



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES  
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL  
CERCADO DE LIMA, AÑO 2021”

Tesis para optar el título profesional de:

**Licenciada en Psicología**

**Autores:**

Linda Diana Carrillo Celmi  
Evelyn Gionella Jacho Lloclla

**Asesor:**

Dra. Roa Meggo Ysis Judith  
<https://orcid.org/0000-0001-7750-9807>

Lima - Perú

**2023**

**JURADO EVALUADOR**

Jurado 1 Presidente(a)	<b>CARLOS FERNANDO GARCÍA GODOS SALAZAR</b>	<b>10280784</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	<b>RENZO MARTINEZ MUNIVE</b>	<b>41466055</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	<b>KENIA CASIANO VALDIVIESO</b>	<b>25762317</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

## INFORME DE SIMILITUD

parte 1 8-04-2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	es.scribd.com Fuente de internet	3%
2	Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador Trabajo del estudiante	1%
3	es.slideshare.net Fuente de internet	1%
4	renati.sunedu.gob.pe Fuente de internet	1%
5	www.mindmeister.com Fuente de internet	1%
6	Sanchez Carmona Francisca. "Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a trastornos alimentarios en una población de danza", TESIUNAM, 2001 Publicación	<1%
7	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%

## DEDICATORIA

Dedico esta importante investigación en primer lugar a Dios por brindarme las fuerzas de llegar hasta este momento. A mi madre Alejandrina Lloclla Montes por su gran esfuerzo estos seis años sé que fue una camino difícil para ambas, a mi padre por acompañarme en cada paso y a mis hermanos, gracias por todo el apoyo incondicional.

Evelyn Gionella Jacho Lloclla

Dedico con todo mi corazón este trabajo a las personas que amo y creyeron en mí, mis padres Hermelinda y Eddy, hermanos, abuelitos, mi enamorado Maikol, amigos, mi perrita Lara y en especial a una personita que es parte de mi motivación de vida desde niña ella es Valeria Baroni, gracias a ellos pude seguir en este camino que fue muy difícil para mí. Además, sé que Dios hizo un gran esfuerzo, ya que por más obstáculos que tuve pude concluir este trabajo.

Linda Diana Carrillo Celmi

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a todos nuestros instructores que conocimos mediante nuestra carrera, por formarnos como futuras psicólogas y siempre ayudarnos a perseverar como profesionales de corazón.

	Indice	
Jurado Evaluador		2
Informe De Similitud		3
Dedicatoria		4
Agradecimiento		5
Indice		6
Índice de tablas		8
Resumen		9
Capitulo I: Introducción		10
1.1.Realidad problemática		10
1.2 Marco Teórico		26
1.3Marco Conceptual		40
1.4 Hipótesis		41
Capítulo II: Metodología		42
2.1 Diseño de investigación		43
2.2 Población y muestra		43
2.3 Criterios de inclusión		44
2.4 Criterios de exclusión		45

2.5 Muestra	45
2.6. Técnica.	46
2.7 Instrumento de recolección de datos.	47
Capítulo III: Resultados	55
3.1 Análisis Descriptivo	56
Capítulo IV: Discusión y conclusiones	73
4.1 Conclusiones	77
4.2 Recomendaciones	78
Referencias	79
Anexos	86

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de alumnos por grados de la I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.	44
Tabla 2. Análisis Factorial Combinatorio	55
Tabla 3. Edad de los participantes	56
Tabla 4. Frecuencias para la variable sexo	57
Tabla 5. Frecuencias para la variable grado	58
Tabla 6. Frecuencias para la variable sección	58
Tabla 7. Frecuencias de los niveles de TCA	59
Tabla 8. Frecuencias del nivel de la dimensión actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa	60
Tabla 9. Frecuencias de los niveles de la dimensión variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria	60
Tabla 10. Indicador de obsesión por la delgadez	62
Tabla 11. Indicador de bulimia	63
Tabla 12. Indicador de insatisfacción corporal	64
Tabla 13. Indicador de ineficacia	65
Tabla 14. Indicador de perfeccionismo	66
Tabla 15. Indicador de desconfianza interpersonal	67
Tabla 16. Indicador de conciencia introceptiva	68
Tabla 17. Indicador de miedo a la madurez	69
Tabla 18. Indicador de ascentismo	70
Tabla 19. Indicador de impulsividad	71
Tabla 20. Indicador de inseguridad social	72



