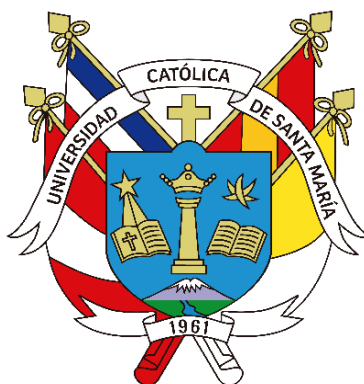


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Identificación de las Conductas de Riesgo relacionadas para el  
Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria dentro de  
la IE Corazón de Jesús y la IE Nuestra Señora de los Dolores, de  
la Provincia y Departamento de Arequipa – 2024**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Bolaños Romero, Alejandra Paola**

**ORCID: 0009-0004-3382-3991**

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Asesor (a):**

**Dr. Montánchez Carazas, Edgar Custodio Gaspar**

**ORCID: 0000-0001-6800-9472**

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 12 de Marzo del 2024

**Dictamen: 010918-C-EPMH-2024**

Visto el borrador del expediente 010918, presentado por:

**2017204552 - BOLAÑOS ROMERO ALEJANDRA PAOLA**

Titulado:

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE AREQUIPA - 2024**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**29389055 - DEL CASTILLO SOLORZANO NOEMI  
DICTAMINADOR**



**45044338 - LUZA CASAVARDE EDWIN WILDER  
DICTAMINADOR**



# Identificación de las Conductas de Riesgo relacionadas para el Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria dentro de la IE Corazón de Jesús y la IE Nuestra Señora de los Dolores, de la Provinc

## ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://psychology.as.uky.edu">psychology.as.uky.edu</a> Internet Source	1%
2	<a href="http://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Internet Source	1%
3	<a href="http://udimundus.udima.es">udimundus.udima.es</a> Internet Source	1%
4	<a href="http://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a> Internet Source	1%
5	<a href="http://www.etnochilhue.cl">www.etnochilhue.cl</a> Internet Source	1%
6	<a href="http://abacus.universidadeuropea.com">abacus.universidadeuropea.com</a> Internet Source	1%
7	<a href="http://dspace.ucacue.edu.ec">dspace.ucacue.edu.ec</a> Internet Source	1%

### *Dedicatoria*

*Dedico este capítulo a todas aquellas personas que han luchado y siguen luchando contra los trastornos alimenticios, y a sus familias, quienes brindan un apoyo inquebrantable en su proceso de recuperación. Vuestra valentía y determinación son una inspiración constante para seguir investigando y trabajando en la prevención y tratamiento de estas enfermedades.*

*Finalmente, quiero agradecer nuevamente a todas las personas que hayan hecho posible la realización de esta tesis. Su contribución ha sido invaluable y estoy sinceramente agradecida por el tiempo y esfuerzo que han dedicado a este proyecto. Espero que este trabajo sea una pequeña contribución al conocimiento científico en el campo de los trastornos alimenticios, y que pueda ayudar en la mejora de la salud y bienestar de los estudiantes de la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, así como en el ámbito educativo en general.*

*¡Gracias de corazón!*

### *Agradecimiento*

*Quiero iniciar este capítulo expresando mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que han contribuido de manera significativa en la realización de esta tesis. Sus valiosos aportes, apoyo incondicional y aliento constante; estos han sido pilares fundamentales en el desarrollo del presente trabajo de investigación.*

*En primer lugar, deseo agradecer a mis tutores, expertos en el campo de la psiquiatría, por su guía sabia y certera. Su experiencia y dedicación han sido invaluable para mi crecimiento académico y profesional. Me han brindado una visión fresca y enriquecedora, siempre dispuestos a escuchar y aportar su sabiduría en cada paso del proceso de investigación.*

*También deseo expresar mi gratitud a los directivos y profesores de la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, por haberme permitido llevar a cabo este estudio en sus instituciones educativas. Su disposición y cooperación han sido imprescindibles para la recolección de datos, así como para lograr un ambiente propicio para la investigación.*

*Mi más profundo reconocimiento a los estudiantes que participaron en este estudio. Sin su generosidad y compromiso, este trabajo no habría sido posible. Agradezco su tiempo, su disposición para responder con sinceridad y abrirse a compartir sus experiencias, demostrando su valentía y confianza en este proceso de investigación.*

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo la identificación de las distintas conductas de riesgo relacionadas con el desarrollo de trastornos alimenticios en estudiantes de la I.E. Corazón de Jesús y la I.E. Nuestra Señora de los Dolores sito la Provincia y Departamento de Arequipa. En aras de ello, se realizó un estudio descriptivo trasversal de asociación simple aplicado en 204 adolescentes escolares del sexo femenino; el instrumento fue el SEDQ (Spanish Eating Disorder Questionary), cuestionario anónimo auto aplicado que exploraba diferentes conductas de riesgo asociadas con la alimentación y la imagen corporal. Los resultados revelaron que el 27.9% de las estudiantes tiene una conducta de riesgo baja, mientras que el 33.8% presenta una conducta de riesgo regular y el 38.2% tiene una conducta de riesgo alta. En este orden de ideas, la correlación significativa ( $\rho$  de Spearman = 0,638,  $p < 0,001$ ) sugiere una relación positiva entre estas variables en la población escolar encuestada. El coeficiente de correlación de  $Rho=0,638$  indica una asociación moderada a fuerte entre las conductas de riesgo y el riesgo potencial de desarrollar trastornos alimenticios. Como conclusión, Los factores de riesgo tales como: la preocupación por tener que ingerir alimentos, restricción calórica, la preocupación por el peso y la figura representan en la población estudiada un riesgo de bajo a moderado para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

**Palabras claves:** conductas de riesgo alimenticias, trastornos alimenticios, escolares en riesgo de TCA

## ABSTRACT

The present study had the purpose of identifying various risk behaviors associated with the development of eating disorders among students at the Corazón de Jesús and Nuestra Señora de los Dolores educational institutions in the Province and Department of Arequipa. For this purpose, a descriptive cross-sectional study of simple association was conducted with 204 female adolescent students. The instrument used was the SEDQ (Spanish Eating Disorder Questionnaire), an anonymous self-administered questionnaire that explored different risk behaviors associated with eating and body image. The results revealed that 27.9% of students exhibit low-risk behavior, whereas 33.8% show regular-risk behavior, and 38.2% have high-risk behavior. In this regard, the resulting significant correlation (Spearman's  $\rho = 0.638$ ,  $p < 0.001$ ) suggests a positive relationship between these variables in the surveyed student population. The correlation coefficient of  $\rho=0.638$  indicates a moderate to strong association between risk behaviors and the potential risk of developing eating disorders. In conclusion, risk factors such as concerns about food intake, caloric restriction, concern about weight, and body image represent a low to moderate risk for the development of eating behavior disorders in the studied population.

**Keywords:** eating risk behaviors, eating disorders, scholars in risk of EDs

## ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I .....	3
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	4
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	4
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	9
2. OBJETIVOS.....	11
3. MARCO TEÓRICO .....	12
3.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	12
3.1.1 DEFINICIÓN .....	12
3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	13
3.1.3 ETIOPATOGENIA .....	15
3.1.4 CLASIFICACIÓN .....	17
3.1.5 DIAGNÓSTICO .....	35
3.1.6 TRATAMIENTO .....	41
3.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	55
4. HIPÓTESIS .....	66
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	67
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	68
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	72
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	74
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	76
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES .....	95
RECOMENDACIONES .....	96
REFERENCIA .....	97
ANEXOS.....	108

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, son enfermedades que afectan tanto a nivel físico como psicológico a quienes las padecen, generando un impacto negativo en su calidad de vida y bienestar general. La prevalencia de estos trastornos se ha incrementado en los últimos años, especialmente entre la población estudiantil, convirtiéndolo en un problema de salud pública relevante que demanda una atención prioritaria.

Actualmente, Perú enfrenta una preocupante realidad, ya que las cifras indican que entre el 7.3% y el 11.4% de más de nueve mil adolescentes sufren de trastornos alimentarios (1). Según el MINSA, en el año 2023 se alertó que en los últimos cinco años ha habido un aumento de más del 300% en el número de menores diagnosticados con estas enfermedades en los servicios de salud del MINSA y de EsSalud; además, se informó que solo en el periodo de enero a agosto del 2023 se reportaron 290 casos de menores de 12 años con trastornos alimentarios. Lo más alarmante es que el 99% de los casos totales del año 2022 corresponden a jóvenes entre los 12 y 17 años (2).

La data presentada determina la importancia de no solo es determinar las conductas de riesgo, sino también analizar los factores que han llevado a esta preocupante situación en el país. Analizar el desarrollo de patrones conductuales dentro de instituciones educativas que albergan a adolescentes permite conocer las particularidades y factores de riesgo presentes en la población estudiantil. Los adolescentes se encuentran expuestos a distintos factores exógenos tales como: la presión social, la insatisfacción corporal, los ideales de belleza impuestos por los medios de comunicación y la falta de educación sobre alimentación

saludable, entre otros, que podrían estar relacionados con el desarrollo de trastornos alimenticios.

En este orden de ideas, se constituye en un pilar fundamental para lograr combatir el creciente número de la tasa de desarrollo de desórdenes alimenticios dentro del país, el poder analizar las causas determinantes y los factores de riesgo que confluyen para el desarrollo de los mismos a través de cuestionarios que aseguren la anonimidad de los participantes y de esta forma, conduzcan una investigación honesta y certera. Los resultados obtenidos a través de este estudio podrán contribuir al diseño y desarrollo de programas de prevención y detección precoz de trastornos alimenticios en el ámbito educativo. Asimismo, se espera que esta investigación fomente la conciencia y comprensión de la importancia de mantener una relación saludable con la alimentación, promoviendo una cultura de autocuidado y bienestar en los estudiantes.

De esta forma, la presente tesis busca profundizar en el conocimiento de las conductas de riesgo relacionadas al desarrollo de trastornos alimenticios en estudiantes de la I.E. Corazón de Jesús y la I.E. Nuestra Señora de los Dolores. Abordando esta problemática desde una perspectiva educativa, se espera contribuir a la prevención y atención de estos trastornos, en aras de promover una salud mental óptima en nuestra comunidad estudiantil.



## 1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1.1 Determinación del problema:

A lo largo de la historia, los trastornos alimenticios han recibido diferentes acercamientos. Desde un instinto de supervivencia, intentando enfrentar la escasez de alimentos hasta el día de hoy, donde se intenta encajar en un estándar de belleza inalcanzable. Varios autores han señalado que la prevalencia de la anorexia nerviosa varía entre el 0,1% y el 1,5%. (3,4,5,7). La presente investigación no solo cuestiona la etiología de este trastorno, ya que hasta ahora no se ha determinado una causa exacta, sino una combinación de factores que pueden desencadenar su inicio.

Se considera que el entorno escolar es un ambiente potencial para el desarrollo de conductas de riesgo que promueven los trastornos de la conducta alimentaria. Según la Organización Mundial de la Salud, la imagen del cuerpo “perfecto” actual ha aumentado en un 65% los casos de trastornos alimentarios (8). En Perú, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos 10 años, según el INEI.

### 1.2 Enunciado del problema:

De acuerdo a un estudio realizado por el Ministerio de Salud, el 11% de los adolescentes entre 13 y 19 años, en una muestra de 9000 ciudades del país sufren trastornos alimentarios, lo que demuestra la importancia de estudiar esta problemática debido a su actualidad y relevancia (9).

En este problemático contexto, la presente investigación plantea la realización de un importante tamizaje dentro de dos importantes instituciones educativas pertenecientes al sector público de la Provincia y Departamento de Arequipa, con el propósito de investigar las conductas de riesgo relacionadas al desarrollo de trastornos alimenticios en estudiantes

de las mencionadas Instituciones Educativos; identificando así, los factores causales y proponiendo estrategias de prevención y tratamiento eficaces.

En esta línea argumentativa, la literatura científica ha mostrado que la población escolar se constituye en un grupo vulnerable, mujeres y hombres sufren de la inminente influencia de los medios masivos de comunicación, la presión grupal, etc. De esta forma, no cabe duda de la importancia de la detección temprana de los factores de riesgo o de los trastornos alimenticios per se (10).

### 1.3 Descripción del problema:

#### 1.3.1. Área del Conocimiento

**1.3.1.1. Área General:** Ciencias de la Salud

**1.3.1.2. Área Específica:** Medicina Humana

**1.3.1.3. Especialidad:** Psiquiatría

**1.3.1.4. Línea:** Trastornos de la Conducta Alimentaria

### Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	DEFINICIÓN	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Variable independiente — Conductas de Riesgo	Cuestionario S-EDEQ		Estrés al tener que comer, promovie	Preocupación por tener que comer:	Ordinal

			<p>ndo esto las alteracion es en su ingesta diaria de alimentos.</p>	<p>media de los ítems 6, 7, 9, 15, 34 Riesgo Alto: <math>\geq 4.0</math> Riesgo Medio: &lt;4.0 Riesgo Bajo: 0</p>	
			<p>Comer en cantidad s pequeñas que no satisfacen el requerimi ento calórico</p>	<p>Restricción Calórica: media de los ítems 1, 2, 3, 4, 5 Riesgo Alto: <math>\geq 4.0</math> Riesgo Medio: &lt;4.0 Riesgo Bajo: 0</p>	Ordinal

			La imagen corporal se basa en ideales inalcanzables lo que conlleva al descontento por la figura propia	Preocupación por la figura: media de los ítems 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35, 36 Riesgo Alto: $\geq 4.0$ Riesgo Medio: $<4.0$ Riesgo Bajo: 0	Ordinal
			El miedo a ganar peso y las acciones que conlleva para evitar	Preocupación por el peso: media de los ítems 11, 14, 29, 31, 32	Ordinal

			aumentar más de peso o la inquietud por mantenerl o	Riesgo Alto: $\geq 4.0$ Riesgo Medio: $<4.0$ Riesgo Bajo: 0	
Variable Dependiente – Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimenticia	Criterios DSM 5 como entrevista clínica	3 criterios		Anorexia Nerviosa	Ordinal
		5 criterios		Bulimia Nerviosa	Ordinal
	5 criterios		Trastorno por Atracón	Ordinal	

**Tipo de Investigación:**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Justificación Científica**

La presente tesis tiene como objetivo principal investigar las conductas de riesgo relacionadas al desarrollo de trastornos alimenticios en estudiantes de la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores. Esto resulta de suma importancia debido a la creciente preocupación tanto a nivel científico como social acerca de la incidencia de trastornos alimenticios en la población estudiantil.

Desde el punto de vista científico, es fundamental comprender y analizar estas conductas de riesgo, ya que los trastornos alimenticios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, representan un problema de salud mental grave con repercusiones físicas y psicológicas a largo plazo. Estas enfermedades afectan no solo el bienestar individual de los estudiantes, sino también su rendimiento académico y su calidad de vida en general.

### **1.4.2 Justificación Humana**

La escasez de estudios sobre conductas de riesgo relacionadas con trastornos alimenticios específicamente en estudiantes de instituciones educativas como la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, no permite el abordaje temprano de esta grave problemática. Por tanto, al abordar este tema desde una perspectiva local, podremos obtener resultados más específicos y aplicables a la realidad de la población estudiantil en estas instituciones.

La relevancia de este estudio se fundamenta en la importancia de identificar y prevenir a tiempo las conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimenticios en los estudiantes, permitiéndonos establecer estrategias de intervención y

promoción de la salud mental. Al brindar información precisa sobre este tema, se podrá trabajar de manera más efectiva en la protección y cuidado de la población estudiantil, mitigando así los efectos negativos de los trastornos alimenticios en su desarrollo personal y académico.

#### **1.4.3. Justificación Social**

En cuanto a la justificación social, resulta evidente la necesidad de abordar este tema debido al incremento preocupante de los trastornos alimenticios en edades tempranas. Es responsabilidad de la comunidad educativa y de la sociedad en general promover la conciencia y la prevención de estos trastornos, brindando herramientas y estrategias que fomenten una relación saludable y equilibrada con la alimentación.

#### **1.4.5. Factibilidad**

La factibilidad de esta investigación está respaldada por el acceso a una muestra de estudiantes de las instituciones mencionadas, así como por la colaboración de los directivos y personal docente de las mismas. Además, se cuenta con el apoyo de la comunidad científica, en especial del Departamento de Psicología de la Universidad, donde se enmarca el presente estudio.

#### **1.4.6. Justificación Personal**

La justificación personal para abordar este tema radica en las experiencias y formación académica obtenida durante los años de estudio, así como sus vivencias personales. Consciente de la importancia de la salud mental y del impacto que los trastornos alimenticios tienen en la vida de los jóvenes, considero fundamental aportar conocimientos y posibles soluciones a través de esta investigación, contribuyendo así al bienestar de la comunidad educativa.

## 2. OBJETIVOS

### 2.2.1. Objetivo general:

**2.2.1.1** Identificar las conductas de riesgo relacionadas al desarrollo de trastornos alimenticios (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón) en estudiantes de la IE Corazón de Jesús y Nuestra Señora de los Dolores a manera de poder contribuir a la prevención y atención de estos trastornos precozmente, promoviendo la salud mental en la comunidad estudiantil.

### 2.2.2. Objetivos específicos:

**2.2.2.1.** Determinar la relación entre la preocupación por tener que ingerir alimentos y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la población escolar de las Instituciones Educativas Nuestra Señora de los Dolores y Corazón de Jesús, de la Ciudad de Arequipa, en el 2014.

**2.2.2.2.** Determinar la relación entre la práctica de la restricción calórica y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la población escolar de las Instituciones Educativas Nuestra Señora de los Dolores y Corazón de Jesús, de la Ciudad de Arequipa, en el 2014.

**2.2.2.3.** Determinar la relación entre la desmesurada preocupación por la figura y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la población escolar de las Instituciones Educativas Nuestra Señora de los Dolores y Corazón de Jesús, de la Ciudad de Arequipa, en el 2014.

**2.2.2.4.** Determinar la relación entre la excesiva preocupación por ganar peso y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la población escolar de las Instituciones Educativas Nuestra Señora de los Dolores y Corazón de Jesús, de la Ciudad de Arequipa, en el 2014.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

##### 3.1.1 DEFINICIÓN

Los trastornos alimentarios son problemas de salud que se informaron por primera vez en el siglo XVII, pero que aumentaron drásticamente a finales del siglo XX. Se iniciaron en los países occidentales y evolucionaron, captando rápidamente la atención de los países occidentales y no occidentales en la actualidad. Antes del siglo XX en Estados Unidos, la forma corporal “ideal” de una mujer joven era una mujer de figura completa. A finales de la década de 1960, las mujeres habían perdido gran parte de sus curvas. Los medios de comunicación nos presentan constantemente imágenes de la forma corporal “ideal”, tanto para hombres como para mujeres, como resultado, muchas mujeres jóvenes se sienten inspiradas a ser delgadas; Algunos hombres jóvenes sienten que necesitan levantar pesas en exceso para aumentar su masa muscular. Este tipo de mensajes y presión social pueden causar insatisfacción corporal, dietas extremas y métodos de control de peso poco saludables, que eventualmente conducen al desarrollo de trastornos alimentarios (11).

