0	2	2	0	
13	19	2	2	0	1	1	1	1	2	1	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0	2	1	2	
14	15	2	2	1	2	0	2	2	1	1	0	0	0	1	2	1	2	2	2	2	1	0	0	0	0	2	0	
15	15	2	1	2	2	1	0	1	2	1	1	0	2	1	2	1	1	1	2	2	2	0	2	1	2	2	2	
16	18	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	
17	19	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	2	1	2	1	1	0	1	2	1	1	2	0	2	1	1	
18	16	2	1	0	1	0	1	2	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	2	1	2	1	1	
19	14	2	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	
20	15	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	1	0	1	0	2	2	1	1	2	0	1	0	0	2	1	
21	18	2	1	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1	2	1	1	1	2	0	2	1	1	
22	19	2	2	2	2	1	2	0	0	2	0	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	0	2	1	0	2	1	
23	12	2	1	0	2	1	2	1	0	2	0	0	2	1	2	1	1	2	1	2	2	0	2	1	0	2	1	
24	18	2	2	0	0	0	1	1	0	2	2	0	2	0	1	0	1	2	2	2	2	2	1	2	0	0	2	2

25	13	2	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2	1	2	2	1	1	1	1	2	0	1	2	1	
26	17	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	0	2	0	1	2	1	
27	19	2	1	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	1	2	2	2	2	0	0	0	0	2	1	
28	16	1	1	2	2	1	0	1	0	2	1	2	2	0	2	2	0	2	1	1	1	2	2	1	1	0	2	
29	16	2	1	1	0	2	0	0	2	0	2	0	2	0	1	1	0	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	
30	16	2	1	2	2	0	2	2	1	2	1	1	1	0	2	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	2	0	
31	19	2	2	0	0	0	1	1	2	2	1	0	0	0	2	1	1	2	2	2	1	1	2	0	1	2	1	
32	16	2	2	0	0	1	1	1	0	2	1	0	1	0	2	1	2	2	2	2	0	1	2	0	2	2	1	
33	13	2	2	0	1	2	1	1	1	2	1	0	0	0	2	1	1	2	2	2	1	1	2	0	2	2	2	
34	18	2	1	2	2	1	2	2	0	2	0	1	0	0	2	1	2	2	2	2	1	0	2	0	2	2	1	
35	17	2	1	1	2	1	2	2	0	1	1	0	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	2	0	2	2	1	
36	14	2	1	2	2	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	1	0	2	1	2	0	2	
37	18	2	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2	1	2	2	1	1	1	1	2	0	1	2	1	
38	17	2	1	2	2	1	2	2	0	1	0	0	1	2	2	2	1	0	1	1	0	1	2	1	1	0	1	
39	12	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	0	2	0	1	2	1	
40	17	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	0	2	2	1	
41	14	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	1	2	0	0	1	2	0	0	2	1	
42	16	2	2	1	1	1	1	2	2	0	2	1	2	1	1	2	1	0	2	0	0	2	2	0	1	0	1	
43	18	2	0	2	2	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2	1	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	1	
44	17	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	1	
45	12	2	1	2	1	0	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	0	2	2	1	
46	17	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	0	1	1	1	
47	18	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
48	19	2	2	1	1	1	1	2	2	0	2	1	2	1	1	2	1	0	2	0	0	2	2	0	1	0	1	
49	16	2	0	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	0	2	1	2	1	2	2	0	1	2	1	
50	19	2	1	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	0	2	1	1	2	1	1	2	1	2	0	1	2	2	
51	19	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	2	2	1	0	1	1	1	0	2	1	2	
52	19	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	2	1	

53	12	2	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2	1	2	2	1	1	1	1	2	0	1	2	1
54	16	2	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	2	1	2	1	1	0	1	2	1	1	2	0	2	1
55	19	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	1	1
56	19	2	0	2	2	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2	1	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	1
57	15	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	1	1
58	15	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1

I D	COMPORTAMIENTO PROSOCIAL																																Diagnostico														
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30	P 31	P 32		P 33	P 34	P 35	P 36	P 37	P 38	P 39	P 40						
1	3	2	2	3	2	1	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	Anorexia				
2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	1	1	Anorexia			
3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	1	Bulimia		
4	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	Anorexia		
5	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	2	3	2	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	Bulimia			
6	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	3	2	1	1	1	2	2	1	0	3	0	1	1	1	1	2	1	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	Bulimia		
7	1	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	3	0	0	1	2	2	1	1	2	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	Bulimia		
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	Bulimia		
9	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	2	Anorexia	
10	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	2	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	1	0	1	3	3	1	0	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	Anorexia	
11	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	3	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	3	2	1	1	1	Bulimia
12	1	1	3	1	1	2	1	1	3	3	0	1	3	1	2	2	3	1	0	2	0	3	1	2	1	1	3	1	3	3	3	1	0	0	0	3	0	0	3	0	0	3	1	1	1	1	Anorexia