## RESUMEN

Este estudio se realizó con el propósito de determinar la frecuencia de los trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima. Año 2021. La muestra estuvo conformada por 171 estudiantes de 1ro, 2do y 3ro de secundaria de la I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán. El tipo de investigación es básico con alcance descriptivo y diseño no experimental. Se aplicó el instrumento EDI- 2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner (1998) adaptado al contexto peruano por Mejía (2017). En cuanto a los resultados obtenidos, se demuestra que el 80% de los estudiantes no presentan indicadores de TCA, sin embargo, un 15% está en riesgo y el 5% presentan TCA. Asimismo, con respecto a la dimensión actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa se mostró que el 95% no presenta indicadores de TCA, no obstante, el 4% está en riesgo y 1% tiene TCA. Además, en la dimensión variables psicológicas relacionadas con los TCA, se manifiesta, que el 85% no presenta indicadores de TCA, mientras el 11% está en riesgo y el 4% tiene TCA.

**PALABRAS CLAVES:** Trastornos alimentarios, adolescentes, estudiantes, autoestima, conducta alimentaria.

## CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

Para empezar 1 de cada 6 individuos de entre 10 y 19 años está afectado por problemas de salud mental, lo que equivale al 16% de la población mundial, según la Organización Mundial de la Salud (2020). Por ello, los trastornos de la conducta alimentaria (TA) aparecen con frecuencia durante la pubertad. Dado que hoy en día hay muchos adolescentes en el mundo, los porcentajes mostrados anteriormente así lo indican, es crucial concienciar sobre estos problemas para que estén informados y puedan tomar parte por sí mismos.

Además, debido al creciente número de casos y víctimas mortales de los que son responsables los TA son considerados ahora un problema de salud humana más grave por la OMS (2020). Dado que estas enfermedades tienen el potencial de empeorar e incluso ser mortales, requieren un tratamiento a largo plazo. Teniendo en cuenta lo anterior, deben tomarse medidas preventivas en los hogares y las aulas, ya que estos problemas pueden ser perjudiciales para la salud de las personas.

La prevalencia de estas enfermedades mentales ha aumentado un 15 % en los últimos cuatro años y afecta cada vez más a jóvenes y niños menores de doce años. A nivel mundial, la prevalencia aumentó del 3,4 % al 7,8 %, y el número de incidentes de TCA se duplicó entre 2000 y 2018. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se ha producido un claro aumento de estos casos a lo largo

del tiempo, lo que ha generado una gran preocupación por el estado actual de la salud mental de los niños y adolescentes (Dupo, 2021).

No obstante, en España también se han visto diferentes casos y se ha encontrado que: En torno a 400.000 de personas padecen estas enfermedades vinculadas a Trastornos alimentarios, en donde 300.000 son varones y mujeres de entre 12 y 24 años. Además, el 70 % de la población adolescente no se siente conforme con su figura corporal y 6 de cada 10 mujeres opinan que se sentirían más felices si fueran delgadas. Frente a todo esto la opinión de los expertos nos dice que se tiene que hacer hincapié en la prevención y tratamiento priorizando el desarrollo del autoestima, el manejo emocional y brindar una educación lejos de los estereotipos (Vanguardia, 2019). Según lo expuesto, se entiende que se debe poner énfasis en el aspecto personal y social del adolescente para tener resultados exitosos.