Los trastornos alimentarios constituyen trastornos psiquiátricos graves que se caracterizan por patrones anormales de alimentación o por la obsesión con el control del peso. Estos trastornos involucran actitudes y comportamientos perturbados hacia el peso corporal, la forma y la alimentación, desempeñando un papel fundamental en su origen y persistencia (12).

Se caracterizan por una alteración en la relación que los individuos tienen con la alimentación y su propio cuerpo. Estos trastornos pueden presentarse de varias

formas, siendo los más comunes la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, conduciendo a una pérdida de peso significativa y a una distorsión de la percepción del propio cuerpo. Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida, seguidos de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso, como el vómito auto inducido o el abuso de laxantes. Por último, el trastorno por atracón se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva y descontrolada de alimentos, sin comportamientos compensatorios.

### **3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La epidemiología de los trastornos alimentarios muestra un aumento preocupante en su prevalencia en las últimas décadas. Se estima que alrededor del 1% al 4% de la población mundial sufre de anorexia nerviosa, un trastorno caracterizado por una preocupación obsesiva por la delgadez extrema y una restricción significativa de la ingesta de alimentos. Por otro lado, se estima que entre el 2% y el 3% de la población presenta bulimia nerviosa, un trastorno en el que se alternan episodios de atracones seguidos de comportamientos compensatorios como el vómito inducido o el uso excesivo de laxantes.

La prevalencia de los trastornos alimentarios es variable; en las últimas dos décadas se han realizado varios estudios, especialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que ha recopilado casos incluso de países europeos. Los países con mayores casos son Suiza 12%, Chile 8,3% y España 6,2%; le sigue Colombia con un 4,5%, Reino Unido con un 3,7% y Portugal con un 3,06%. Países

como Estados Unidos, Italia, Costa Rica, México, Honduras, Venezuela, tienen cifras entre 0.5% -1.5%. La mayoría de estos trastornos son más comunes en mujeres y comienzan en la adolescencia, etapa de cambio donde se consolida la imagen corporal. Esto a su vez genera numerosas crisis de identidad, apariencia física, exigencias amistosas o sexuales y lucha por la autonomía, rasgos de perfeccionismo y auto exigencia que pueden derivar en baja autoestima, dependencia del entorno, dificultad para expresar emociones o expresar agresividad (11).

En nuestro país existen dificultades a la hora de poder determinar cifras exactas cuando se habla de trastornos mentales ya que continúa siendo un estigma para la sociedad peruana; sin embargo, existen datos que podrían darnos una idea de la situación en nuestro territorio. En el Perú, cada año 2918 menores de edad son diagnosticados de algún trastorno alimenticio (2). Es en el artículo donde se resalta la problemática del aumento de casos durante los últimos 5 años, aumentando así los menores de edad en un 300% tanto en establecimientos de salud del Minsa como de Essalud. Comparando estas cifras con las del 2013, donde el número de casos representaba la mitad de los expuestos a nivel nacional. En 2023 los casos en menores superan dos veces a los casos registrados en adultos (2).

Diferentes metaanálisis con data de 94 estudios a nivel mundial encontraron que la prevalencia de los desórdenes de la conducta alimenticia es de un 8% en mujeres y un 2% en varones (13,14,15).

El trastorno alimentario más comúnmente identificado fue otro trastorno alimentario específico, seguido por el trastorno por atracón, la bulimia y la anorexia nerviosas. Además, se observó que la prevalencia puntual de todos los trastornos alimentarios pareció duplicarse durante el período de estudio de 18 años, comprendido entre 2000

y 2018, lo cual podría estar relacionado con el aumento de las tasas de obesidad a nivel mundial (16).

Los trastornos alimentarios son enfermedades mentales graves que afectan la alimentación y la actitud hacia la comida. Estos trastornos generalmente se desarrollan durante la adolescencia o la adultez temprana y pueden tener consecuencias devastadoras para la salud y el bienestar de los individuos afectados.

Además de estos trastornos bien conocidos, cada vez se reconoce más la existencia de otros trastornos alimentarios, como el trastorno por atracón y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos. Estos trastornos también han experimentado un aumento en su prevalencia en las últimas décadas, aunque aún se necesita más investigación para comprender completamente su epidemiología.

### **3.1.3 ETIOPATOGENIA**

La etiopatogenia de los TCA es multifactorial y considera factores genéticos y ambientales. Es uno de los trastornos más comunes durante la adolescencia, que es también el período de mayor vulnerabilidad para el desarrollo personal y familiar. Se han identificado varios factores ambientales que conducen a un mayor riesgo de desarrollar TCA, como experiencias infantiles dañinas (p. ej., negligencia, abuso físico o sexual, o disfunción de los padres) o experiencias dañinas relacionadas con la comida y el peso (p. ej., plan de dieta familiar, padres con sobrepeso), comentarios negativos sobre la comida, presión para adelgazar por parte de familiares, amigos, etc.). Otro tema importante que tiene una fuerte relación con las conductas patológicas del TCA es la imagen corporal de uno mismo que adquiere especial importancia durante la adolescencia (17).

#### **3.1.3.1 FACTORES DE RIESGO**

Estos trastornos suelen tener un origen multifactorial, donde intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales.

En cuanto a los factores genéticos, diversos estudios han demostrado que existe una predisposición genética que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, se han identificado alteraciones neuroquímicas, en particular en los sistemas de serotonina y dopamina, que podrían estar relacionadas con la aparición de estos trastornos.

En el ámbito psicológico, se ha observado que los trastornos de la conducta alimentaria están asociados con ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la baja autoestima, el perfeccionismo excesivo y las dificultades para manejar las emociones. Estos rasgos pueden contribuir a la aparición y mantenimiento de los trastornos.

Por otra parte, los factores socioculturales también desempeñan un papel importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. La presión social y los ideales de belleza impuestos por los medios de comunicación y la sociedad actúan como factores de riesgo, especialmente en adolescentes y jóvenes que se sienten presionados por ajustarse a los estándares de belleza dominantes.

La importancia del conocimiento de estos radica en que varios de los factores presentes en la sociedad pueden desencadenar su aparición. Factores tales como la presión sociocultural a favor de la delgadez, sin embargo, existe un creciente entendimiento de que estos trastornos tienen una base biológica, resultante de la interacción entre la vulnerabilidad genética individual y

diversos factores ambientales. Además, se reconoce que las consecuencias fisiológicas del hambre y de los trastornos alimentarios, así como las alteraciones en los circuitos neuronales relacionados con el apetito y la recompensa, juegan un papel importante. También se ha observado que las respuestas de aprendizaje habituales y condicionadas contribuyen a la naturaleza compulsiva de estos trastornos (13,14).

### **3.1.4 CLASIFICACIÓN:**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición los clasifica según su forma de presentación clínica haciendo hincapié en los mejor caracterizados como son la Anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y el denominado Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado. Sumados a estos en esta quinta edición se añaden los trastornos de Pica, Rumiación, Evitación/Restricción de la ingesta de alimentos por último el Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado.

Por el contrario, el Manual CIE 10 de Trastornos mentales y del comportamiento describe los trastornos de la conducta alimentaria con el código F50 clasificándolos como Anorexia nerviosa (F50.0), Anorexia nerviosa atípica (F50.1), Bulimia nerviosa (F50.2), Bulimia nerviosa atípica (F50.3), Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos (F50.4), Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos (F50.5), Otros trastornos de la conducta alimentaria (F50.8) y Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación (F50.9) (18).

Se procede a detallar los que se tratarán a lo largo de este trabajo de investigación.

#### **3.1.4.1 ANOREXIA NERVIOSA**

### 3.1.4.1.1 CONCEPTOS GENERALES:

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio caracterizado por una restricción persistente en la ingesta de alimentos, un temor intenso a ganar peso, una distorsión en la percepción de la propia imagen corporal y una preocupación excesiva por el aspecto físico. Estas conductas suelen resultar en una pérdida significativa de peso y un deterioro en la salud física y psicológica del individuo afectado. La anorexia nerviosa generalmente comienza en la adolescencia y afecta principalmente a mujeres, aunque también puede presentarse en hombres. Se cree que múltiples factores contribuyen al desarrollo de este trastorno, incluyendo factores genéticos, ambientales, socioculturales y psicológicos.

Desde una perspectiva psicológica, puede ser considerada como un intento de controlar la propia vida y emociones a través de la restricción de la ingesta de alimentos. Además, factores socioculturales como la presión por tener un cuerpo delgado y la idealización de la delgadez en los medios de comunicación, también pueden influir en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

### 3.1.4.1.2 ETIOPATOGENIA:

La etiopatogenia de la AN aún se desconoce. Aunque se han logrado avances en la identificación de factores genéticos, de desarrollo, psicológicos y neurobiológicos que desempeñan

un papel en el desarrollo del trastorno, es evidente que, al igual que todos los trastornos psiquiátricos, sus orígenes son multifactoriales. La AN es familiar, con estimaciones de heredabilidad para la AN que oscilan entre 0,41 y 0,74, y se han encontrado estimaciones de heredabilidad más altas cuando se aplicaron definiciones más estrictas de anorexia (19,20,21).

Se ha demostrado que ciertos genes están asociados con un mayor riesgo de desarrollar AN, aunque su contribución individual es pequeña. Además de los factores genéticos, se ha observado que los factores ambientales desempeñan un papel importante en el desarrollo de la AN. Los patrones familiares y culturales en relación con la imagen corporal y la alimentación pueden influir en la aparición de la enfermedad. También se ha observado que las experiencias traumáticas en la infancia, como el abuso físico o sexual, pueden aumentar el riesgo de desarrollar AN.

Estudios de neuroimagen han mostrado diferencias en la estructura y la conectividad de las regiones cerebrales involucradas en la regulación del apetito, la inhibición cognitiva y emocional, y el control del estado de ánimo en pacientes con AN. Estos cambios pueden contribuir a los síntomas neuropsiquiátricos observados en la enfermedad, como la ansiedad, la depresión y la obsesión por la pérdida de peso.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por alteraciones en múltiples ejes neuroendocrinos y péptidos que señalan o regulan la ingesta de energía, algunas de las anomalías endocrinas y metabólicas en pacientes con AN representan respuestas fisiológicas adaptativas a la inanición crónica que son reversibles después de la recuperación del peso, sin embargo, otras anomalías pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de la enfermedad y en los síntomas neuropsiquiátricos sostenidos. Los cambios hormonales incluyen 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 la leptina, la grelina, el péptido YY y posiblemente la adiponectina. Se observan cambios en el eje hipotalámico-pituitario (HPA) en pacientes con AN que afectan las hormonas hipofisarias derivadas tanto anterior como posteriores (19,22).

Desde el punto de vista psicológico, se ha visto que la AN está asociada con una serie de características como el perfeccionismo, la baja autoestima, la ansiedad y la depresión. Estos factores psicológicos pueden estar involucrados en el mantenimiento del trastorno y dificultar su tratamiento.

Se han encontrado correlaciones genéticas significativas entre la AN y varios rasgos antropométricos y metabólicos,

incluidas correlaciones negativas con el IMC, la insulina en ayunas y la glucosa en ayunas y, por lo tanto, se han considerado factores metabólicos, incluido el microbiota intestinal, para comprender la etiología de la AN. Desde el punto de vista del desarrollo, la cesárea, los nacimientos múltiples, la baja edad gestacional, las malformaciones congénitas de la boca o el sistema digestivo y la edad avanzada de los padres se asocian con un mayor riesgo de AN (19,23).

Aunque se han realizado avances en la identificación de factores que contribuyen al desarrollo de la anorexia nerviosa, todavía existe mucho por descubrir y comprender sobre su etiopatogenia. Se requiere de una investigación continua y rigurosa para poder obtener una visión completa de los mecanismos subyacentes de este trastorno y así mejorar su diagnóstico y tratamiento.

#### **3.1.4.1.3 EPIDEMIOLOGÍA**

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso corporal, conductas dirigidas hacia la pérdida de peso, patrones peculiares de manipulación de la comida, miedo intenso a la ganancia de peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea. Se pueden distinguir dos tipos de anorexia: el restrictivo y el compulsivo/purgativo (25).

La anorexia principalmente afecta a mujeres en la adolescencia y juventud, sin embargo, se encuentra presente

en todas las clases sociales y en diferentes regiones geográficas (25). Se han identificado varios factores de riesgo para el desarrollo de la anorexia, como factores genéticos, psicológicos, familiares, sociales y la influencia de ideales de belleza y moda (26,27).

La anorexia tiene numerosas complicaciones médicas y puede llevar a la muerte. Las complicaciones médicas son consecuencia de la desnutrición y pueden afectar a varios sistemas del cuerpo. La mortalidad de la anorexia se encuentra entre el 5-10% y puede ser causada por alteraciones electrolíticas, infecciones, complicaciones del propio tratamiento o suicidio (25).

#### **3.1.4.1.4 COMPLICACIONES**

Las consecuencias físicas de la anorexia nerviosa son graves y pueden incluir desnutrición, desequilibrios electrolíticos, amenorrea (ausencia de menstruación), debilidad muscular, trastornos gastrointestinales y problemas cardíacos. A nivel psicológico, los individuos con anorexia nerviosa suelen experimentar depresión, ansiedad, baja autoestima y obsesiones relacionadas con el peso, la comida y el ejercicio.

Existen diferentes mecanismos como la regulación negativa, como la hormona estimulante de la tiroides (TSH), la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y la hormona antidiurética

(ADH). Estos cambios hormonales pueden contribuir a la disfunción del metabolismo, la regulación del apetito y el estado de ánimo en pacientes con AN.

Además de los cambios endocrinos, se ha observado una disfunción en el sistema de recompensa cerebral en pacientes con AN. El sistema de recompensa está mediado por neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), que juegan un papel clave en la regulación del apetito, el placer y la motivación. La disfunción en estos sistemas puede contribuir a los síntomas de restricción alimentaria, falta de interés en la comida y la distorsión de la imagen corporal en pacientes con AN.

### **3.1.4.2 BULIMIA NERVIOSA**

#### **3.1.4.2.1 CONCEPTOS GENERALES**

La bulimia nerviosa es un trastorno alimenticio caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de ingesta compulsiva seguidos de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso. Estas conductas compensatorias pueden incluir vómitos auto inducidos, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno prolongado, ejercicio excesivo o una combinación de estos.

La BN tiende a tener un curso crónico, especialmente cuando no se trata. Se han informado patologías alimentarias graves en hasta el 50% de los diagnosticados con BN en un

seguimiento de 5 años, y la mayoría no había recibido tratamiento. La prevalencia de por vida de BN en mujeres de Europa y Estados Unidos se ha estimado entre 0,5% y 3%. La prevalencia puntual de BN en mujeres jóvenes en Japón se ha estimado entre 1,9% y 2,9%. Nakai et al. Informó que la prevalencia de BN aumentó significativamente entre 1982 y 2002, con una prevalencia puntual del 2,3% en estudiantes de entre 18 y 23 años en 2002. Por tanto, la BN parece ser relativamente común en Japón (27).

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes de comer grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo, seguido de intentos compensatorios como el vómito auto inducido, el uso excesivo de laxantes o diuréticos, o la práctica excesiva de ejercicio físico.

Es importante destacar que la BN tiende a tener un curso crónico, especialmente cuando no se trata. Un estudio ha mostrado que hasta el 50% de los diagnosticados con BN experimentaron complicaciones graves relacionadas con la alimentación en un seguimiento de 5 años, y la mayoría de ellos no había recibido tratamiento adecuado. Estas patologías alimentarias graves pueden incluir desnutrición, desequilibrios electrolíticos, daño dental debido al vómito repetido, entre otras.

### 3.1.4.2.2 FACTORES DE RIESGO

La bulimia nerviosa es un trastorno complejo que puede ser influenciado por una variedad de factores. Estos factores de riesgo pueden ser de naturaleza biológica, psicológica y sociocultural.

- Factores biológicos: Existen evidencias que sugieren que la genética puede jugar un papel en la predisposición a la bulimia nerviosa. Además, desequilibrios químicos en el cerebro, como la serotonina, también pueden influir en el desarrollo del trastorno.
- Factores psicológicos: La baja autoestima, la insatisfacción corporal, la tendencia a la perfección y la dificultad para manejar emociones negativas son algunos de los factores psicológicos que pueden aumentar el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.
- Factores socioculturales: Los ideales estéticos de delgadez promovidos por los medios de comunicación y la presión social por alcanzar un cuerpo "perfecto" pueden ser factores desencadenantes para el desarrollo de la bulimia nerviosa.

Es importante tener en cuenta que estos factores de riesgo interactúan entre sí y varían en cada individuo. También es importante destacar que el tratamiento de la bulimia nerviosa

es multifacético, involucrando un abordaje médico, psicológico y nutricional.

En conclusión, la bulimia nerviosa es un trastorno alimenticio que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta compulsiva seguidos de conductas compensatorias inapropiadas. Es fundamental comprender las características clínicas y los factores de riesgo asociados a este trastorno para poder desarrollar estrategias de intervención efectivas y ayudar a los estudiantes de la Institución Educativa Corazón de Jesús e Institución Educativa Nuestra Señora de los Dolores a prevenir y superar esta problemática.

#### **3.1.4.2.3 ETIOPAGENIA**

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario grave que afecta a una proporción significativa de la población joven. A pesar de su gravedad, aún se desconoce su causa exacta, lo que dificulta su tratamiento. Por lo tanto, se han llevado a cabo investigaciones para comprender mejor la fisiopatología de la bulimia nerviosa y encontrar posibles biomarcadores que ayuden en su diagnóstico y tratamiento.

Para realizar esta revisión, se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos científicas como PubMed, PsycINFO y Embase. Se utilizaron términos de búsqueda específicos como "Bulimia Nervosa", "serotonina", "sangre",

"plasma" y "suero". Se incluyeron en el análisis un total de 32 estudios relevantes.

Los resultados de estos estudios mostraron varios biomarcadores y pruebas de provocación que se asociaron con la bulimia nerviosa y la desregulación del sistema 5-HT (serotonina) en comparación con individuos sanos sin trastornos alimentarios. Además, algunos estudios también encontraron una asociación entre la bulimia nerviosa y la presencia de síntomas límite. Sin embargo, cabe destacar que la mayoría de las pruebas descritas hasta el momento no son prácticas para su uso en el ámbito clínico.

La BN se desvía de los controles sanos en términos de biomarcadores de 5-HT en sangre que respaldan un sistema 5-HT anormal en la BN. Los biomarcadores 5-HT y los métodos asociados podrían usarse para adaptar el tratamiento en la BN, aunque hasta el momento la mayoría de las pruebas descritas no son prácticas para su uso junto a la cama (17).