1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	Anorexia					
1	4	0	0	1	1	1	0	1	2	1	1	3	3	2	2	3	1	1	0	1	1	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	1	0	2	2	3	3	Anorexia		
1	5	1	0	1	0	1	2	1	1	0	1	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	0	1	2	2	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	2	2	Anorexia		
1	6	0	1	1	1	2	1	1	2	0	0	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	3	1	1	2	1	0	1	1	1	Anorexia		
1	7	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	2	1	2	3	3	3	2	3	2	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1	3	Anorexia		
1	8	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	2	2	1	1	2	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	2	Anorexia		
1	9	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	0	1	1	0	0	1	2	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	2	2	3	Anorexia		
2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1	2	0	0	3	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	2	2	2	1	Anorexia
2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	2	1	0	1	2	0	1	0	2	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	0	2	3	Anorexia		
2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	0	0	1	3	1	2	2	1	2	1	0	0	2	1	0	1	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	2	1	2	1	Bulimia		
2	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	0	Anorexia		
2	4	0	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	0	2	2	1	1	1	3	1	0	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	2	3	3	3	Anorexia		
2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1	1	3	0	0	0	2	2	2	1	3	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	2	1	1	1	Anorexia		
2	6	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	1	2	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	0	1	2	3	3	T. conducta alimentaria inespecífica			
2	7	0	0	1	0	1	0	0	1	2	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	3	1	1	1	1	3	1	1	0	1	3	2	2	2	Anorexia			
2	8	3	2	1	1	1	1	1	2	2	0	3	2	3	3	2	2	2	0	3	2	0	1	3	3	3	3	0	3	2	0	2	1	1	1	0	1	2	2	1	1	T. conducta alimentaria inespecífica		

29	1	1	0	1	0	0	1	2	1	0	2	1	1	1	2	1	2	0	0	1	0	2	2	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	Anorexia
30	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	Anorexia	
31	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	2	3	2	2	2	3	3	1	2	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	3	3	3	Bulimia		
32	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	0	3	2	3	3	3	2	1	3	2	0	1	2	1	3	1	1	0	1	1	0	3	1	0	0	0	0	2	2	2	2	T. conducta alimentaria inespecífica		
33	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	3	2	0	1	1	2	1	1	3	1	0	1	3	2	0	0	3	1	1	1	1	3	2	2	1	0	2	2	3	3	Bulimia			
34	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	3	2	2	2	3	3	1	3	1	0	1	3	2	0	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	2	3	3	Bulimia			
35	1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	1	3	3	0	1	3	2	1	0	1	1	0	0	0	3	0	0	1	0	3	3	3	3	Anorexia			
36	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	0	1	2	1	1	0	1	1	0	3	1	2	0	0	0	0	0	2	2	3	3	T. conducta alimentaria inespecífica		
37	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1	1	3	0	0	0	2	2	2	1	3	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	2	1	1	T. conducta alimentaria inespecífica			
38	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	Anorexia			
39	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	1	2	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	0	1	2	3	3	3	T. conducta alimentaria inespecífica			
40	1	1	2	2	1	1	2	2	2	0	3	2	2	1	3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	0	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	0	1	T. conducta alimentaria inespecífica			
41	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	3	3	2	3	3	2	2	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	T. por atracón		
42	2	1	3	2	3	3	1	1	1	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	0	2	1	Anorexia		

4	3	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	0	0	0	0	1	1	2	1	Anorexia		
4	4	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	1	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	Anorexia	
4	5	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	T. por atracón		
4	6	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	T. por atracón		
4	7	3	2	2	1	1	1	1	1	0	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0	0	1	2	2	1	1	Anorexia			
4	8	2	1	3	2	3	3	1	1	1	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	0	2	1	Bulimia		
4	9	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	T. por atracón		
5	0	1	1	1	1	0	0	2	1	1	1	3	2	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	2	1	1	2	T. conducta alimentaria inespecífica	
5	1	2	1	1	3	1	0	1	3	2	0	2	1	2	2	2	1	2	0	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	2	Anorexia		
5	2	2	1	2	1	0	1	1	2	2	0	2	2	1	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	2	0	1	2	1	1	2	2	1	0	1	1	1	2	2	Bulimia		
5	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1	1	3	0	0	0	2	2	2	1	3	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	2	1	1	1	T. conducta alimentaria inespecífica		
5	4	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	2	1	2	3	3	3	2	3	2	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1	T. conducta alimentaria inespecífica		
5	5	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	T. conducta alimentaria inespecífica
5	6	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	0	0	0	0	1	1	2	1	Bulimia		
5	7	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	Bulimia