Además, el número de casos de TA en niños y adolescentes ha aumentado desde que se declaró la pandemia, según Amparo Jaramillo, Psiquiatra Pediátrica del Hospital Almenara, que asegura que sólo dos pacientes de cada diez consultas tenían TA antes de la declaración. Pero ahora, de cada diez pacientes, cinco presentan este diagnóstico. Los casos se daban antes en adolescentes de entre 15 y 16 años, pero desde entonces se han sumado niños menores de 11 años con mayor gravedad debido a la pandemia (La República, 2021). Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que el número ha aumentado debido a la situación con la pandemia, y esto afecta frecuentemente a los afectados.

Además, en los países de Latinoamérica como Argentina. La Dra. Mabel Bello, mencionó que la Bulimia y Anorexia comienzan en la sociedad: el 40% es genético, pero el 60% es social. La parte genética es la que da la predisposición. En el desarrollo la mayoría de las niñas, que entre los 13 y los 15 están disconformes con su cuerpo, buscan hacer dietas, pero sólo el 10% llegará a la patología alimentaria. Basado en el trabajo de su institución, que tiene más de 30 años, solo el 13% de esa población sufriría Bulimia y Anorexia, destacó la médica psiquiátrica (Aluba, 2018). Con respecto a la cita se concluye, que en mayor medida el círculo social impacta en los adolescentes, ya que se tienen datos alarmantes en las edades de 13 a 15 años, esto podría dar origen a la llegada de algún TA.

Según Diana Pacheco, psicóloga de Gaba Perú, el 10% de los estudiantes de secundaria peruanos en el país han sido diagnosticados con trastornos alimenticios, que se manifiestan como falta de apetito, ingesta excesiva de alimentos y vómitos. En su opinión, en este tipo de situaciones, la supervisión de los padres es crucial porque es su deber vigilar el comportamiento de sus hijos y estar atentos porque la falta de consumo de alimentos podría provocar una desnutrición severa. Además, se sabe que estas tragedias también tienen una tasa de mortalidad del 15% (La República, 2019).

De igual manera en nuestro país, la exministra Patricia Garcia señala, que al hablar de salud se debe de tomar en cuenta un enfoque preventivo y no se debe dejar de lado temas fundamentales como, la prevención del VPH, salud sexual y la salud mental, ya que de esta manera se puede dar

pie a temas de depresión, bullying y trastornos alimentarios en las escuelas; reveló Patricia García Funegra, Ministra de Salud quien realizó la IV Asamblea Nacional del CCONNA 2017, además, agregó que participaron 51 líderes entre 10 y 17 años de edad que provienen de 21 regiones, incluyendo Lima Metropolitana y Callao, asimismo, el CCONNA es un espacio hecho por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP. (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2017). Lo nombrado en la plataforma del Estado Peruano y la Ministra de Salud revela que es importante la precaución en la salud de los jóvenes, quienes se mostraron interesados en las respuestas de la IV Asamblea Nacional del Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes - CCONNA Perú. Por tanto, con lo dicho se desarrollará una forma de detectar tempranamente algún trastorno alimentario como prevención.

Mientras tanto, estos trastornos son manifiestos en los individuos de nuestro país, de esta manera: una de las problemáticas en Perú, es que los TA afectan a 300 mil peruanos y los frecuentes son la bulimia y la anorexia, ya que estas enfermedades van de la mano, explica la psicóloga María Elena Salinas-Bohórquez. Además, para la especialista los trastornos de conductas alimentarias suelen ser por causas como: el soporte familiar y la baja autoestima, ya que los adolescentes piensan que, si no logran esa imagen “perfecta”, no son nada. (Castañeda, 2019). Según lo mencionado, se puede inferir que los trastornos más frecuentes en nuestro país son la bulimia y la anorexia y estos van muchas veces juntos. Además, son consecuencia de la baja autoestima y el soporte familiar.

Cabe mencionar que la I.E. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán pertenece al distrito de Cercado de Lima, este es un centro educativo público mixto de nivel primaria y secundaria, en donde esta investigación se centrará principalmente en una población adolescente, en la cual se ha observado que en los alumnos de nivel secundaria de esta institución existen indicios de padecer trastornos alimentarios.