Los estudios incluidos en esta revisión son heterogéneos, lo que impide sacar muchas conclusiones sólidas. La neurobiología precisa de la BN y el BED siguen sin estar clara y se requieren investigaciones continuas a gran escala. Un hallazgo claro es que la gravedad de la enfermedad, definida exclusivamente como la frecuencia de atracones o episodios bulímicos, se relaciona con mayores cambios neuronales. Los

resultados de esta revisión indican que se requiere investigación adicional, en particular ampliar los hallazgos de volúmenes corticales reducidos y actividad disminuida en regiones asociadas con la autorregulación (circuitos frontoestriatales) y explorar más a fondo las respuestas a estímulos relacionados con trastornos en personas con BN y trastorno por atracón (28).

Desafortunadamente, sabemos mucho menos sobre los factores genéticos que predisponen a la BN que a la AN. Las personas con familiares diagnosticados con BN tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios y de BN en particular y se estima que la heredabilidad de BN es aproximadamente 0,60. AN y BN están fuertemente correlacionados genéticamente (0,46–0,79), al igual que los comportamientos bulímicos y el abuso de alcohol (0,33–0,61). Aunque la correlación genética entre AN y BN es alta, también puede existir cierta especificidad, ya que los co-gemelos de individuos con síntomas bulímicos tienen mayor riesgo de desarrollar BN que AN. El PGC-ED está recopilando activamente muestras genéticas de personas con BN y utilizará el marco GWAS para detectar variantes genéticas asociadas con BN. Esta iniciativa ayudará a dilucidar genes y vías que comparten entre BN y AN, y otros que son específicos de BN (29).

#### 3.1.4.2.4 EPIDEMIOLOGÍA

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atracones seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados. Según una encuesta en Estados Unidos, la prevalencia de la bulimia nerviosa es del 0,9%, siendo más común en mujeres que en hombres. (6) Los criterios para el diagnóstico incluyen episodios de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados, la frecuencia de los atracones y la influencia del peso en la autoevaluación. El diagnóstico también puede especificar la remisión y la gravedad del trastorno. El tratamiento para la bulimia nerviosa puede incluir terapia cognitivo-conductual y apoyo nutricional.

Un estudio epidemiológico retrospectivo transversal sugirió que aproximadamente el 7,5% de las mujeres jóvenes cumplen con los criterios para un trastorno alimentario DSM-IV-TR de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón (BED).

Un examen reciente de la historia natural de los trastornos alimentarios del DSM-5 en una muestra comunitaria de 496 adolescentes que completaron entrevistas de diagnóstico anuales durante un período de 8 años encontró que el 13% de los participantes experimentaron algún tipo de trastorno alimentario umbral o subumbral al 20 años, siendo la edad máxima de aparición de la bulimia nerviosa y el BED entre

los 17 y 18 años, y entre los 18 y 20 años para el trastorno purgativo.

Los datos retrospectivos sugieren una mediana de edad de inicio (con rango intercuartil) de 18 años (29-35) para la anorexia nerviosa, 18 años (15,16,30-35) para la bulimia nerviosa y 21 años (29-32) para el BED entre los residentes de la comunidad y adultos reclutados (36).

La prevalencia de por vida de la BN en mujeres de Europa y Estados Unidos se estima entre 0,5% y 3%, lo que indica que no es un trastorno extremadamente común, pero sigue siendo relevante en términos de salud pública. Sin embargo, en Japón, se ha observado una prevalencia puntual más alta en mujeres jóvenes, que varía entre 1,9% y 2,9%. Un estudio realizado en estudiantes japoneses entre 1982 y 2002 mostró un aumento significativo de la prevalencia de BN en ese periodo, con una tasa puntual del 2,3% en el año 2002.

Esto indica que la BN parece ser relativamente común en Japón y sugiere una posible influencia cultural o socio ambiental en la aparición y mantenimiento de este trastorno en esa población. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el tratamiento adecuado de la BN, especialmente en áreas donde la prevalencia es más alta y hay un mayor riesgo de complicaciones.

Es fundamental que se promueva una mayor conciencia sobre los trastornos de la conducta alimentaria, como la BN, tanto en el ámbito médico como en la sociedad en general. Una comprensión más completa de los factores de riesgo, las señales de alerta y la disponibilidad de tratamientos efectivos puede contribuir a mejorar el diagnóstico y el abordaje de esta enfermedad, reduciendo así su impacto en la calidad de vida de los afectados.

#### **3.1.4.2.5 COMPLICACIONES**

En el ámbito clínico, es importante destacar que la bulimia nerviosa puede tener graves consecuencias físicas y emocionales para los individuos afectados. Estas pueden incluir trastornos electrolíticos, erosión dental, deshidratación, desequilibrios hormonales y deficiencias nutricionales. Además, la bulimia nerviosa puede llevar a problemas psicológicos como depresión, ansiedad y baja autoestima.

#### **3.1.4.3 TRASTORNO POR ATRACÓN**

##### **3.1.4.3.1 CONCEPTOS GENERALES**

La definición trastorno por atracón (TAC) fue definido por primera vez por Stunkard en 1959; identificó características peculiares de la ingesta de alimentos caracterizadas por una pérdida de control en un subgrupo de pacientes obesos. Desde entonces se han realizado varios esfuerzos para proporcionar

un enfoque no sociológico a las personas con este trastorno de conducta, que durante mucho tiempo se ha considerado una variante de la bulimia nerviosa.

Los atracones se definen como el consumo de una cantidad objetivamente grande de alimentos (mayor de lo que la mayoría de las personas consumiría en circunstancias similares) junto con una sensación de pérdida de control sobre la comida. (37)

El trastorno por atracón (TAC) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, además de características asociadas, como angustia por la comida, secreto para comer o comer en ausencia de hambre. Los atracones fueron descritos por primera vez por Albert Stunkard en la década de 1950, pero no se integraron en los diagnósticos clínicos hasta la publicación del DSM-III en 1980 con la adición de "bulimia", que luego pasó a llamarse bulimia nerviosa. En ediciones posteriores del DSM, la comprensión de los atracones aumentó, lo que llevó a la inclusión del BED como diagnóstico formal en el DSM-5 en 2013 (38).

El trastorno por atracón es considerado como un trastorno alimenticio caracterizado por la presencia recurrente de episodios de consumo excesivo de alimentos en un período de tiempo determinado, acompañado de una sensación de falta de control durante dichos episodios. Estos episodios son

diferentes de la sobre ingesta ocasional, ya que se presentan de manera regular y se vuelven incontrolables y desproporcionados.

Durante los episodios de atracón, las personas consumen grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo, a menudo sin sentir hambre y hasta que experimentan una sensación de malestar físico. Estos episodios suelen ser seguidos de sentimientos de culpa, vergüenza y auto desprecio. Es importante destacar que el trastorno por atracón no incluye comportamientos compensatorios, como los vómitos autos inducidos o el uso excesivo de laxantes, como se observa en otros trastornos alimenticios como la bulimia nerviosa.

Este trastorno puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen, afectando su salud física, emocional y social. Puede estar asociado con problemas como el sobrepeso y la obesidad, así como con la aparición de otros trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad.

#### **3.1.4.3.2 ETIOPATOGENIA**

El trastorno por atracón se considera una enfermedad compleja y multifactorial, con la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos incluyen posibles disfunciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con el apetito y la saciedad,

así como la predisposición genética a desarrollar el trastorno. Los factores psicológicos y emocionales, como la baja autoestima, la insatisfacción corporal y los problemas en la regulación emocional, también pueden desempeñar un papel importante en su aparición.

Además, los factores sociales, como la influencia de los medios de comunicación y la presión social para cumplir con los estándares de belleza y delgadez, pueden contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno por atracón. Se han realizado investigaciones sistemáticas sobre la etiología del BED. Factores biológicos y genéticos, neurotransmisores y hormonas han estado implicados en la aparición de los atracones y juegan un papel importante en la regulación del hambre y el estado de ánimo. Sin embargo, no se ha desarrollado ni probado una teoría etiológica definitiva. El TCA se caracteriza por un componente psicológico relevante que en muchos casos está infravalorado. Los pacientes con TA tienen dificultad para interpretar las sensaciones viscerales de hambre y saciedad; Ingieren grandes cantidades de alimentos incluso durante las comidas habituales y, además, sus alimentos contienen más grasas que proteínas (37).

En el contexto específico de los estudiantes de la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, es fundamental comprender las conductas de riesgo relacionadas con el desarrollo de trastornos alimenticios, como el trastorno por

atracción. Esto nos permitirá diseñar intervenciones adecuadas para prevenir y abordar estas problemáticas en esta población.

### 3.1.5 DIAGNÓSTICO

#### 3.1.5.1 ANOREXIA NERVIOSA

Las características clínicas que muestra un paciente con anorexia nerviosa incluyen la restricción calórica en el tiempo que conllevan a un peso anormalmente bajo, el paciente también experimenta miedo con la idea de ganar peso o percibirse gordo, lo mismo que conlleva a comportamientos que impiden que el paciente pueda subir de peso, por último, se presenta un percepción distorsionada que puede o no acompañarse de una obsesión respecto al número que refleja la báscula al pesarse y la forma de su cuerpo (15).

Pese a ser las características más importantes de este trastorno no son los únicos signos y síntomas ya que junto con estos pueden presentarse en simultaneo otros como lo son la búsqueda incesante de la delgadez, una preocupación que llega a ser obsesiva respecto a la comida, así como también el desarrollar miedo o aversión a ciertos alimentos que podrían considerar dañinos para sus ideales de belleza. Es importante resaltar que no todos los pacientes con anorexia son totalmente consientes de padecer este trastorno ya sea porque existe un desconocimiento de este o negación de sus principales características clínicas.

También se ha referido el caso de aquellos pacientes que desarrollan rituales obsesivos respecto al ejercicio con el fin de poder quemar las calorías ingeridas al considerar que son dañinas para sí mismos.

Para diagnosticar este trastorno se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en su quinta edición (DSM 5) además de la Clasificación de Enfermedades en su décima edición (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (18).

Para el DSM-5 se requiere cumplir lo siguiente criterios:

1. Restricción en la ingesta de alimentos lo que conduce a bajo peso corporal, esto dependiendo también de la edad, sexo, desarrollo y antecedentes médicos del paciente.
2. Aversión exagerada a la idea de incrementar su peso o engordar lo cual conlleva a comportamientos que impiden que este pueda subir.
3. Alteración en la percepción del peso y la forma del cuerpo.

En la misma línea se puede clasificar la gravedad de la anorexia con el cálculo del índice de masa corporal (IMC) el cuál se deriva de dividir el peso actual en kilogramos sobre la talla actual en metros, obteniendo así un resultado que puede ser ordenado como Leve (17 a 18,49 kg/m<sup>2</sup>), Moderado (16 a 16,99 kg/m<sup>2</sup>), Grave (15 a 15,99 kg/m<sup>2</sup>), Extremo (<15kg/m<sup>2</sup>)

En el manual también podemos encontrar la clasifica los subtipos de la Anorexia Nerviosa siendo que existe la denominada Restrictiva y

la de Atracones o purgas, siendo que los síntomas tienen que durar por los menos 3 meses antes del diagnóstico.

### 3.1.5.2 BULIMIA NERVIOSA

Para diagnosticar la bulimia nerviosa según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se deben cumplir los siguientes criterios:

- Presencia recurrente de atracones de comida en un periodo de tiempo determinado, acompañados de una sensación de falta de control sobre la ingesta.
- Conductas compensatorias recurrentes e inapropiadas para prevenir el aumento de peso, como vómitos auto inducidos, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio excesivo.
- La conducta bulímica y las conductas compensatorias ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la figura corporal.
- La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

En el Manual diagnóstico y estadístico, quinta edición (DSM-5), la bulimia nerviosa (BN) se define como episodios repetidos de atracones, seguidos de conductas compensatorias para evitar el aumento de peso, impulsados por una autoimagen y una evaluación distorsionadas. Se realiza un diagnóstico de BN cuando el individuo

experimenta estos episodios al menos una vez a la semana, durante tres meses, también se cuenta con diferentes pruebas que facilitan identificar las conductas que conllevan a BN. El desarrollo de BN ocurre típicamente durante la adolescencia y la edad adulta temprana, siendo la prevalencia más alta en adultos jóvenes. Además, en la literatura, BN se observó más en mujeres que en hombres (39,40).

### 3.1.5.3 TRASTORNO POR ATRACÓN

El trastorno por atracón es otro trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atracones sin comportamientos compensatorios inapropiados. Los criterios para el diagnóstico incluyen la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, la sensación de falta de control durante los atracones y la aparición de factores como comer rápidamente o sentirse disgustado después de los atracones.

El malestar intenso asociado a los atracones es una característica importante. Los atracones deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses para cumplir con los criterios diagnósticos.

El trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (es decir, episodios de alimentación que ocurren en un período de tiempo discreto [ $\leq 2$  horas] e implican el consumo de una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor de lo que la mayoría de las personas consumiría en circunstancias similares). Otras características centrales del BED son una sensación de falta de control sobre la

alimentación durante los episodios de atracones, un malestar psicológico significativo (p. ej., vergüenza, culpa) por los atracones y la ausencia de conductas compensatorias inapropiadas recurrentes (41).

	Gran cantidad de comida	No mucha cantidad de comida
Pérdida de control sobre la comida.	Episodio de atracón objetivo	Episodio de atracones
Sin pérdida de control	Comer en exceso	Alimentación normal

Nota: Bohon, C, et al. 2019 (38).

En mayo de 2013, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) reconoció el BED como un trastorno alimentario distinto en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-5). Anteriormente (en el DSM-IV), el BED había sido designado como un diagnóstico provisional que necesitaba más estudios por dos razones principales: la literatura sobre el BED era insuficiente en tamaño y alcance y las herramientas disponibles para medir y diagnosticar el síndrome en la clínica y los entornos comunitarios eran demasiado inconsistentes para considerar el BED como un trastorno alimentario distinto. Los criterios de diagnóstico provisionales brindaron a los médicos e investigadores una definición funcional de BED con un lenguaje común que podrían usar para estudiar BED (41).

El BED, o trastorno por atracón, se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto periodo de tiempo, acompañados de una sensación de pérdida de control durante los atracones. A diferencia de la bulimia nerviosa, en el BED no se emplean conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito o el abuso de laxantes, para contrarrestar las consecuencias de los atracones.

La inclusión del BED en el DSM-5 refleja un avance importante en el reconocimiento de este trastorno y su relevancia clínica. El diagnóstico adecuado del BED es crucial para poder ofrecer un tratamiento efectivo y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las investigaciones realizadas desde la inclusión del BED en el DSM-5 han contribuido a expandir el conocimiento sobre este trastorno. Se ha demostrado que el BED está asociado con un mayor riesgo de desarrollar obesidad, diabetes tipo 2, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. También se ha evidenciado que el BED puede tener un impacto negativo en la salud física, emocional y social de los individuos que lo padecen.

Además, se han desarrollado y validado herramientas de evaluación más precisas y confiables para el diagnóstico del BED, lo que ha permitido una mejor caracterización de los síntomas y una mayor precisión en la identificación de los casos. Es importante destacar que el BED no se debe confundir con los atracones ocasionales o la comida emocional, que son comportamientos normales en algunas personas en ciertos contextos. El BED se caracteriza por la presencia

de atracones recurrentes y la sensación de falta de control, lo cual afecta significativamente la calidad de vida de los individuos que lo experimentan.

En resumen, la inclusión del BED como trastorno alimentario distinto en el DSM-5 ha permitido una mejor comprensión y abordaje de este trastorno. A través de investigaciones continuas y el desarrollo de intervenciones clínicas especializadas, se espera mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del BED, con el objetivo de promover la salud y el bienestar de los individuos afectados.

### **3.1.6 TRATAMIENTO**

El enfoque de tratamiento para los trastornos alimentarios debe ser multidisciplinario, involucrando a profesionales de la salud mental, médicos, nutricionistas y otros expertos. El objetivo principal del tratamiento es abordar los aspectos físicos y psicológicos de estos trastornos, promoviendo la recuperación integral del individuo.

#### **3.1.6.1 ANOREXIA NERVIOSA**

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno alimentario que afecta aproximadamente al 1% de la población y se caracteriza por una restricción severa de la ingesta de alimentos, lo que resulta en una pérdida de peso significativa. Aunque se utilizan enfoques psicológicos y de realimentación como tratamiento para la AN, estos métodos no han logrado una eficacia completa en la recuperación de los pacientes, ya que aproximadamente poco menos de la mitad de

ellos siguen presentando síntomas después de 10 años de atención médica.

El tratamiento de la anorexia nerviosa implica un enfoque multidisciplinario que incluye la intervención médica, psicológica y nutricional. Es fundamental trabajar tanto en la recuperación física como en la salud mental y emocional del individuo afectado. Las terapias psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar, se han mostrado efectivas en el tratamiento de este trastorno.

#### **3.1.6.1.1 PSICOFARMACOLÓGICO**

El tratamiento de la anorexia requiere la atención de médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos. Se utiliza una combinación de psicofármacos, psicoterapia de grupo y tratamiento nutricional para combatir la falta de peso (42).

Actualmente no existen medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la AN, el tratamiento psicológico más establecido para adolescentes con AN es la terapia familiar (FBT). Los ensayos controlados aleatorios han demostrado que la FBT en adolescentes es superior a la terapia individual para apoyar la recuperación del peso en los adolescentes. Actualmente, no existen modalidades de terapia que hayan logrado apoyo empírico para adultos con AN y no hay evidencia de que un modo particular de terapia sea más eficaz que otro modo de terapia (23,34,43).

En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) no ha aprobado ningún medicamento específico para tratar la Anorexia Nerviosa (AN).

Recientemente, ha habido un interés creciente en el papel que juegan los microorganismos de nuestro intestino, conocidos como microbiota, en la salud y enfermedad humana. La microbiota intestinal se compone de un complejo ecosistema de bacterias que coexisten en simbiosis con nosotros. En un individuo sano, las bacterias de los filos Firmicutes y Bacteroidetes dominan la composición de la microbiota intestinal, aunque las proporciones pueden variar debido a factores externos como el tratamiento médico, la ubicación geográfica, la genética, el sistema inmunológico y el estilo de vida.

Se ha observado que cambios drásticos en la dieta pueden tener un impacto significativo en la composición de la microbiota intestinal. Esta alteración en la composición bacteriana, conocida como disbiosis, puede desempeñar un papel importante en la aparición y/o mantenimiento de diversas comorbilidades asociadas con la AN, como trastornos gastrointestinales, ansiedad, depresión y desregulación del apetito (44).

A pesar de los enfoques psicológicos y de realimentación utilizados en el tratamiento de la AN, su eficacia sigue siendo limitada. La microbiota intestinal, un complejo ecosistema de bacterias que viven en simbiosis con nosotros ha sido objeto de atención en relación con la AN. Los cambios en la composición de la microbiota intestinal pueden estar relacionados con las comorbilidades asociadas con la AN y pueden desempeñar un papel importante en la efectividad del tratamiento. Es necesario continuar investigando este campo para desarrollar nuevas estrategias de tratamiento que aborden no solo los aspectos psicológicos, sino también los mecanismos biológicos subyacentes a la enfermedad.