Asimismo, es fundamental resaltar que en esta institución algunos alumnos de 1ro, 2do y 3ro de secundaria tienen edades dentro del rango de 12 a 15 años. Actualmente, existe un caso diagnosticado que se encuentra en proceso de tratamiento y pertenece a 2do año de secundaria, según el área de psicología de la institución educativa. Incluso, se ha evidenciado que los estudiantes no se encuentran conformes con su imagen corporal y eso les lleva a someterse a estrictas dietas que afectan sus hábitos de alimentación, además, en el aspecto psicológico su autoestima. También, el área de psicología de la institución mencionó que estos son problemas poco evidentes, ya que no se pueden ver a simple vista y que probablemente existen más casos que aún no han sido detectados que se presentan mayormente en los grados 1ro, 2do y 3ro de secundaria. Ante lo expuesto, se concluye que en la I.E. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán - Cercado de Lima, existe un problema evidente de una alta frecuencia de TA en estudiantes adolescentes, que debe ser estudiado para dar a conocer el predominio de este tema y abordar el problema de manera eficiente.

A modo de justificación el presente estudio nos brinda una mirada general en el tema de trastornos alimentarios en nuestro país, centrándonos en un público adolescente entre las edades de 12 a 15 años, ya que durante esa etapa se encuentran expuestos a cambios emocionales y físicos, buscando la aceptación de los demás. A nivel teórico, nuestra investigación aporta una reflexión importante en el estudio de los trastornos alimentarios, ya que los casos se van incrementando día a día en nuestro país. En la formación práctica los resultados ayudarán a que la institución tenga una cifra exacta de los casos y de los posibles casos de TA, de forma que el área de psicología pueda tomar acción. En el campo social, nuestro trabajo enseña a la sociedad a no dejar de lado estos temas y aporta información actual que sirve de manera de concientizar a las personas.

Para finalizar, a través del uso de instrumentos de recolección de datos de la confiabilidad y validez extraídos de esta investigación va a contribuir al campo académico y ayudará a los profesionales a entender la magnitud de estos trastornos y las graves consecuencias que genera en los individuos, en este caso adolescentes en su amor propio y otras áreas importantes de su vida.

- **Formulación del problema**

- **Problema general.**

¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima 2021?

- **Problemas específicos.**

¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021?

¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021?

**Objetivos**

- **Objetivo general.**

Determinar la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima. Año 2021.

- **Objetivos específicos.**

Describir la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021.



Describir la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021.

A continuación, investigaciones en torno a la problemática tratada. En el ámbito nacional, Sánchez (2021) en su tesis presentada para optar el título profesional de nutrición y dietética, en donde coloca como título “Prevalencia de riesgo de trastorno alimentario en mujeres estudiantes de 12 a 16 años de edad” y su objetivo es determinar la prevalencia de tener riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en mujeres estudiantes de 12 a 16 años de edad de secundaria de una institución educativa privada en Breña, 2020. El diseño de investigación fue no experimental, de corte transversal y tipo básico. La muestra la conformaron 217 estudiantes mujeres de secundaria de una institución educativa privada en Breña. En los resultados se encontró que existe un 23.7% de estudiantes femeninas de secundaria de la institución educativa privada en Breña con un alto riesgo de sufrir bulimia nerviosa, a razón de los patrones de conducta negativos afianzados a la sensación de llenura, con la inducción al vómito; luego, tenemos un 15.8 % de las estudiantes que se encuentran en constante preocupación sobre la ingesta de alimentos, percibido por una sensación de descontrol sobre la cantidad de alimentos que ingiere; y por último, tenemos un 18% de las encuestadas que se consideran estar subidas de peso aun cuando las opiniones sociales les indican estar en bajo peso o “delgadas”, lo cual demuestra el riesgo positivo alto por

este trastorno de anorexia nerviosa. En síntesis, los resultados arrojaron que en el presente colegio se puede identificar con un porcentaje alto el riesgo de padecer Bulimia Nerviosa, el cual es parte de un TA, ya que las estudiantes muestran algunas características como la sensación de estar llena, inducción al vómito o preocupación al comer.

Salazar (2019) en su tesis para obtener el título de licenciada coloca como título “Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca, 2018”, su objetivo principal fue determinar la prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia y bulimia en relación con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres –Baños del Inca - Cajamarca – 2018. En cuanto a la metodología utilizada fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 257 adolescentes. Entre los resultados más importantes tenemos que 50.6% es de género femenino, entre 11 – 19 años de edad; con una media que 14.6 y una desviación estándar +- 1.55, test EAT – 26 para anorexia muestra que 25.3% presentaron conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios. El test de BITE para la bulimia se evidenció que 30,4% presentó patrones alimentarios anormales, 12.1% tuvo posible bulimia subclínica; respecto al nivel de autoestima 46.7% tuvo autoestima elevada o normal y existe una relación entre anorexia y nivel de autoestima con un  $p = 0.032$ ; asimismo es altamente significativa la relación entre bulimia y autoestima con un  $p = 0.005$ . Se concluye que dicha investigación

sirvió para conocer que existe una significativa relación entre los TA y la autoestima. Además de que los adolescentes están presentando con regularidad conductas alimentarias de riesgo.

Velázquez (2019) en su tesis para obtener el título profesional titulado “Indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo” con el objetivo de establecer las diferencias de los Indicadores de Trastornos Alimentarios en Alumnas de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, realizaron un estudio de tipo descriptivo y no experimental de corte transversal en el año 2019 con una población de 793 adolescentes se les aplicó el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3). Encontrándose que no existe evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal baja autoestima alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficit interoceptivo, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta y la Institución Educativa Diferenciada. Sin embargo, respecto a la escala miedo a la madurez se encontró diferencias altamente significativas ( $p < .01$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (184.5) y la Institución Educativa Diferenciada (144.5). Se entiende según la investigación que los TA están presentes en los adolescentes en todo momento y que no perdonan el tipo de institución en la cual se encuentren, de igual forma, sigue siendo un peligro para su salud.

Paxi (2018) en su tesis para obtener el título de Licencia profesional titulado “Salud mental y trastornos alimentarios en la población adolescente en la Microred de salud cono Sur y Norte Tacna - 2018” con el objetivo de analizar la salud mental y trastornos alimentarios en la población adolescente entre la Microred de Salud Cono Sur y Cono Norte, Tacna - 2018, realizó un estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, método deductivo-inductivo en el año 2018 con una población de 5857 adolescentes, se les aplicó el cuestionario Eating Disorder Inventory (EDI-2) y los resultados fueron que en la Microred de salud Cono Sur la mayoría de adolescentes con el 46,1 % no presentan conductas de trastornos alimentarios, seguido de un grupo minoritario en riesgo de trastornos alimentarios con el 4,9 % y sólo el 0,4% tienen presencia de conductas de trastorno alimentario. Mientras que en la Microred de salud Cono Norte la mayoría de adolescentes con el 41,7 % no presentan conductas de trastornos alimentarios, seguido de un grupo minoritario en riesgo de trastornos alimentarios con el 5,6 %. Por último, se comprobó la hipótesis alterna, es decir existe correlación entre la salud mental y los trastornos alimentarios en la población adolescente de la Microred de salud Cono Sur y Cono Norte, Tacna. Resumiendo, no se encuentra un riesgo alto de trastornos alimentarios en los adolescentes ya sea en la Microred de salud del Cono Norte o Sur, esto indica que ellos tratan de ser perseverantes y trabajan para mantener una buena salud mental.