#### **3.1.6.1.2. PSICOTERAPEÚTICO**

El enfoque terapéutico más establecido para adolescentes con AN es la terapia familiar (FBT, por sus siglas en inglés).

Los estudios controlados aleatorios han demostrado que la FBT es más efectiva que la terapia individual en términos de ayudar a los adolescentes a recuperar su peso saludable. En cambio, para los adultos con AN, no existen modalidades de terapia respaldadas por evidencia empírica, lo que significa que no hay pruebas sólidas sobre cuál es el enfoque terapéutico más eficaz.

En el ámbito de la investigación actual, se están investigando nuevos enfoques para el tratamiento de las personas con

Trastorno de la Anorexia Nerviosa (AN). Estos enfoques se centran en los factores neurocognitivos que se encuentran alterados en estas personas, como los problemas relacionados con el cambio de conjunto y la coherencia central.

Es fundamental tratar a los pacientes con el nivel de atención adecuado, especialmente en casos graves. Una estrategia importante es proporcionar una estabilización médica inicial, para abordar y controlar los problemas médicos y nutricionales inmediatos. Posteriormente, se recomienda un tratamiento hospitalario y residencial, donde los pacientes pueden recibir una atención continua y especializada.

Estos enfoques novedosos buscan abordar los aspectos neurológicos y cognitivos subyacentes del trastorno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarles a superar los desafíos que enfrentan debido a su AN.

A medida que avanza la investigación, se espera que estos enfoques innovadores sean cada vez más efectivos y se conviertan en una parte integral del tratamiento de esta enfermedad.

Se están explorando enfoques novedosos, incluidos tratamientos centrados en factores neurocognitivos que se encuentran alterados en personas con AN, incluidos problemas con el cambio de conjunto y la coherencia central, es importante tratar a los pacientes con el nivel de atención

adecuado. En casos graves, se recomienda la estabilización médica inicial, seguida de tratamiento hospitalario y residencial (2,4,3,5).

### **3.1.6.1 BULIMIA NERVIOSA**

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Sus características clínicas se asocian con episodios recurrentes de ingestión excesiva seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados, como el vómito auto inducido o el uso abusivo de laxantes, en un intento de controlar el peso corporal. Este trastorno se encuentra en el interés de médicos y científicos, quienes se esfuerzan por desarrollar y mejorar estrategias terapéuticas para abordar su complejidad y lograr una recuperación exitosa.

El abordaje terapéutico de la bulimia nerviosa es amplio y se basa en un enfoque multidisciplinario. En primer lugar, un equipo de profesionales compuesto por médicos, nutricionistas y psicólogos clínicos es fundamental para el diseño de un plan de tratamiento personalizado. Este enfoque integral aborda tanto los aspectos médicos como los psicológicos involucrados en la enfermedad.

#### **3.1.6.1.1 PSICOFARMACOLÓGICO**

En algunos casos, el tratamiento farmacológico puede ser parte del enfoque terapéutico para la bulimia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han utilizado con éxito para reducir los síntomas compulsivos y mejorar las alteraciones del ánimo en pacientes bulímicos.

Estos medicamentos actúan sobre los neurotransmisores cerebrales, promoviendo una mejora en los mecanismos de autorregulación emocional.

### 3.1.6.1.2. PSICOTERAPEÚTICO

El tratamiento habitual (TAU) para la BN en Japón se individualiza para satisfacer las necesidades del paciente e incluye: establecer una relación terapéutica; psicoeducación; motivación para cambiar el comportamiento; orientación nutricional; registrar la conducta alimentaria y utilizar técnicas conductuales (p. ej., métodos de control de estímulos); psicoterapia de apoyo; apoyo familiar; Terapia de grupo; y psicofarmacoterapia. La TCC mejorada (CBT-E) rara vez está disponible en Japón a pesar de las recomendaciones de que es el tratamiento psicológico de elección para la disfunción eréctil en varias guías clínicas nacionales, incluido el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido en 2004 y 2017, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en 2006 y el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda en 2014. Aunque su adopción por las directrices nacionales refleja la solidez de la evidencia que respalda el tratamiento, actualmente no hay datos empíricos que respalden su uso en pacientes japoneses (27).

#### - **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los enfoques psicoterapéuticos más efectivos en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Esta modalidad de terapia se centra en identificar y reemplazar los pensamientos distorsionados relacionados con la alimentación y el peso corporal, así como en modificar los comportamientos compensatorios. Además, la TCC busca abordar las emociones subyacentes y las experiencias traumáticas que pueden desencadenar o perpetuar el trastorno.

La TCC se describió por primera vez como un tratamiento para la BN a principios de la década de 1980, una época en la que el trastorno se reconocía recientemente y se consideraba intratable. Desde entonces, la teoría de la TCC se ha preocupado cada vez más por los procesos que mantienen la BN en lugar de dar cuenta de su desarrollo.

La TCC para BN (CBT-BN) ha sido respaldada por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención como el tratamiento líder sobre la base de evidencia derivada de numerosos ensayos controlados aleatorios (ECA). Posteriormente se desarrolló una versión mejorada de la teoría y el tratamiento (TCC-E) que tiene un alcance transdiagnóstico (27).

#### - **TERAPIA FAMILIAR**

La inclusión de la terapia familiar ha demostrado ser beneficiosa en el tratamiento de la bulimia nerviosa. En este enfoque terapéutico, se trabaja con los sistemas de apoyo de los individuos afectados, involucrando a la familia en la comprensión y el manejo de la enfermedad. La terapia familiar puede ayudar a mejorar la comunicación, fomentar la empatía y fortalecer las habilidades de afrontamiento de todos los miembros de la familia.

Siendo así que el tratamiento de la bulimia nerviosa requiere la combinación de diferentes aproximaciones terapéuticas para abordar la complejidad de este trastorno. Un enfoque multidisciplinario que involucre a médicos, nutricionistas y psicólogos clínicos es esencial para diseñar planes de tratamiento personalizados. El uso de fármacos, como los ISRS, puede complementar la terapia. Además, tanto la terapia cognitivo-conductual como la terapia familiar han demostrado ser altamente efectivas en la recuperación de los individuos afectados. La investigación continúa en esta área es crucial para mejorar la eficacia de los tratamientos existentes y desarrollar nuevos enfoques que puedan ayudar a quienes padecen este trastorno a alcanzar una vida plena y saludable.

La terapia cognitiva basada en mindfulness representa una terapia complementaria interesante para pacientes con BN o BED, al menos en lo que respecta a los dominios cognitivos y conductuales. Dicha eficacia parece estar mediada por la reducción de la carga cognitiva asociada a los estímulos de la DE, lo que ofrece una posible explicación de cómo la MBCT podría reducir las conductas de atracones. Se necesitan otros estudios, en centros independientes, para centrarse más directamente en los síntomas centrales y los resultados a largo plazo (45).

### **3.1.6.1 TRASTORNO POR ATRACÓN**

A diferencia de los pacientes afectados por bulimia nerviosa, los pacientes con BED parecen tener sobrepeso y principalmente obesidad. Así, el tratamiento tiene como objetivo no sólo reducir el BED y su psicopatología relacionada, sino también evaluar el aumento de peso experimentado por estos pacientes para prevenir un mayor empeoramiento de la salud física (37).

El objetivo principal del tratamiento para los pacientes con BED es reducir los episodios de atracón y abordar la psicopatología subyacente. Sin embargo, también es fundamental evaluar y abordar el aumento de peso experimentado por estos pacientes. El exceso de peso puede tener un impacto negativo en la salud física, aumentando

el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos.

Es importante destacar que el enfoque terapéutico para los pacientes con BED debe ser integral. Además de intervenir en los aspectos psicológicos y emocionales relacionados con el trastorno, se deben abordar también los factores biológicos y socio ambientales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del BED. El tratamiento para la BED puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia psicodinámica y en algunos casos, el uso de medicamentos. La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones más efectivas, ya que ayuda a los pacientes a identificar y modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales asociados con los atracones.

Además del tratamiento, es importante educar a los pacientes sobre la importancia de una alimentación saludable y equilibrada, así como fomentar la actividad física regular. Estos cambios en el estilo de vida pueden ayudar a prevenir un mayor deterioro de la salud física y promover una mejor calidad de vida.

#### **3.1.6.1.1 PSICOFARMACOLÓGICO**

Aunque no existe un medicamento específico para el tratamiento del Trastorno por Atracón, se han utilizado algunos fármacos con cierto grado de éxito. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han mostrado prometedores debido a su capacidad para regular el

estado de ánimo y controlar los impulsos. Sin embargo, se requieren más investigaciones para determinar su eficacia a largo plazo y establecer pautas claras para su uso.

Walsh y Devlin evaluaron el uso de medicamentos en el tratamiento de la bulimia nerviosa y el BED, subrayando la eficacia de la medicación antidepresiva en el tratamiento de la bulimia nerviosa. La eficacia antidepresiva llevó a considerar con mayor precisión su uso en el TA. Williamson, Martin y Stewart afirmaron que la farmacoterapia no era un tratamiento eficaz para la anorexia nerviosa. Sin embargo, demostró tener éxito en la bulimia nerviosa y el BED, aunque los sujetos afectados con trastornos alimentarios aparentemente responden mejor a los enfoques de psicoterapia (37).

#### **3.1.6.1.2. PSICOTERAPEÚTICO**

Dado que el tratamiento familiar (FBT) para la anorexia y la bulimia nerviosas actualmente muestra algunas de las tasas más altas de remisión para adolescentes con esos trastornos alimentarios, es probable que un componente o enfoque familiar en el tratamiento del BED en niños y los adolescentes mejorarían los resultados (38). De hecho, se está llevando a cabo un ensayo de TCC para el BED en adolescentes de 12 a 20 años, incluida la educación de los padres, aunque los resultados aún no se han publicado. Sin embargo, incluso la educación de los padres puede no ser suficiente, ya que el

control inhibitorio de los niños, que puede ser particularmente relevante para una conducta de control de impulsos como los atracones, puede seguir desarrollándose de forma natural durante la adolescencia. El tratamiento familiar para el BED involucraría directamente a la familia, particularmente a los padres, para ayudar al niño o adolescente a cambiar su comportamiento.

#### **- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La TCC es considerada el tratamiento de elección para el Trastorno por Atracón. Esta terapia se enfoca en modificar los pensamientos disfuncionales y los comportamientos asociados con el atracón. Durante las sesiones, se identifican los desencadenantes de las conductas de atracón y se implementan estrategias para manejar las emociones negativas y resolver problemas subyacentes. Además, se brinda educación nutricional para fomentar una relación saludable con la alimentación.

#### **- TERAPIA INTERPERSONAL**

La Terapia Interpersonal se centra en el análisis de las relaciones interpersonales y su impacto en la aparición y mantenimiento del Trastorno por Atracón. Se trabajan las dificultades emocionales y se fomenta la comunicación efectiva con el fin de fortalecer los

sistemas de apoyo social. Esta terapia puede ser especialmente útil para aquellos individuos cuya conducta de atracción está relacionada con problemas de relación.

### **- TERAPIA DE GRUPO**

La Terapia de Grupo puede proporcionar un entorno de apoyo y comprensión, al permitir a los individuos compartir experiencias y recibir retroalimentación de sus pares. Esta modalidad terapéutica también puede fomentar la adhesión al tratamiento y la sensación de pertenencia a una comunidad que enfrenta desafíos similares.

A pesar de los avances en el tratamiento del Trastorno por Atracción, todavía queda mucho por aprender y desarrollar en este campo. La combinación de enfoques terapéuticos, como la TCC y la Terapia Interpersonal, junto con pautas nutricionales adecuadas, muestra promesas en la mejora de los síntomas y la calidad de vida de los individuos afectados. El trabajo continuo de investigadores, clínicos y profesionales de la salud es crucial para seguir avanzando en la identificación y el desarrollo de terapias eficaces para el Trastorno por Atracción.

Actualmente, la práctica clínica está respaldada en gran medida por investigaciones que indican que las psicoterapias conductuales y cognitivo-conductuales son más efectivas para el tratamiento de los

trastornos alimentarios. Sin embargo, la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas varía según los estudios, lo que destaca la necesidad de invertir y ampliar la investigación sobre variantes mejoradas y nuevas psicoterapias para mejorar los resultados de las enfermedades. También existe una necesidad apremiante de investigar toda la gama de presentaciones y poblaciones de trastornos alimentarios, para determinar las intervenciones más efectivas (46).

### **3.2 Revisión de antecedentes investigativos.**

#### **3.2.1 A nivel local**

**3.2.1.1 Autor:** Valdivia Cervantes, Gisella Denise

**Título:** Frecuencia y características epidemiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria en adultos jóvenes estudiantes de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa - 2013.

**Resumen:** Desarrollado en el ámbito universitario este estudio contó con una muestra de 137 alumnos los que tenían un rango de edad entre los 17 y 25 años, considerando estas como edades en riesgo, considerando estudiantes de ambos sexos. Este estudio tuvo como objetivo determinar cuál es la frecuencia de TCA en jóvenes alumnos de la Universidad Católica de Santa María 2013 con el objetivo claro se aplicó el Inventario de Trastornos de la Alimentación (eating Disorder inventory, EDI). Demostrando así que la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria es del 10.0%. Siendo las mujeres de menor edad las que tendrían mayor número de casos positivos, aquellas cursando el primer año de las carreras de salud. En relación a lo expuesto también se demostró: obsesión por adelgazar 21.0%, bulimia 6.0%, insatisfacción corporal 21.0%, inadaptación 32.0%, perfeccionismo 23.0%,

desconfianza interpersonal 44.0%, conocimiento de las reacciones 11.0%, miedo a la madurez 31.0% (47).

**3.2.1.2 Autor:** Asto Pacheco, Rósulo Juvenal

**Título:** Relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales, Arequipa 2014

**Resumen:** El estudio se desarrolló con el objetivo de establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa. Para lo cual se aplicó el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire), y el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) así como una ficha de datos. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relacionan variables con el coeficiente de correlación lineal de Pearson y el coeficiente de Spearman. Resultados: En total 258 estudiantes cumplieron los criterios de selección. El 40.31% de ellas eran de la I.E: Arequipa, el 35.27% eran de la I.E. Nuestra Señora de Fátima, y 24.42% de la I.E. Chaves de la Rosa. La edad promedio de las participantes fue de 15.18 años. La misma dio como resultado una insatisfacción corporal de 22.09%, sin diferencias significativas entre las tres instituciones ( $p > 0.05$ ). Luego de la aplicación del instrumento EAT-26, se encontró riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en un 12.40% del total de participantes, sin diferencias significativas entre las instituciones ( $p > 0.05$ ). Se observó una alta correlación directa entre los puntajes de ambos cuestionarios en las estudiantes, ( $r = 0.69$ ;  $p < 0.05$ ), con una influencia de la imagen corporal de 47.64% sobre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria. Finalmente se concluyó que, si bien la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres en edad

escolar es baja, existe una insatisfacción corporal relativa y elevada relación entre ambas variables (48).

### **3.2.2 A nivel nacional**

**3.2.2.1 Autor:** Acosta Espinoza, Cayanchira Domínguez.

**Título:** Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima. Ayacucho – 2010.

**Resumen:** Se llevó a cabo una revisión de estudios previos con el objetivo de identificar la relación entre la imagen corporal y los trastornos alimentarios en estudiantes de quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima, en Ayacucho, en el año 2010.

Se utilizó un enfoque de investigación cuantitativo, con un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo - correlacional. La población objetivo estuvo compuesta por 177 estudiantes de quinto grado de educación secundaria en la Institución Educativa "Nuestra Señora de Fátima", matriculados en el año escolar 2010. La muestra se seleccionó de manera probabilística sistemática e incluyó a 150 estudiantes. Se recolectaron los datos a través de encuestas, observación y psicometría. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta estructurada, el test de BSQ, el test SCOFF y una ficha de valoración antropométrica.

Se encontró que el 22.7% de los adolescentes percibía su imagen corporal de manera negativa, lo cual los coloca en un grupo de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Además, el 44% de los estudiantes presentaba trastorno de bulimia y/o anorexia. Conclusión: Se pudo establecer una correlación significativa

entre la percepción de la imagen corporal y la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de quinto grado de educación secundaria en la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima ( $X^2c$ : 44.818;  $\alpha$ : 0.05; GL: 1;  $X^2t$ : 3.84;  $p < 0.05$ ), aunque esta correlación fue débil ( $r$ : 0.480) (49).

**3.2.2.2 Autor:** Gómez Sánchez, Pilar.

**Título:** Factores asociados al desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de 3.º y 4.º de secundaria de la Institución Educativa Privada Corazón de María San Juan de Lurigancho 2017.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de factores asociados al desarrollo de la anorexia y bulimia en alumnos de tercer y cuarto grado de secundaria en una institución educativa de San Juan de Lurigancho, Lima.

Se llevó a cabo un estudio transversal en el cual se aplicó un instrumento validado llamado Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia (FRAB) a los alumnos durante el mes de octubre de 2017. Se incluyeron un total de 100 alumnos, de los cuales el 67% eran mujeres. El 21% de los alumnos presentaba un mayor riesgo de desarrollar anorexia y bulimia en comparación con los demás alumnos del plantel. Los principales factores asociados al desarrollo de la anorexia y bulimia fueron las conductas influenciadas por la familia y los pares (25%), las actitudes irracionales (22%) y la autoestima (22%).

Se encontró que el 21% de los alumnos evaluados tenían un riesgo para desarrollar anorexia y bulimia. Los principales factores asociados identificados fueron conductas influenciadas por la familia y los pares, actitudes irracionales y autoestima (50).

**3.2.2.3 Autor:** Montoya Salazar, Maryluz.

**Título:** Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa María del Triunfo.

**Resumen:** En este estudio se investigaron los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia, en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II en el distrito de Villa María del Triunfo. Se utilizó un enfoque cuantitativo y descriptivo correlacional, con un diseño de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 175 adolescentes de educación secundaria mediante un muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Se utilizó una encuesta con cuestionarios para recolectar información sobre los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria. Estos instrumentos fueron validados y se evaluó su confiabilidad. Los resultados mostraron que la mayoría de los adolescentes tenían entre 14 y 16 años y eran de sexo femenino. Se encontró que el factor psicológico y el entorno familiar estaban significativamente asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes (51).

**3.2.2.4 Autor:** García Dávila, Laura Marisol

**Título:** “Conductas de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en la Institución Educativa Comercio N°64, Pucallpa 2017”

**Resumen:** En el estudio donde evaluaron 949 estudiantes mujeres entre los 12 y 16 años que cursaban entre el Primer y Quinto del nivel Secundario. Entre las conductas que fueron evaluadas se encontraban conductas alimentarias, personales, psicoemocionales, socioculturales y familiares. Fue utilizado el formulario de escala tipo Likert validada por Parinango. Lo cual tuvo como resultados que las conductas

de riesgo general de mediano riesgo con 74,92%, las de riesgo alimentario de mediano riesgo 73,76%, las personales de mediano riesgo con 58,9%, según las conductas de riesgo psicoemocionales de bajo riesgo con 61,53%. Concluyendo así que las conductas de riesgo alimentarias son el mayor indicador de mayor elección fue el control hacia los alimentos con 31,7%. Por otro lado, las conductas personales de riesgo siendo que el indicador de mayor elección fue el aspecto físico con un 26,62% (52).

### **3.2.3.A nivel internacional**

**3.2.3.1 Autor:** Barón Castro, Restrepo Caballero.

**Título:** Percepciones de los patrones de crianza y del vínculo afectivo de una adolescente en proceso de recuperación de Anorexia Nerviosa.

**Resumen:** El objetivo de este estudio es investigar las percepciones sobre los patrones de crianza y el vínculo afectivo en una adolescente de 19 años que está en proceso de recuperación de anorexia nerviosa. Fue utilizada una entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos. Los resultados revelaron que algunos de los postulados teóricos presentes en la investigación fueron negados por la participante. Según los resultados, la participante puede ser clasificada como alguien con un apego inseguro-ambivalente y pertenece a una familia que muestra una buena integración emocional y racional, pautas claras y coherentes, y que brinda apoyo y confianza sin rigidez. Sin embargo, se destaca que los resultados no son lo suficientemente significativos debido a la necesidad de trabajar con una muestra más grande para profundizar en el tema (53).

**3.2.3.1 Autor:** Lladó Jordán, Gina.

**Título:** Biomarcadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes.

**Resumen:** El estudio presenta que, estos trastornos son enfermedades mentales graves que se asocian con altas tasas de morbilidad, mortalidad prematura y baja calidad de vida. Se caracterizan por problemas en la alimentación, como alteraciones en la cantidad y forma de comer, y están acompañados por una preocupación excesiva por el peso y una obsesión por la delgadez. Aunque son más comunes en adolescentes y adultos jóvenes, es importante destacar el aumento de los TCA en niños.

Estas enfermedades tienen múltiples causas y se caracterizan por alteraciones nutricionales que afectan la evolución, el mantenimiento y la gravedad de los trastornos. Sin embargo, un estudio más completo de los biomarcadores que incluya la evaluación de otros parámetros, además de los nutricionales, como variables bioquímicas, hematológicas, hormonales e inmunológicas, podría proporcionar información sobre el tipo y subtipo de TCA, así como la gravedad y la evolución de la enfermedad. Esto sería de gran ayuda para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de los pacientes.

El análisis de los trastornos reveló que había más pacientes diagnosticados con Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) que, con otros trastornos, y que la muestra femenina era mucho mayor que la masculina en ambos casos. En este estudio se examinaron muestras de sangre de chicas adolescentes diagnosticadas con AN y BN en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Se analizaron variables bioquímicas, hematológicas, endocrinológicas e inmunológicas en dos grupos de edades: 12-14 años y 15-18 años, con el objetivo de identificar

biomarcadores específicos de cada tipo y subtipo de trastorno, así como biomarcadores relacionados con la gravedad de la enfermedad en cada grupo de edad (54).

### 3.2.3.2 Autor: Calderón Ortiz, Bertha Patricia.

**Título:** Proyecto de educación para la salud dirigido a adolescentes con anorexia nerviosa.

**Resumen:** El estudio presenta que, la anorexia nerviosa es un trastorno mental caracterizado por una alteración en la conducta y el patrón de ingesta alimentaria, lo que resulta en un grave deterioro físico debido a la malnutrición. Para abordar esta enfermedad, es necesario un enfoque interdisciplinario que incluya la participación de enfermería en la prevención y promoción de la salud. Los programas de prevención deben comenzar temprano y centrarse en el desarrollo de la autoestima y la toma de decisiones, con especial atención a los factores culturales.

El objetivo de este proyecto es diseñar un programa de educación para la salud dirigido a mujeres jóvenes con anorexia nerviosa, con el fin de capacitarlas para cuidar de sí mismas y mantener su salud. Este programa se dirigirá a mujeres adolescentes con anorexia nerviosa que cumplan con ciertos criterios de inclusión y serán reclutadas en un Centro de Salud. Es importante que las enfermeras estén involucradas en la prevención de la anorexia nerviosa a través de programas de educación para la salud, ya que esto puede reducir su incidencia y promover habilidades sociales que ayuden a evitar comportamientos autolíticos y recaídas. La anorexia nerviosa es un trastorno con un proceso prolongado de curación y recuperación, y el objetivo es lograr la normalización (55).

### 3.2.3.4 Autor: Guido K.W. Frank; Megan E. Shott; Marisa C. De Guzmán.

**Título:** La neurobiología de los trastornos alimentarios.

**Resumen:** Este estudio proporciona una revisión de vanguardia de la investigación neurobiológica actual sobre los trastornos alimentarios en niños, adolescentes y adultos jóvenes de hasta 25 años, cuando la estructura cerebral generalmente ha madurado a niveles adultos, evitando al mismo tiempo los efectos del envejecimiento o la cronicidad de la enfermedad. Se realizaron búsquedas en la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.

Si bien este campo ha crecido significativamente durante la última década, todavía es pequeño en general y los estudios disponibles a menudo tienen un número pequeño de participantes, lo que limita el poder y la confiabilidad del estudio, y muchos resultados no se han replicado. Los autores abogan aquí por estudios rigurosos y bien fundamentados para encontrar consenso entre los laboratorios de investigación para identificar objetivos de tratamiento para los DE, otra cuestión crítica es que la investigación en BED y especialmente en ARFID es en su mayor parte un área inexplorada de la investigación neurobiológica.

Sin embargo, el conjunto de investigaciones en los TCA identificó la importancia del impacto a corto plazo de las conductas de los TCA, especialmente en la estructura del cerebro, y la mayoría de las veces las vías de recompensa cerebral están implicadas en la actividad cerebral alterada en los TCA. Este último es un objetivo prometedor para el desarrollo de tratamientos (56).

**3.2.3.5 Autor:** Hübel, Christopher; Marzi, Sarah J; Breen, Gerome; Bulik, Cynthia. M.

**Título:** Epigenetics in eating Disorders: a systematic review.

**Resumen:** Dicho estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática del estado actual del cuerpo de evidencia sobre factores epigenéticos en los trastornos alimentarios para informar direcciones futuras en esta área, siguiendo las directrices PRISMA, dos autores independientes realizaron una búsqueda en PubMed y Web of Science e identificaron 18 artículos de revistas y resúmenes de congresos que abordaban la anorexia nerviosa (n = 13), la bulimia nerviosa (n = 6) y el trastorno por atracón (n = 1). ), publicado entre enero de 2003 y octubre de 2017 (63).

La mayoría de los análisis epigenéticos de los trastornos alimentarios investigaron la metilación en genes candidatos (n = 13), centrándose en la anorexia y la bulimia nerviosa en muestras muy pequeñas con una considerable superposición de muestras entre los estudios publicados. Tres estudios utilizaron tecnologías basadas en microarrays para examinar la metilación del ADN en todo el genoma de pacientes con anorexia nerviosa y trastorno por atracón, en general, los resultados no fueron concluyentes y fueron principalmente de naturaleza exploratoria. El campo de la epigenética en los trastornos alimentarios aún está en sus inicios. Alentamos a la comunidad científica a aplicar enfoques metodológicamente sólidos utilizando diseños de todo el genoma, incluidos estudios de asociación de todo el epigenoma (EWAS), para aumentar el tamaño de las muestras y ampliar el enfoque para incluir todos los tipos de trastornos alimentarios (57).

**3.2.3.6-Autor:** Carr Megan

**Título:** “Impulsividad y compulsividad en el trastorno por atracón: una revisión sistemática de estudios conductuales”

**Resumen:** realizado por Meagan Carr, año 2021 esta revisión tuvo como objetivo identificar y sintetizar los estudios conductuales disponibles sobre impulsividad y compulsividad entre personas con BED. Se realizó una búsqueda sistemática

centrándose en BED y facetas específicas de la impulsividad (respuesta y elección rápidas) y compulsividad (cambio de actitud, flexibilidad cognitiva y/o aprendizaje de hábitos). Se incluyeron todos los estudios de casos y controles que compararon adultos con BED de umbral completo o subumbral con individuos con peso normal, sobrepeso/obesidad u otros trastornos alimentarios (p. ej., bulimia nerviosa).

Treinta y dos estudios que representan 29 muestras únicas cumplieron los criterios de inclusión. Se observó una mayor impulsividad en la elección entre personas con BED en comparación con personas con peso normal. Hubo hallazgos contradictorios y/o falta de evidencia disponible con respecto a la impulsividad y compulsividad de respuesta rápida. La presencia de diferencias entre grupos no dependió de las características de la muestra (p. ej., diagnóstico de BED completo o subumbral, o estado de búsqueda de tratamiento). Heterogeneidad relacionada con covariables, metodologías de tareas y conclusiones de poder limitado (58).

**3.2.3.7: Autor:** Ciwoniuk Natalia

**Título:** “Imagen corporal distorsionada y dolor mental en la anorexia nerviosa”

**Resumen:** Realizado por año 2023, el objetivo del trabajo de investigación fue evaluar si la sintomatología de los trastornos alimentarios, el nivel de depresión y el dolor mental están asociados con la imagen corporal, y examinar la influencia de una imagen corporal distorsionada, así como los trastornos alimentarios y los síntomas de depresión, sobre el dolor mental en UN.

En este estudio participaron un total de 36 mujeres diagnosticadas con AN y 69 controles sanos (HC). Todos los participantes completaron una batería de las siguientes escalas: EAT-26, BSQ-34, BIDQ, BDD-YBOCS, CESDR y Mental PainScale; los resultados muestran alteraciones de la imagen corporal

estadísticamente significativamente mayores y un mayor nivel de depresión e intensidad del dolor mental en el grupo AN en comparación con el grupo HC. El análisis de regresión indica un mayor impacto de la imagen corporal distorsionada, los trastornos alimentarios y los síntomas de depresión sobre el dolor mental en AN (59).

Como se supone, la imagen corporal distorsionada y el dolor mental son componentes centrales de la AN que deben enfatizarse especialmente en el proceso terapéutico de tratamiento de la AN, las investigaciones futuras deberían centrarse en la etiopatogenia de la imagen corporal distorsionada en relación con la cronicidad del dolor mental y la depresión en la AN, y abordar estos resultados en la práctica clínica para minimizar el riesgo de suicidio en este grupo de pacientes de alto riesgo.

#### **4. Hipótesis**

Dado que el cuestionario S-EDEQ permite predecir si el grupo encuestado se encuentra propenso al desarrollo de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), es probable que la presente investigación pueda identificar las conductas de riesgo relacionadas al desarrollo de los mismos dentro de las estudiantes de la I.E. Corazón de Jesús y Nuestra Señora de los Dolores a manera de poder contribuir a la prevención y atención de estos trastornos precozmente, promoviendo la salud mental en la comunidad estudiantil.



## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. TÉCNICAS

Para cumplir con la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta.

#### 1.2 INSTRUMENTOS

- Cuestionario S-EDE Q (Eating Disorder Questionnaire).

El Cuestionario S-EDE Q (Eating Disorder Questionnaire) es una herramienta de evaluación diseñada para medir y evaluar la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria. Específicamente, se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Además de evaluar trastornos específicos el cuestionario nos proporciona un panorama de características conductuales, cognitivas y emocionales de los trastornos alimentarios.

El cuestionario se basa en un enfoque multidimensional con valores de confiabilidad y especificidad apropiados para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales y comportamientos relacionados con la alimentación. Está diseñado para ser utilizado por profesionales médicos y de la salud mental que trabajan con individuos que pueden estar experimentando dificultades en su relación con la comida y su imagen corporal. Así ha sido en los últimos años en España; sin embargo, rara vez se ha utilizado en población general, ya que al momento solo existen 2 estudios que relatan su validez.

Los estudios realizados hasta la fecha con el EDE reportan en general un buen desempeño psicométrico, consistencia interna adecuada y una buena validez discriminativa (60).

El cuestionario consta de varias dimensiones que evalúan patrones de alimentación restrictivos, episodios de atracón, vómitos inducidos, preocupación por el peso y la forma corporal, insatisfacción corporal y preocupaciones acerca de la apariencia física. Cada dimensión incluye una serie de preguntas que exploran los síntomas específicos y su gravedad.

Estructura: El cuestionario en mención comprende 4 (cuatro) subescalas: restricción de la ingesta de alimentos, preocupación por tener que ingerir alimentos, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Los cuales se utilizan para caracterizar una serie de problemas relacionados con los problemas de conducta alimenticia.

The Eating Disorders Examination-Self Report fue desarrollado como una entrevista para evaluar la psicopatología específica de los desórdenes alimenticios (61).

La presente investigación utilizó la adaptación española (62) validada a nivel nacional por el estudio denominado Análisis de red de género del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q7) en adultos peruanos que evaluó a 890 adultos entre varones y mujeres y que tuvo como objetivo explorar los patrones de asociación de los componentes del cuestionario propuesto (63).

EDE-Q evalúa los síntomas de los trastornos alimenticios, tomando en cuenta los síntomas actitudinales y conductuales. El mismo se ha utilizado entre

poblaciones clínicas y no clínicas. Se enfoca en los 28 días previos a la evaluación (excepto por los ítems donde se mencione una duración en el tiempo determinada). Al igual que el EDE, el S-EDE evalúa la frecuencia de los atracones, conocidos como episodios bulímicos objetivos (OBE) así como la frecuencia de otras formas de comer en exceso, incluidos episodios bulímicos subjetivos (SBE), y la frecuencia de otros diferentes estos. Formas de conductas compensatorias inapropiadas para controlar el peso incluidos vómitos, uso indebido de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar, restricción dietética extrema y ejercicio excesivo.

El S-EDE consta de las mismas cuatro subescalas que el EDE: restricción dietética (promedio de los ítems 1,2,3,4,5), preocupación por tener que comer (promedio de los ítems 6,7,9,15,34), preocupación por el peso (promedio de los ítems 11,14,29,31,32) y preocupación por la figura (promedio de los ítems 11,14,29,31,32). Los elementos de cada subescala se califican en una escala de elección forzada de siete puntos (0 a 6), donde las puntuaciones más altas indican mayor gravedad o frecuencia (significancia clínica: porcentaje de participantes que puntúen  $\geq 4$ ). La puntuación total de la S-EDE se calcula como el promedio de las cuatro escalas (promedio R, EC, SC, WC) (64).

Sensibilidad, Especificidad y Valor Predictivo Positivo: En un estudio realizado en España que pretendía evaluar la sensibilidad, especificidad valor predictivo positivo y negativo demostró en una muestra de 1543 estudiantes hispanos de 12 y 21 años los cuales fueron evaluados con S EDEQ y EAT-40, dando como resultado los siguientes valores:

- Sensibilidad: 96,08%

- Especificidad: 94,01%
- Valor Predictivo Positivo: 59,76%
- Valor Predictivo Negativo: 99,62% (65).

- Entrevista Clínica

Se utilizaron los criterios DSM-5 a manera de entrevista clínica para determinar el cumplimiento de criterios diagnósticos según el trastorno de la conducta alimentaria

Cumpliendo de esta manera 3 criterios para la Anorexia Nerviosa. 5 criterios en la Bulimia Nerviosa y 5 en el Trastorno por Atracón.

Anorexia Nerviosa:

- A. Restricción en la ingesta
- B. Miedo intenso a ganar peso
- C. Alteración en la manera en que se auto percibe

Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones
- B. Comportamiento compensatorio (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio)
- C. Atracones y compensatorios 1 vez a la semana por 3 semanas
- D. La autoevaluación indebidamente influida por constitución y peso corporal
- E. No es exclusivo de los episodios de anorexia

Trastorno por Atracón

- A. Episodios recurrentes de atracones

B. Episodios de atracción con asociación a 3 o más hechos

C. Malestar intenso respecto a los atracones

D. Se producen 1 vez a la semana por 3 meses

E. No se asocia a comportamiento compensatorio.

### **1.3 Materiales de verificación**

Computadora, o laptop, escritorio, silla, impresora, páginas web, fotocopias, libros, bolígrafos

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1 ÁMBITO**

El estudio se realizará en las instalaciones de instituciones educativas.

### **2.2 TEMPORALIDAD**

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre enero y febrero de 2024

### **2.3 UNIDADES DE ESTUDIO**

Se estudió a las alumnas entre el tercero y quinto grado de secundaria de la IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, en Arequipa, Perú.

#### **2.3.1 UNIVERSO**

Todas las alumnas de secundaria de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, en Arequipa, Perú.

#### **2.3.2 POBLACIÓN**

Escolares mujeres de tercero, cuarto y quinto de secundaria de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, en Arequipa, Perú.

### 2.3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Vivir en la ciudad de Arequipa

Ser mujeres

Tener entre 15-18 años

Estar cursando tercer, cuarto o quinto grado de secundaria.

Correcto llenado de la encuesta

### 2.3.2.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Ser hombres

Encuestas llenadas de manera incorrecta

Escolares menores de 15 años

Escolares mayores de 18 años

No llenar el consentimiento informado

### 2.3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la siguiente fórmula de muestreo para poblaciones finitas no conocidas.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde: n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$p$  = frecuencia de trastorno alimentario en adolescentes y jóvenes = 0.1

$q = 1 - p$

$E$  = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

$n = 204$

### **2.3.4 PROCEDIMIENTO DE MUESTREO**

Por conveniencia

## **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1 ORGANIZACIÓN**

- Se realizaron las coordinaciones con las direcciones de ambas casas educativas, exponiendo el proyecto y los propósitos del estudio. Se obtuvo así la autorización para la realización del estudio.

- Se invito a participar de la investigación a 102 escolares de cada una de las instituciones educativas explicándoles las características del instrumento a utilizar destacando que las preguntas eran personales y las respuestas anónimas.

- Se les explicó el instrumento a utilizar S-EDEQ ANEXO 2, se explicó en qué consiste la investigación y se les instó a realizar las preguntas que ellos decidan hacer.

• Se procedió a explicar el correcto llenado del Consentimiento Informado. ANEXO 1. Posterior a ello se procedió a aplicar el instrumento.

• Una vez concluida la aplicación y recolección de los datos estos fueron almacenados en la base de datos para su posterior análisis.