Santa Cruz (2018) realizó una investigación titulada “Percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11 a 18 años del colegio Jorge Basadre del distrito de José Bustamante y Rivero Arequipa en el año 2017” en donde coloca como objetivo determinar la

percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11-18 años del Colegio Jorge Basadre del distrito de José Luis Bustamante Rivero de Arequipa, Perú durante el año 2017. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, analítico y transversal. Para ello, se contó con una muestra de 145 adolescentes escolares el 49,7% (72 mujeres) y el 50,3% (73 varones), cuyas edades fluctuaban entre 11 y 18 años de edad. Los resultados demuestran que mediante la encuesta EPA: el 75,17% (n=109) del total presentó un nivel moderado de preocupación por su alimentación según sexo, el género masculino predomina en el nivel moderado con el 40,69% (n=59) ante las mujeres 34,48% (n=50); el 9,66% (n=14) un nivel alto de preocupación por su alimentación y el 15,17% (n=22) un nivel bajo de preocupación. Finalmente, no hay correlación significativa ( $p>0.05$ ). Para cerrar la idea, los adolescentes de la institución educativa presentan un nivel moderado con respecto a la percepción, restricción o preocupación, ya sea de la forma de consumo o peso al momento de comer, además, se obtuvo un ligero predominio por parte del género femenino, ya que las mujeres tienen gran preocupación con el tema de su alimentación y sin la ayuda necesaria esto puede ser un problema a corto plazo.

En el mismo sentido, investigaciones en torno a la problemática tratada. En el ámbito internacional, Soto (2021) en la tesis para obtener el título doctoral titulado “Marcadores inflamatorios en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con factores clínicos, la personalidad y el trauma en adolescentes” tuvo como objetivos; en primer lugar, en estudiar la función inflamatoria en pacientes diagnosticadas de TCA menores de 18 años en comparación con controles sanos; en segundo lugar, analizar si existen diferencias en la función inflamatoria entre

los diferentes subtipos de TCA, Anorexia nerviosa Restrictiva (ANR); Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP) y Bulimia Nerviosa (BN), en lo que respecta marcadores proinflamatorios y en tercer lugar, correlacionar la existencia de disfunción inflamatoria en pacientes con TCA con diferentes síntomas clínicos, con la existencia de antecedentes traumáticos y con los rasgos de la personalidad. El diseño de esta investigación fue transversal y observacional. La muestra estuvo conformada por pacientes hospitalizadas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanto-Juvenil Niño Jesús de Madrid que cumplen los criterios diagnósticos para cualquier forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria, sin embargo, como un control del estudio se escogió a un grupo de alumnos de secundaria de un colegio de la Comunidad de Madrid. Como resultado encontramos alteraciones en parámetros inflamatorios en TCA y grupo control, los niveles más elevados de marcadores inflamatorios fue entre las menores con TCA, algo que podría hacer pensar en que la alteración inflamatoria curse desde el inicio del trastorno sin que pudiera atribuirse a la cronicidad del mismo. Padecer trauma y perfil purgativo se asoció a mayor descontrol de impulsos, peor regulación emocional, más rasgos depresivos y límites de personalidad y mayor gravedad de los síntomas alimentarios. Para concluir el estudio nos muestra que a temprana edad existe una significativa alteración inflamatoria y mayor gravedad en la sintomatología de TCA.

Reiván (2019) en su tesis doctoral, titulada “Modelo predictivo del riesgo de trastorno alimentario en universitarios de Quito, Guayaquil y Cuenca”, en donde tuvo como objetivo diseñar y evaluar la pertinencia de un modelo predictivo del riesgo de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

en mujeres y hombres de las ciudades Quito, Guayaquil y Cuenca. Por otra parte, la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, contó con un diseño no experimental transversal, de tipo correlacional-causal con una muestra no probabilística de 918 universitarios ecuatorianos procedentes de las tres ciudades. A tenor de los resultados, mediante un modelo estructural se confirma que la ansiedad, el perfeccionismo, la depresión, las dificultades en la regulación emocional, el sexo y la ciudad de residencia, predicen el riesgo de anorexia nerviosa y el riesgo de la bulimia nerviosa en estudiantes universitarios ecuatorianos. Así mismo, el modelo multigrupo obtuvo una bondad de ajuste adecuada ( $\chi^2=6.33$ ,  $p=0.097$ ; RMSEA=0.06; CFI=0.997; TLI=0.945; SRMR=0.015), y validez predictiva global cercana al 30% (CD = 0.284), la prueba de invariancia para valorar el grado de equivalencia de los coeficientes estructurales en función de la ciudad de procedencia, obtuvo resultados significativos ( $\chi^2=65.99$ ,  $gl=34$ ,  $p<.001$ ), lo cual indica que el modelo de relaciones subyacentes entre las variables de estudio es diferente en función. Se infiere que el estudio fue de utilidad para poder conocer que las dificultades de regulación emocional en los estudiantes, es determinante para la presencia de TA.