## 3.2 RECURSOS

### 3.2.1 HUMANOS

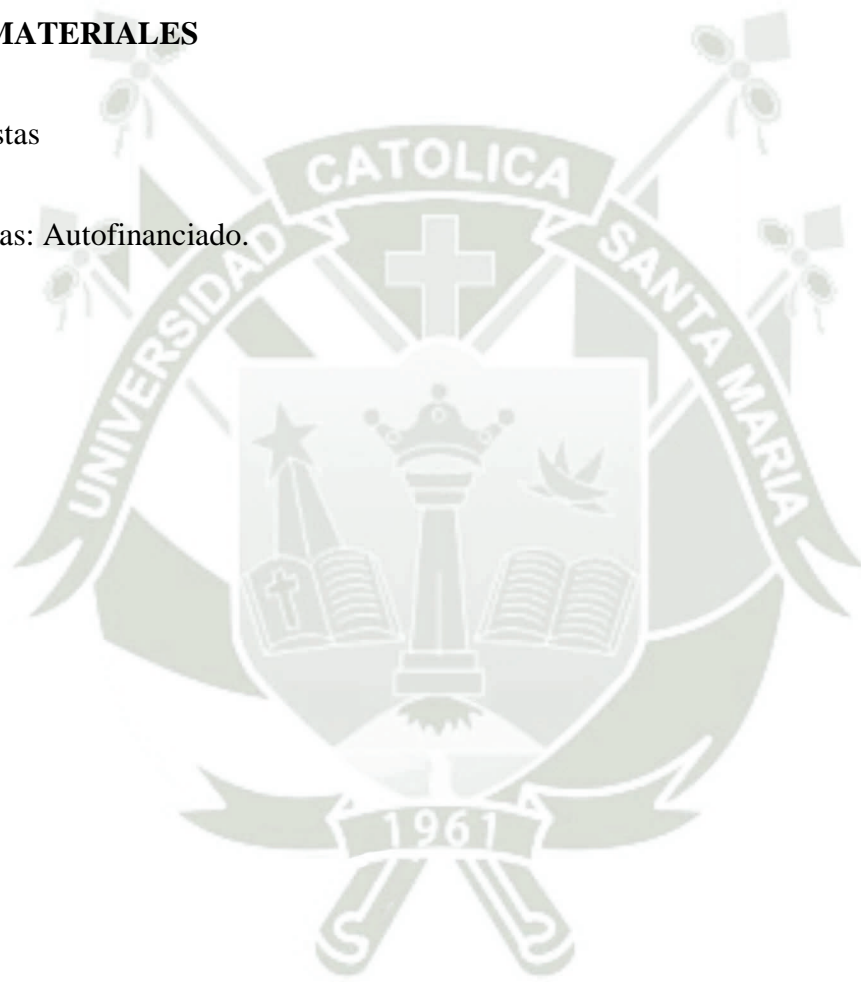
- Investigadora

- Estudiantes

### 3.2.2 MATERIALES

Encuestas

Finanzas: Autofinanciado.





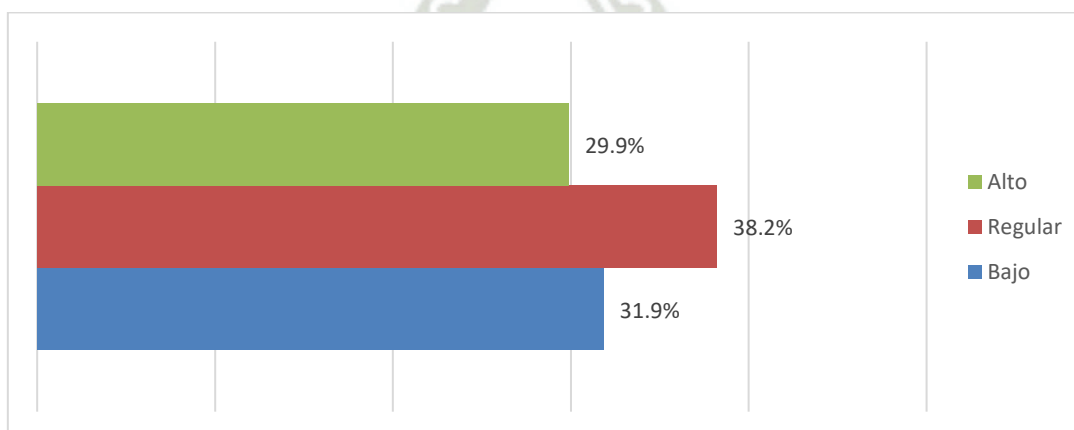
## RESULTADOS

### “IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE AREQUIPA - 2024”

**Tabla y Gráfico N°1: Preocupación por tener que ingerir alimentos Adolescentes de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	F	%
Bajo	65	31.9
Regular	78	38.2
Alto	61	29.9
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°1, muestra que el 31.9% de las estudiantes exhiben un nivel bajo de inquietud respecto a la alimentación, pero el porcentaje más alto fue de 78 participantes (38.2%) los cuales presentan una preocupación regular.

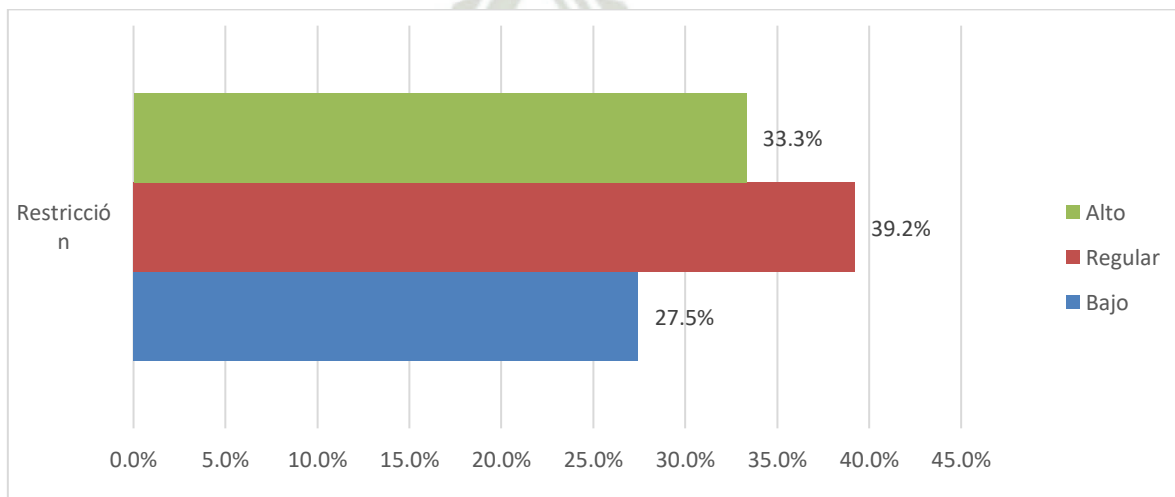


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°2: Restricción calórica en Adolescentes de las IE Corazón de Jesús  
e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	f	%
Bajo	56	27.5
Regular	80	39.2
Alto	68	33.3
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°2, muestra que el 39.2% exhibe una restricción considerada regular y el 33.3% muestra un nivel alto de restricción alimentaria

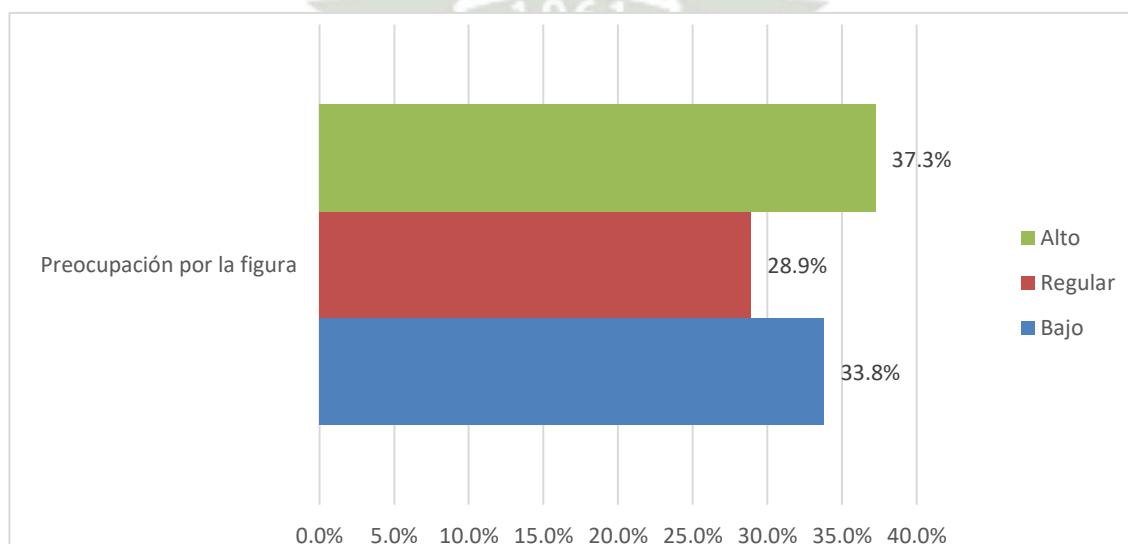


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°3: Preocupación por la figura Adolescentes de las IE Corazón de  
Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	F	%
Bajo	69	33.8
Regular	59	28.9
Alto	76	37.3
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°3, muestra que El porcentaje más alto fue de un 37.3% de los individuos que constituyen 76 participantes de la muestra, estos exhiben un nivel alto de preocupación por la imagen corporal.

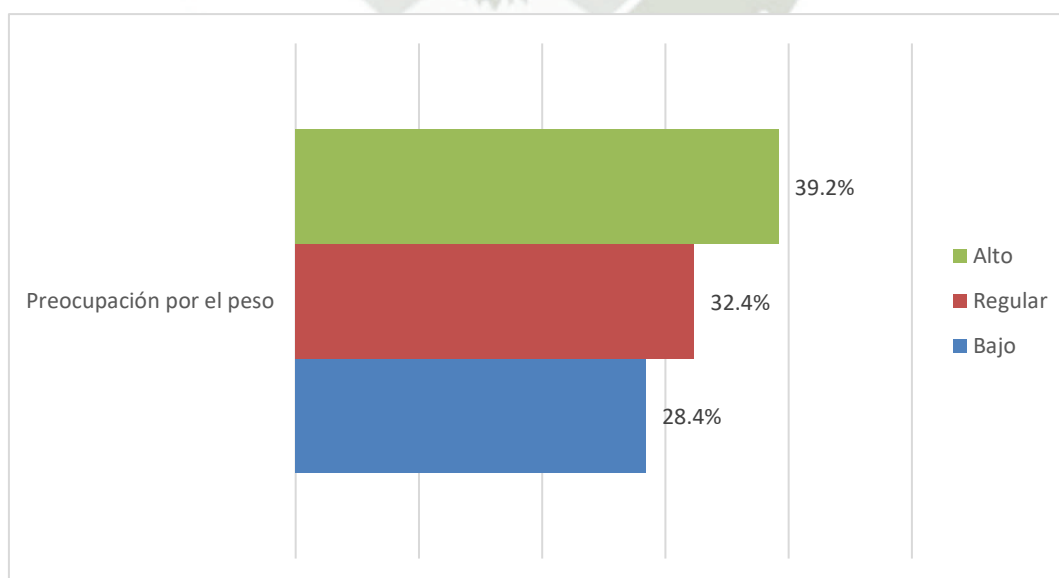


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°4: Preocupación por el peso en Adolescentes de las IE Corazón de  
Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	F	%
Bajo	58	28.4
Regular	66	32.4
Alto	80	39.2
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°4, muestra que el porcentaje más alto con un 39.2% el cual corresponde a 80 individuos seguido por preocupación regular con un con 32.4%.

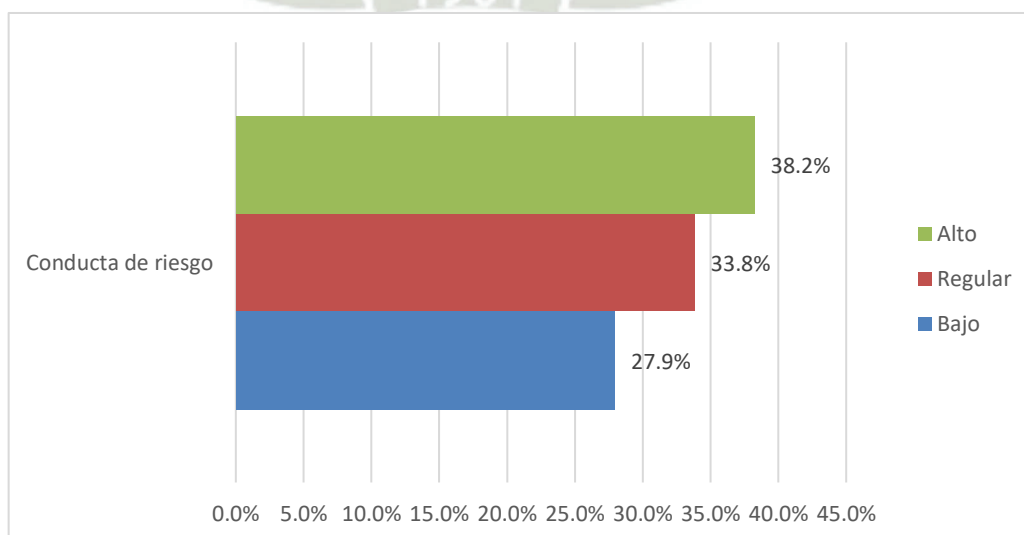


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°5: Conductas de riesgo presentado en Adolescentes de las IE  
Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	F	%
Bajo	57	27.9
Regular	69	33.8
Alto	78	38.2
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°5, muestra que un total de 78 participantes para un 38.2% presenta una conductas de riesgo con alta probabilidad de desarrollar TCA, seguido de 33.8% de los encuestados los cuales se ve una preocupación regular.

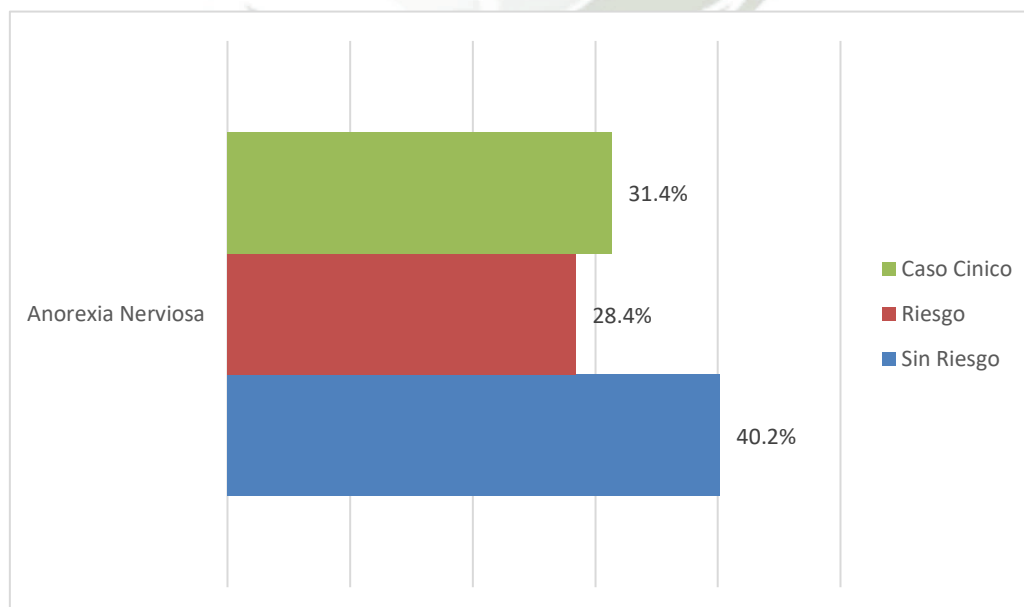


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°6: Desarrollo de Anorexia Nerviosa en Adolescentes de las IE  
Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	f	%
Sin Riesgo	82	40.2
Riesgo	58	28.4
Caso Clínico	64	31.4
Total	204	100.0

Tabla y Gráfico N°6, muestra que 82 participantes (40.2%) se encuentran en la categoría de "Sin Riesgo" para anorexia nerviosa. Por otro lado, un 31.4% para 64 individuos presentaron como "caso clínico".

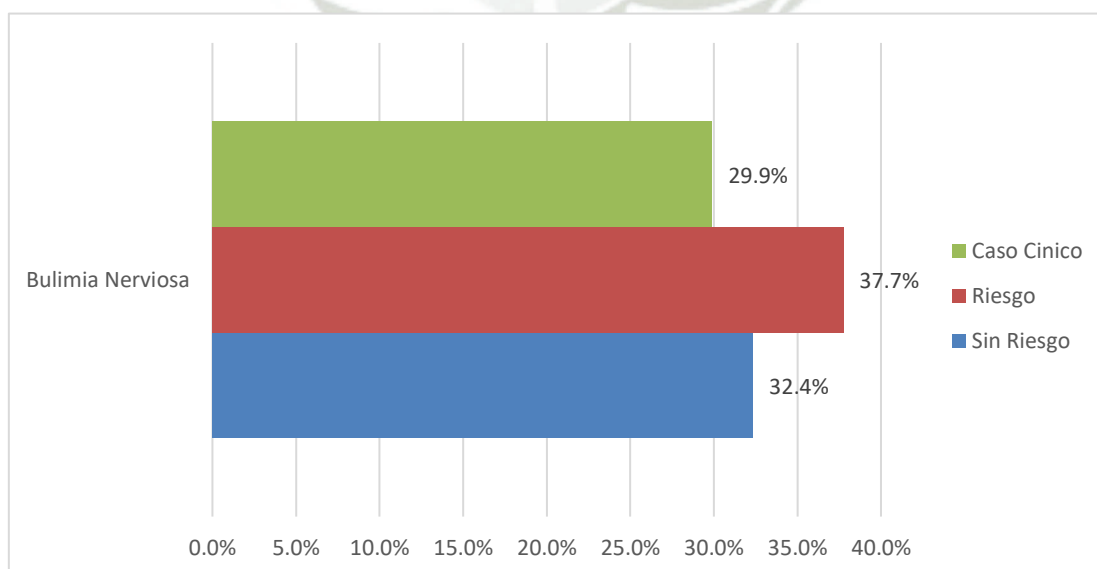


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°7: Desarrollo de Bulimia Nerviosa en Adolescentes de las IE  
Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	f	%
Sin Riesgo	66	32.4
Riesgo	77	37.7
Caso Clínico	61	29.9
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°7 muestra que un 37.7% que representan 77 participantes presentan un nivel de “Riesgo” de padecer bulimia nerviosa, mientras que un 29.9% para 61 individuos es clasificado como "Caso Clínico".

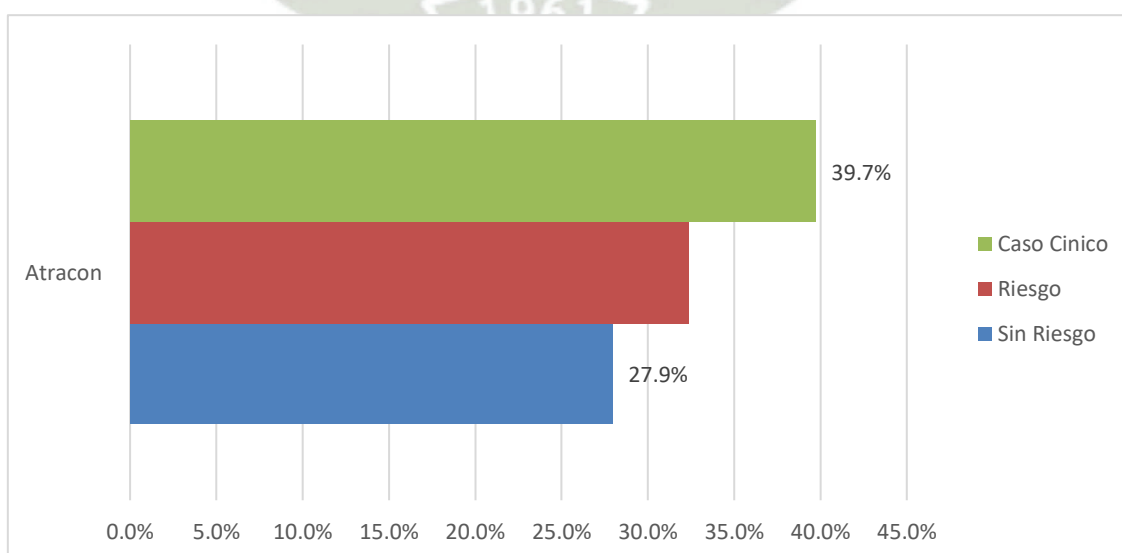


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°8: Desarrollo de Trastorno por Atracón en Adolescentes de las IE  
Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

	f	%
Sin Riesgo	55	27.9
Riesgo	72	32.4
Caso Clínico	77	39.7
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°8, muestra que 77 de los participante presentan (39.7%) se clasifican como "Caso Clínico" de atracón, siendo este el porcentaje mal alto seguido de, un 32.4% que se encuentran en la categoría de "Riesgo".

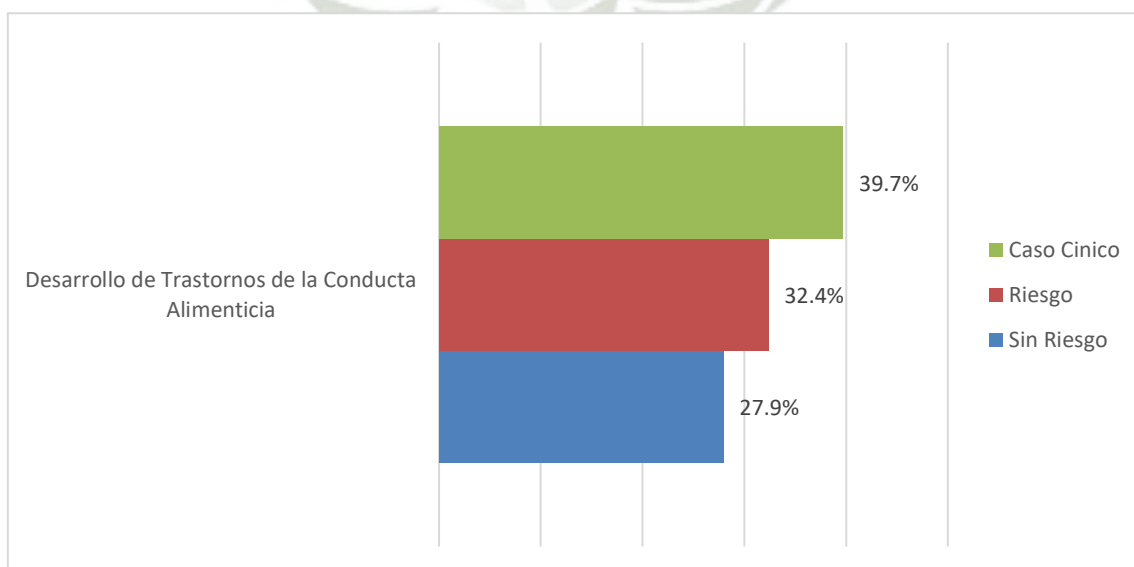


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°9: Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimenticia en  
Adolescentes de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores,  
Arequipa 2024**

	f	%
Sin Riesgo	57	27.9
Riesgo	66	32.4
Caso Clínico	81	39.7
Total	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°9, muestra que 39.7% de los individuos fueron clasificados como “Caso clínico” seguido de “Riesgo” con un 32.4%.

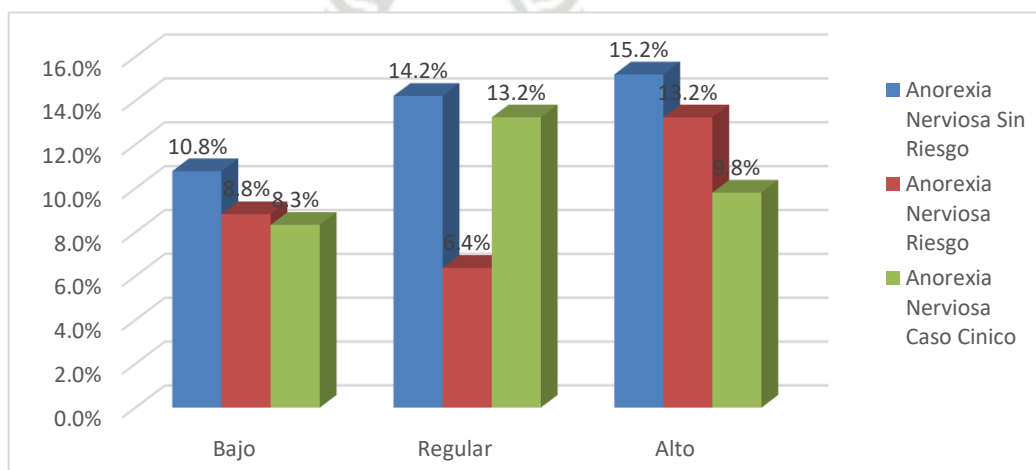


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°10: Relación entre el Desarrollo de Anorexia Nerviosa y  
Conductas de riesgo en Adolescentes de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora  
de los Dolores, Arequipa 2024**

Recuento		Conducta de riesgo						Total	
		Bajo		Regular		Alto		f	%
		f	%	f	%	F	%		
Anorexia Nerviosa	Sin Riesgo	22	10.8	29	14.2	31	15.2	82	40.2
	Riesgo	18	8.8	13	6.4	27	13.2	58	28.4
	Caso Clínico	17	8.3	27	13.2	20	9.8	64	31.4
Total		57	27.9	69	33.8	78	38.2	204	100.0

Tabla y Gráfica N°10, se muestra que los individuos sin riesgo de anorexia nerviosa corresponden a la mayoría de los sujetos de estudio, para un total de 82 con un porcentaje de 40.2%. En comparación, en el grupo “Caso clínico” de anorexia nerviosa, que clasifico a 31.4% participantes que representaron un total de 64 sujetos de estudio.

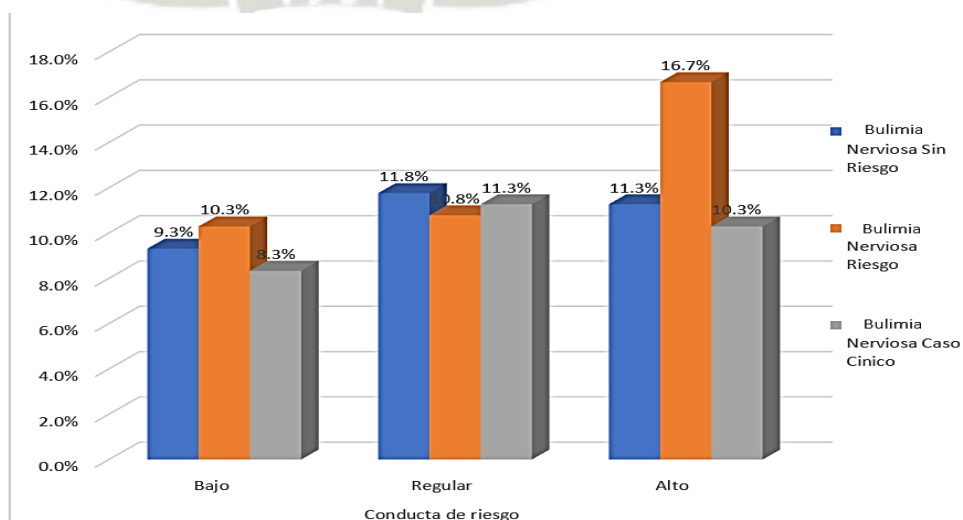


**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla y Gráfico N°11: Relación entre el Desarrollo de Bulimia Nerviosa y  
Conductas de riesgo en Adolescentes de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra  
Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

Recuento		Conducta de riesgo						Total	
		Bajo		Regular		Alto		f	%
		f	%	f	%	F	%		
Bulimia Nerviosa	Sin Riesgo	19	9.3	24	11.8	23	11.3	66	32.4
	Riesgo	21	10.3	22	10.8	34	16.7	77	37.7
	Caso Clínico	17	8.3	23	11.3	21	10.3	61	29.9
Total		57	27.9	69	33.8	78	38.2	204	100.0

La Tabla y Gráfico N°11, muestra que el 16.7 % mostraron una conducta de riesgo para 34 participantes para un porcentaje total de 37.7% para 77 sujetos clasificados como “conducta de riesgo”.



**“IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS  
PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA DENTRO DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS Y LA IE NUESTRA  
SEÑORA DE LOS DOLORES, DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA - 2024”**

**Tabla N°12: Comprobación de hipótesis que explica la correlación entre el desarrollo de trastornos alimenticios y las conductas de riesgo propuestas en Adolescentes de las IE Corazón de Jesús e IE Nuestra Señora de los Dolores, Arequipa 2024**

La Tabla N°12, muestra que dado que existen conductas de riesgo la muestra se encuentra propensa al desarrollo de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia nerviosa y atracón) Se muestra la correlación significativa ( $\rho$  de Spearman = 0,638,  $p < 0,001$ ) que sugiere una relación positiva entre estas variables en la población escolar encuestada. El coeficiente de correlación de  $\rho=0,638$  indica una asociación moderada a fuerte entre las conductas de riesgo y el riesgo potencial de desarrollar trastornos alimenticios.

		Conductas de Riesgo	Desarrollo de trastornos de la conducta alimenticia
Rho de Spearman	Conductas de Riesgo	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	204
	Desarrollo de trastornos de la conducta alimenticia	Coeficiente de correlación	0,638
		Sig. (bilateral)	,000
		N	204



El estudio presentado fue desarrollado encuestando a 204 adolescentes de tercero, cuarto y quinto de Secundaria entre los 15 y 18 años de las IE Corazón de Jesús y la IE María de los Dolores. La muestra fue evaluada en su totalidad sin errores en el llenado de las encuestas.

En la **(Tabla y Gráfico N°1)** donde se detalla la Preocupación por tener que ingerir alimentos se destaca el 38,2 de la población encuestada el cual tiene una preocupación regular respecto a los alimentos que ingiere y las sensación que estos le causan. Al respecto no hay estudios que valoren esta conducta, lo cual es preocupante ya que podríamos estar frente a una conducta que pasa desapercibida entre colectivos. De igual manera sucede con la Restricción Calórica **(Tabla y Gráfico N°2)** que en nuestro grupo estudiado presenta una preocupación regular con un 39,2% que representa a 80 alumnas, las cuales dejan de comer por considerar que podrían ganar peso corporal. Lo cual nos lleva a la siguiente conducta que comprende la Preocupación por el peso **(Tabla y Gráfico N°4)**, en este estudio se logró demostrar que esta es un característica que presenta un riesgo alto ya que es el 39,2% de la muestra que engloba a 80 alumnas las cuales presentan un comportamiento obsesivo por no ganar peso o perderlo en el caso que consideren. Así lo evidencio también VALDIVIDIA GISELLA, (47) en su estudio desarrollado en el 2013 donde participaron 137 estudiantes de la Universidad Católica Santa María entre los 17 y 25 años para determinar cuál era la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria utilizando el Inventario de Trastornos de la alimentación (EDI) demostró que los casos positivos correspondían al 10% de la muestra siendo más frecuentes en mujeres menores de los primeros años de la carrera, representado allí una obsesión por adelgazar en 21%. Este valor, aunque menor que el propuesto en este estudio representa la gravedad del hallazgo y la importancia de su detección

Respecto a la conducta de riesgo relacionada con la excesiva preocupación por la figura usando la herramienta S-EDE Q **(Tabla y Gráfico N°3)** muestra que un 37,3% de las

estudiantes encuestadas, lo que constituye 76 participantes de la muestra, presentan una preocupación peligrosa respecto a la imagen corporal, 33,8% de ellas no muestran preocupación y el 28,9% presenta una preocupación regular.

ACOSTA E., CAYANCHIRA D.(49), en su estudio llevado a cabo en la ciudad de Ayacucho en el 2010, para identificar la relación entre la imagen corporal y los trastornos alimentarios en estudiantes de quinto grado de secundaria de la IE Nuestra Señora de Fátima, utilizando el test BSQ, el test SCOFF y una ficha de valoración antropométrica encontró que el 22.7% de los adolescentes percibía su imagen corporal de manera negativa, lo cual los coloca en un grupo de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

VALDIVIA GISELLA, (47), determinó en su estudio el hallazgo de una insatisfacción corporal del 21% valor que se comparte también con la obsesión por adelgazar.

En este estudio también se agruparon las conductas de riesgo (**Tabla y Gráfico N°5**) donde se dio a conocer que el 38,2% que representa un total de 78 participantes los cuales presentan conductas de riesgo con un alto riesgo de poder desarrollar trastornos alimentarios. Esto representa una preocupación real, pudiendo ser la propia influencia colectiva y el medio actual lo que orilla a estas jóvenes a cuestionarse sobre su cuerpo y apariencia.

MONTOYA MARYLUZ, (51) nos refiere en su estudio donde evaluó 175 adolescentes de educación secundaria mediante un muestreo probabilístico aleatorio estratificado el cuál tuvo como objetivo investigar los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II en el distrito de Villa María del Triunfo, dónde se encontró que las adolescentes mujeres de entre 14 y 16 años, encontrando como significativamente relacionados al factor psicológico y el entorno familiar. Al comparar este estudio con el

realizado en este trabajo podemos notar que hay una similitud en el reconocimiento del componente psicológico el cual engloba las conductas ya descritas en esta tesis.

Sobre el riesgo a desarrollar trastornos como lo es la Anorexia Nerviosa (**Tabla y Gráfico N°6**) se observa que 82 participantes de la muestra encuestada lo cual representa el 40,2% se encuentran en la categoría de “Sin Riesgo” a desarrollar este trastorno; sin embargo, es importante resaltar que el 31,4% ya se encuentran como “Caso Clínico”, por último, las pacientes que se encuentran en “Riesgo” representan el 28,4% de la muestra. Un caso diferente es el del riesgo de desarrollar Bulimia Nerviosa (**Tabla y Gráfico N°7**) donde la cifra porcentual más alta es la de 37,7% la cual representa 77 estudiantes encuestadas las cuales se clasifican en un “Riesgo” para el desarrollo del trastorno y el 29,9% que corresponde a 61 alumnas ya presentaba la enfermedad como “Caso Clínico”.

GÓMEZ PILAR (50), en su estudio llevado a cabo con 100 alumnos de tercer y cuarto grado de secundaria en una institución educativa de San Juan de Lurigancho en Lima en el 2017, para determinar la frecuencia de factores asociados al desarrollo de la anorexia y bulimia. Utilizando el instrumento validado llamado Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia (FRAB). Se encontró que el 21% de los alumnos evaluados tenían un riesgo para desarrollar anorexia y bulimia. Cifras que guardan relación con el estudio realizado y que lleva a pensar en una ola creciente de estos trastornos a través de los años. Además, en el estudio de ACOSTA E., CAYANCHIRA D. (49), se determinó que el 44% de los estudiantes presentaba trastorno de bulimia y/o anorexia. A pesar del uso de un instrumento diferente este al ser de similar sensibilidad y especificidad al usado nos da cifras que comprueban la presencia de estos trastornos al ser similares al de este estudio.

Estudiado el Trastorno de Atracón (**Tabla y Gráfico N°8**) en este trabajo se encontró que el 39,7% que representa 77 alumnas presentan el Trastorno por atracón como caso clínico, es

importante resaltar que la población que no tiene riesgo de desarrollar este trastorno es el porcentaje menor del 27,9% representando tan solo 55 alumnas. Esto puede deberse a la falta de autocontrol y exigencias autoimpuestas que se desarrollan en la adolescencia como lo comentaba en su trabajo VALDIVIA GISELLA, (47), la cual hablaba de rasgos de perfeccionismo en un 23%, siendo en su estudio el segundo valor más elevado mostrando así que es una característica preocupante al igual que la expuesta en este trabajo que obtuvo el valor más alto.

En relación con el Desarrollo de Trastornos en líneas generales (**Tabla y Gráfico N°9**) se muestra que 81 de las estudiantes encuestas ya presentan el trastorno como caso clínico, estando luego el 32,4% quienes están en riesgo de poder desarrollarlos y el 27,9% el cual no se encontraría en riesgo. Esto lleva a pensar que el ambiente escolar y las conductas de riesgo que conlleva su convivencia e ideas colectivas podrían potenciar el desarrollo de estos trastornos tal como se ha visto en los estudios de GÓMEZ PILAR (50) y MONTOYA MARYLUZ (51) donde ambas poblaciones estudiadas coinciden con la edad y la pertenencia al nivel secundaria, pudiendo inferir de esta manera que el encontrar estas conductas llevadas a trastornos es común en el ambiente escolar adolescente.

Respecto a la preocupación por ingerir alimentos, restricción de alimentos, preocupación por bajar de peso, preocupación por la figura y el análisis de todas estas conductas (**Tabla y Gráfico N°10**) reveló que el 33.8% presenta una conducta de riesgo regular y el 38.2% tiene una conducta de riesgo alta para el desarrollo de Anorexia nerviosa, A su vez el desarrollo de Bulimia nerviosa ligada a estas conductas ya expuestas (**Tabla y Gráfico N°11**) se mostró que el 16,7% tiene conductas de riesgo para 34 participantes siendo que el 37,7% para 77 estudiantes clasificadas como riesgo alto a desarrollar el trastorno. Se halló que los porcentajes más altos muestran a los estudiantes con una conducta de riesgo regular a alta, lo que implica que tienen una gran probabilidad de participar en comportamientos o

actividades que podrían poner en riesgo su salud, confirmado mediante el coeficiente de relación de Spearman:  $\rho = 0,638$ ,  $p < 0,001$ , el cual afirma una estrecha asociación para el desarrollo de TCA (**Tabla N°12**).