Ambrocio y Velázquez (2018) en la tesis para obtener el título de Licenciado titulado “Factores familiares y socioculturales asociados a las conductas alimentarias de riesgos en adolescentes” con el objetivo de analizar la relación entre aspectos familiares y socioculturales con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de ambos sexos, realizaron un estudio de tipo cuantitativa en el año 2018 con una población de 100 participación de 13 a 18 años, 39 hombre y 61 mujeres, se les aplicó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) y los

resultados arrojaron que fue significativa tanto para hombres como para mujeres, además, el resultado global de las pruebas fue que el 94% de los adolescentes no presentan conductas alimentarias de riesgo y 6% si las presentan; mientras la relación de conductas de riesgo fue significativa tanto para hombres como mujeres. La investigación da a conocer que una gran cantidad de adolescentes no presentan conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, es importante mencionar que en los colegios se debe de implementar sistemas de prevención para los TA, ya que muchas veces pueden llegar a ser imperceptibles.

Cañabate (2018) en su tesis doctoral titulada “El Sentido de la Vida como factor predictor en la psicopatología de los Trastornos Alimentarios”, tuvo como objetivos explorar la relación entre el Sentido de la Vida y la psicopatología propia de los TA (Imagen Corporal, Creencias y Actitudes hacia la comida), así como en la psicopatología asociada (Desesperanza, Frecuencia y funciones de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, Ideación Suicida y Frecuencia de los Intentos de Suicidio) y proponer un modelo predictor de la psicopatología propia de los TA (Creencias y Actitudes hacia la comida), y de la psicopatología asociada (Desesperanza, Funcionalidad de las ANS, Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad e Ideación Suicida), en donde el tipo de diseño fue un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, con un intervalo de tiempo entre las dos medidas de 7 meses. En cuanto a la población, estuvo conformada por una muestra de 240 personas diagnosticadas con algún tipo de TA según los criterios del DSM-5. (American Psychiatric Association, 2018) y procedentes de dos unidades hospitalarias de la Comunidad Valenciana. En los resultados obtenidos se plantea que existen



diferencias significativas de Sentido de la Vida entre los diferentes tipos de TA. No obstante, un bajo Sentido de la Vida se relacionó con la psicopatología propia y asociada de los TA en ambos momentos del estudio y se propuso un modelo en el cual el Sentido de la Vida fue una variable predictiva de las Creencias y Actitudes hacia la comida, la Desesperanza, de la funcionalidad intrapersonal e interpersonal de las ANS, de la Sintomatología Límite y de la Ideación Suicida. Para cerrar la idea, en los resultados arrojados se demuestra la importancia de incluir el Sentido de la Vida en proyectos de prevención e intervenciones terapéuticas en personas diagnosticadas con TA, ya que se demostró en la investigación que es una gran motivación para los pacientes.