LAURA GARCÍA (52), en su trabajo donde se evaluaron 949 estudiantes mujeres entre los 12 y 16 años que cursaban entre el Primer y Quinto del nivel Secundario, con el objetivo de determinar las conductas de riesgo que conllevan al posterior desarrollo de la Anorexia Nerviosa. Las conductas que se evaluaron fueron las alimentarias, personales, psicoemocionales, socioculturales y familiares. Utilizando el formulario de escala tipo Lickert validada por Parinango. Lo cual tuvo como resultados que las conductas de riesgo general de mediano riesgo con 74,92%, las de riesgo alimentario de mediano riesgo 73,76%, las personales de mediano riesgo con 58,9%, según las conductas de riesgo psicoemocionales de bajo riesgo con 61,53%. Concluyendo así que las conductas de riesgo alimentarias son el mayor indicador de mayor elección fue el control hacia los alimentos con 31,7%. Por otro lado, las conductas personales de riesgo siendo que el indicador de mayor elección fue el aspecto físico con un 26,62%.

Habiendo analizado los estudios previamente citados, es necesario aclarar que pese a no haber usado el mismo instrumento que se ha empleado durante el presente trabajo de investigación para determinar las conductas de riesgo y su consecuente desarrollo en un trastorno alimentario, los resultados porcentuales son cercanos, no pudiendo inferir conclusión sobre las mismas.

## CONCLUSIONES

**Primera:** Los factores de riesgo tales como: la preocupación por tener que ingerir alimentos, restricción calórica, la preocupación por el peso y la figura representan en la población estudiada un riesgo de bajo a moderado para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

**Segunda:** De la muestra encuestada el 38,2% (que representa 78 escolares), presenta la preocupación por tener que comer como un riesgo regular para el desarrollo de trastornos alimentarios.

**Tercera:** Respecto de los escolares que restringen calóricamente su alimentación, se observó que el 39,2% (que representa 80 escolares), muestran un riesgo regular para el desarrollo de trastornos alimentarios.

**Cuarta:** Sobre la preocupación que muestran las estudiantes por su figura el riesgo se muestra un índice alto para el desarrollo de trastornos alimentarios siendo que representa el 37,3% de la muestra (76 escolares).

**Quinta:** En atención a la preocupación por el peso que presentan los escolares, el 39,2% (80 escolares) presentan un riesgo alto para el desarrollo de trastornos alimenticios.

## RECOMENDACIONES

1. En atención a los resultados, es imperativa la implementación de programas de educación alimentaria y la promoción de una cultura de aceptación y respeto hacia el cuerpo y la imagen corporal de los estudiantes, mediante charlas o talleres a las estudiantes y los representantes.
2. Promoción de una alimentación saludable a todos los estudiantes fomentando lo importante de una alimentación saludable en la unidad educativa, tanto en la oferta de alimentos en el comedor escolar como en la educación nutricional impartida en las clases. Esto incluye promover el consumo de frutas, verduras y alimentos naturales, así como evitar la promoción de dietas restrictivas o conductas perjudiciales para la salud.
3. Es menester capacitar al personal docente de todas las Instituciones Educativas, y particularmente de la I.E. Corazón de Jesús y María de los Dolores, en aras de dotarlas de herramientas que les permitan identificar señales de alerta en determinadas conductas que pueda presentar el alumnado; y así, estas puedan ser derivadas tempranamente con profesionales de la salud especializados.
4. Creación de talleres para la autoestima y el reconociendo corporal aprendiendo a reconocer los modelos expuestos en medios y redes sociales que promueven imágenes corporales inalcanzables y peligrosas, enseñando a entender el riesgo que conlleva seguirlas.
5. Se recomienda finalmente, el desarrollo de un plan psicológico integral a través de las herramientas de gestión educativas que permitan brindar apoyo y acompañamiento a todas las adolescentes que lo soliciten o que sea identificado que lo necesitan. El plan desarrollado deberá coadyuvar al apoyo psicológico y medico aquellos casos que mostraron rasgos clínicos de alteración de la imagen corporal, con el fin de prevenir complicaciones físicas y psicológicas graves.

## REFERENCIA

1. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años [Internet]. elperuano.pe. Available from: <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>
2. Ciriaco Ruiz M. Crisis silenciosa en Perú: Trastornos alimenticios en menores de edad crecieron 300% en 5 años, ¿cómo detectarla? El Comercio [Internet]. 2023 Oct 28; Available from: <https://elcomercio.pe/peru/trastornos-alimenticios-en-menores-de-edad-crecieron-300-en-5-anos-el-avance-de-la-problematica-en-las-regiones-y-los-signos-de-alarma-informe-anorexia-bulimia-salud-mental-obesidad-vigorexia-ecdata-noticia/>
3. Rasmus I, Anna-Lisa I, Mauri M, Riittakerttu KH, Kaj B. Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review*. [Internet] 2010 Apr 30[cited 2024 Feb 13];18(4):296–303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20589768/>
4. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2012 Apr 1[cited 2024 Feb 13];27(2):391–401. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008)
5. Starr TB, Kreipe RE. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Brains, Bones and Breeding. *Current Psychiatry Reports*. [Internet] 2014 Apr 6[cited 2024 Feb 13]; 16(5). Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24705938/>

6. Swanson SA. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. Archives of General Psychiatry. [Internet] 2011 Jul 1[cited 2024 Feb 13];68(7):714. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383252/>
7. TAMARA LORENZO PÉREZ. Título: Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno [Internet]. 2026 [cited 2024 Feb 13] Available from: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146363/tfm\\_%202016-17\\_MPGS\\_tlp632\\_641.pdf?sequence=1](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146363/tfm_%202016-17_MPGS_tlp632_641.pdf?sequence=1)
8. Ramírez Ríos SC. Incremento de anorexia en adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al sector socio económico A-B de Lima Metropolitana, como consecuencia del fenómeno influencer en Instagram. Repositorio USIL edu pe [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 13]; Available from: <https://repositorio.usil.edu.pe/handle/20.500.14005/8896>
9. Hasta el 11,4 % de adolescentes sufren trastornos alimentarios en el país [Internet]. www.gob.pe. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37032-hasta-el-11-4-de-adolescentes-sufren-trastornos-alimentarios-en-el-pais>
10. Gómez Sánchez P, Gutiérrez K, L Gutiérrez E. Frecuencia de factores de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia en un colegio de Lima, 2017. Apuntes Universitarios. 2020 jun 30;10(3):197–206.
11. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. International Journal of Environmental Research and Public Health. [Internet] 2023 Jan 30[cited 2024 Feb 13];20(3):2446. Disponible: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032446>
12. Martínez Toro, Fernández Turón, Vidal Mechón. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. [Internet]. 1994 [cited 2023 mayo] Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

13. Suarez-Albor CL, Galletta M, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomédica Atenei Parmensis* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Feb 13]; 93(3): e2022253–3. Available from:  
<https://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/13140/10833>
14. Treasure Janet, Duarte Tiago, Schmidt Urilike. Eating Disorders, *The Lancet*. [Internet]. Scribd. 2020 [cited 2024 Feb 13]. Available from:  
<https://es.scribd.com/document/585210648/TRADUCIDO-Treasure-et-al-2020-Eating-disorders-The-Lancet-en-es>
15. Montserrat Guarda Torner. Trastornos de conducta alimentaria [Internet 2023 [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://itasaludmental.com/blog/autor/montserrat-guarda-torner>
16. Zúñiga PB, Mora JI. Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. *Revista Educación Física Chile* [Internet]. 2022 Dec 14 [cited 2024 Feb 13];(275). Available from:  
<http://revistas.umce.cl/index.php/refc/article/view/2408>
17. Mora, F., Alvarez-Mon, M. A., Fernández-Rojo, S., Ortega, M. A., Félix Alcántara, M. P., Morales-Gil, I., Rodríguez-Quiroga, A., Alvarez-Mon, M., & Quintero, J. Psychosocial Factors in Adolescence and Risk of Development of Eating Disorders. *Nutrients*. [Internet] 2022 14(7), 1481.  
<https://doi.org/10.3390/nu14071481>
18. Organización Mundial De La Salud. Guía De Bolsillo De La Clasificación CIE-10: Clasificación De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento: Con Glosario Y

- Criterios Diagnósticos De Investigación: CIE-10: CDI-10. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
19. Puckett L, Grayeb D, Khatri V, Cass K, Mehler P. a Comprehensive Review of Complications and New Findings Associated with Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Medicine*. [Internet] 2021 Jun 9[cited 2024 Feb 13];10(12):2555. Disponible: <https://doi.org/10.3390/jcm10122555>
20. Monteleone AM, Castellini G, Volpe U, Ricca V, Lelli L, Monteleone P, et al. Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. [Internet] 2018 Jan [cited 2024 Feb 13]; 80:132–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259721/>
21. Pettersson E, Lichtenstein P, Larsson H, Song J, Agrawal A, Børglum AD, et al. Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls – CORRIGENDUM. *Psychological Medicine*. [Internet] 2018 Oct 18[cited 2024 Feb 13];49(2):351–1. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0033291718002945>
22. Baskaran C, Misra M, Klibanski A. Effects of Anorexia Nervosa on the Endocrine System. *Pediatric endocrinology reviews: PER* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2021 Apr 29];14(3):302–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28508601/>
23. Larsen JT, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Petersen L. Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychological Medicine*. [Internet] 2020 Jan 8[cited 2024 Feb 13];1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0033291719003945>
24. FERNANDEZ ARANDA, Fernando. *Trastornos De La Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson. Pag.13-19. 2002

25. Muela de la Gamba. Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad [Internet]. Google Books. Elsevier España; 2001 [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=iBt3LQzxAQC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
26. Álvarez M. Protocolo. [www.academia.edu](http://www.academia.edu) [Internet]. 2021[cited 2024 Feb 13]; Available from: <https://www.academia.edu/36558412/Protocolo>
27. Ohara C, Sekiguchi A, Takakura S, Endo Y, Tamura N, Kikuchi H, et al. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for bulimia nervosa in Japan: a randomized controlled trial protocol. *BioPsychoSocial Medicine*. 2020 feb 24;14(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13030-020-0174-z>
28. Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. *Journal of eating disorders* [Internet]. 2018;6(3):3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29468065>
29. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019 Mar;42(1):59–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704640/>
30. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2019 Apr 26;109(5):1402–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/>
31. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, et al. Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults. *JAMA*. 2022 Mar 15;327(11):1061. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35289876/>

32. Peat CM, Feltner C. Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care. *International Journal of Eating Disorders*. 2022 Jul 29; Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35903970/>
33. Asociación Psiquiátrica Americana (2004). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
34. Smith KE, Mason TB, Johnson JS, Lavender JM, Wonderlich SA. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders*. 2018 Aug;51(8):798–821. Dirección: <https://doi.org/10.1002/eat.22929>
35. Frank GKW, Shott ME, De Guzmán MC. The Neurobiology of Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* [Internet]. 2019 Oct 1;28(4):629–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6709695/>
36. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*. 2014 Mar 6;48(2):187–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
37. Cristina L, Francesca C, Rosalba L, Antonio B, Valentina M. Effectiveness of cognitive behavioral psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in binge eating disorder: differential research. *British Journal of Medical Practitioners* [Internet]. 2014[cited 2024 Feb 13];7(3):724. Available from: <https://www.bjmp.org/files/2014-7-3/bjmp-2014-7-3-a724.pdf>

38. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. [Internet]2019 Oct [cited 2024 Feb 13];28(4):549–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
39. Azzi R, Samaha S, Malaeb D, Akel M, Azzi V, Souheil Hallit, et al. The association between mental health and Bulimia Nervosa among a sample of Lebanese young adults: the indirect effect of difficulties in emotion regulation. *BMC Psychiatry*. [Internet]2023 May 12 [cited 2024 Feb 13];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04847-0>
40. Nagata JM, Goldel NH. New us Preventive Services Task Force Recommendations on Screening for Eating Disorders. *JAMA*[Internet] 2022 febrero [cited 2024 Feb 13];1;182(5):471-1. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0121>
41. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Morgan LC, et al. Introduction [Internet]. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Agency for Healthcare Research and Quality (US); [Internet] 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338301/>
42. Madruga D, Leis R, Lambruschini F. Trastornos del comportamiento alimentario: AN y BN. Cap. 7. En: SEGHNP-AEP. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*, 2.<sup>a</sup> ed. Ergón, S.A. 2010; 325-339. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)
43. Murray SB. Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders: *The Journal of Treatment & Prevention*. *Eating Disorders*. [Internet] 2019 Jan 2[cited 2024 Feb 13];27(1):6–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1567155>

44. Landini L, Dadson P, Gallo F, Honka MJ, Cena H. Microbiota in anorexia nervosa: potential for treatment. *Nutrition Research Reviews*. [Internet] 2022 Jul 25 [cited 2024 Feb 13];1–20. Disponible: <https://doi.org/10.1017/s0954422422000130>
45. Sala L, Gorwood P, Vindreau Ch, Duriez P. Mindfulness-based Cognitive Therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight and food. *European Psychiatry*. [Internet] 2021 Oct 28 [cited 2024 Feb 13];64(1):1–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2242>
46. 52.Eating Concerns [Internet] College of Saint Benedict & Saint John’s University. Available from: <https://www.csbsju.edu/well-being-center/health-promotion/health-resources/eating-concerns>
47. Valdivia Cervantes GD. Frecuencia y Características Epidemiológicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adultos Jóvenes Estudiantes de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa - 2013. Repositorio UCSM edu pe [Internet]. 2013 Apr 4 [cited 2024 Mar 11]; Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/3966>
48. Asto Pacheco RJ. Relación entre la Percepción de la Imagen Corporal y la Conducta Alimentaria en Adolescentes Mujeres de Colegios Particulares, Parroquiales y Estatales, Arequipa 2014. Repositorio UCSM edu pe [Internet]. 2014 Nov 21 [cited 2024 Mar 11]; Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/4907>
49. Luz L, Cayanchira Domínguez, Maybee. Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima. Ayacucho - 2010. [Internet]. Concytec.gob.pe. 2018 [cited 2024 Feb 13]. Available from:

- [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSJ\\_bc8c95562752646db7e8aa716c34c429](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSJ_bc8c95562752646db7e8aa716c34c429)
50. Sánchez Araujo Mdp. Factores Asociados Al Desarrollo De La Anorexia Y Bulimia Nerviosa En Estudiantes De 3. ° Y 4. ° De Secundaria De La Institución Educativa Privada Corazón De María San Juan De Lurigancho 2017 [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 11]. Available from: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5039/gomez\\_samp.pdf?sequence=1](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5039/gomez_samp.pdf?sequence=1)
51. Montoya Salazar M. Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa María del Triunfo. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 11]; Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/282>
52. Marisol L, Dávila G. “CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA COMERCIO N°64, PUCALLPA 2017” [Internet]. 2019. Available from: <http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4128/000003975T-MEDICINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Barón Castro SV, Restrepo Caballero LE. Percepciones de los patrones de crianza y del vínculo afectivo de una adolescente en proceso de recuperación de Anorexia Nerviosa. Repositorio javeriana edu co [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 13]; Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19087>
54. Lladó Jordán G. Biomarcadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes [Internet]. abacus.universidadeuropea.com. 2017 [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://abacus.universidadeuropea.com/handle/11268/7004>

55. Calderón Ortiz BP. Anorexia Nerviosa en la adolescencia: diagnóstico, bases neurológicas, moleculares, y órgano blanco. repositoriunbosqueeduco [Internet]. 2020 Nov 11 [cited 2024 Feb 13]; Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/4992?show=full>
56. K. W. Frank G, Shott ME, De Guzmán MC. Neurobiología de los trastornos alimentarios [Internet]. [www.intramed.net](http://www.intramed.net). Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=97273>
57. Hübel C, Marzi SJ, Breen G, Bulik CM. Epigenetics in eating disorders: a systematic review. *Molecular Psychiatry*. [Internet] 2018 Oct 23[cited 2024 Feb 13];24(6):901–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0254-7>
58. Carr MM, Wiedemann AA, Macdonald-Gagnon G, Potenza MN. Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of behavioral studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. [Internet] 2021 Aug [cited 2024 Feb 13]; 110:110318. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110318>
59. Ciwoniuk N, Wayda-Zalewska M, Kucharska K. Distorted Body Image and Mental Pain in Anorexia Nervosa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Internet] 2022 Dec 30 [cited 2024 Feb 13];20(1):718. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010718>
60. GRILO CM, LOZANO C, ELDER KA. Inter-Rater and Test-Retest Reliability of the Spanish Language Version of the Eating Disorder Examination Interview: Clinical and Research Implications. *Journal of Psychiatric Practice*. 2005 Jul;11(4):231–40.
61. Fairbiun CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *The international Journal of Eating Disorders*. [Internet] 1994 Dec 1

- (citado Febrero 2024); 16(4):363-70. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7866415>
62. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2024 Feb 13];15(2):817–
63. Saintila Jacksaint, Ramos Cristian, Calisaya Milla. Gender network analysis of the Eating Disorder Examination- Questionnaire (EDQ-7) in Peruvian adults. *Nutrición Hospitalaria*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 4] Available from: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/00112/show>
64. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2001 Apr 1 [cited 2023 May 16];69(2):317–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11393608/>
65. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2021 May 7];15(2):817–24. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/validation-of-eating-disorder-examination-questionnaire-edeq-spanish-version-for-screening-eating-disorders/F42516FAB865413F262E35E13FF80AA5>



## ANEXO 1

Yo.

Acepto que mi menor hija participe voluntariamente en este estudio de investigación,

que realiza la señorita Bolaños Romero Alejandra Paola, asimismo señalo que he recibido información acerca del objetivo de este estudio. He comprendido las explicaciones que se me han brindado y oportunidad de resolver las dudas y preguntas que he realizado y la participación de mi hija en el mismo. También comprendo que su participación consiste solamente en dar respuestas 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

Hija participe en el estudio de Investigación: " CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS AL DESARROLLO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA IE CORAZÓN DE JESÚS E IE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES" 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...

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO S-EDE-Q

**Instrucciones:** Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES O A LOS ÚLTIMOS TRES MESES. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

Cuántos días en los pasados 28 días..	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1.. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2.. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3...¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4.. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5...¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6.. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7.. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8.. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9.. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10.. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11.. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12.. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13.. ¿Te has sentido gordo/a	0	1	2	3	4	5	6
14.. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

#### EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:

15 ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)

0- Ninguna vez

3- La mitad de las veces

6 – Siempre

1- Alguna vez

4- Más de la mitad de las veces

2- Menos de la mitad de las veces

5- La mayoría de las veces

16 ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

17 ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta? \_\_\_\_\_

18 ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? \_\_\_\_\_

19 ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias? 0 – No 1- Sí

En caso afirmativo:

20 ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios? \_\_\_\_\_

21 ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1- Sí

En caso afirmativo:

22 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

23 ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

24 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

25 ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

26 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

27 ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

28 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

En los últimos 3 meses...	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente
29.. ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1 2	3 4	5 6
30.. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1 2	3 4	5 6
31.. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1 2	3 4	5 6
32.. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1 2	3 4	5 6
33.. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1 2	3 4	5 6
34.. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1 2	3 4	5 6
35.. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?	0	1 2	3 4	5 6
36.. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1 2	3 4	5 6

**CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:**

37 ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No 1 - Sí

En caso afirmativo:

38 ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de 3 meses