Scipione (2018) en la tesis para obtener el título de Licenciatura profesional titulado “Trastornos alimentarios y calidad de vida en adolescentes de 15 a 21 años de edad de la ciudad de Paraná” con el objetivo de describir la calidad de vida que presentan las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, con aquellas adolescentes de igual edad y trastorno que no se encuentran bajo tratamiento, realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y comparativo, de corte transversal en el año 2018 en la ciudad de Paraná con una población de 45 adolescentes mujeres de 15 a 21 años de edad, se les aplicó el cuestionario Eating Disorder en donde se demostró que en ambos grupos estudiados la sub-escala con valores más elevados de lo normal fue la “preocupación por la silueta”, dejando ver una media de 3,43 en adolescentes bajo tratamiento y 3,58 en adolescentes sin tratamiento, es decir, por más que las diferencias entre ambos grupos no sean significativas, el grupo de las jóvenes con

trastorno alimentario sin tratamiento evidencian mayor preocupación por la silueta. Para concluir el presente estudio brinda información importante para los TA en general, ya que se evidencia que una significativa población presenta en mayor medida preocupación por su silueta, esto puede estar relacionado con una de las causas para desarrollar TA en la actualidad.

## **1.2 Marco Teórico**

Los trastornos alimentarios han existido durante varios años de forma disfrazada. Precisamente en el siglo XVI, en los escritos revisados por la literatura teológica se ha demostrado que desde aquellos tiempos los seres humanos presentaban conductas como la abstinencia de ingerir alimentos con el tipo de excusas pertenecientes a la divinidad o en algunas ocasiones argumentaban que se trataba de posesiones del demonio, en donde se encontró un singular número de mujeres con conductas caracterizadas por los TA sobre todo en la Italia en los siglos XIII al XV (Madueño, 2013).

De igual modo, de acuerdo con Moreno (2016) tras la Revolución francesa, la nobleza ansiaba reconstruir corporalmente las jerarquías sociales y políticas, en donde cobró fuerza un modelo de belleza en las mujeres el cual estaba caracterizado por mantenerse siempre bellas, delicadas y delgadas concepto por el cual se contradice al modelo anterior que veía a la mujer de una forma tosca y robusta. Asimismo, en el siglo XVII objetos como el espejo y temas en cuanto a belleza eran cada vez más sonados por las clases dominantes.

Analizando el impacto de estos trastornos surge la interrogante sobre ¿Cuál fue el primer caso referido de TA? y hallamos de acuerdo a Madueño (2013) que probablemente el primer caso descrito fue en el año 895 por el monje Wofhard de Baviera al describir la milagrosa creación de Santa Walpurgis. Este es el caso de una joven de nombre Friederada von Trechtlingen, que padecía de paraparesia y ceguera, además de diversos trastornos alimentarios, en el cual destacaba un periodo de rechazo a la comida, vómitos después de comer algo pequeño, asimismo, el caso tuvo seguimiento por orden del obispo durante 6 meses, quien desapareció después de asistir el monasterio de dicha santa.

Por otro lado, es crucial saber en qué año empezaron a añadirse ciertos trastornos:

El DSM III. (American Psychiatric Association, 1980) reconoció el "Pánico a engordar" y "El terror al descontrol" como síntomas claros para apoyar la presencia de bulimia en el segundo caso y de anorexia nerviosa en el primero. Además, Baile y González (2014) exponen varios métodos para tratar los trastornos alimentarios que existían en la época. Con menos probabilidades de éxito afirman que la identificación del trastorno como tal comienza en la década de los setenta del siglo XX y, desde entonces, son muchos los abordajes terapéuticos que conocemos.

Acorde con Rivarola (2005) nuestra sociedad ha adorado cada vez más el cuerpo, hasta la actualidad toda una industria sobreestima a la delgadez, ya que implementan publicidad engañosa con productos de pérdida de peso para que puedan llegar a su ideal que a menudo son dañinos.

Normalmente, este mensaje se ve eclipsado por conceptos que intentan conectar la delgadez con la salud, "estar en forma", "mantenerse joven" o ideas de victoria o dominio.

Por último, conforme a Morrison (2015) los individuos que comen muy poco o demasiado pueden llegar a tener problemas de salud, además la mayor parte de la población en el mundo sufre de uno de estos comportamientos en algún momento y como muchos pueden ser peligrosos si se llevan al extremo que a veces pueden volverse letales.

### **1.2.1 Aproximaciones conceptuales.**

Conforme a Raich (2017) afirma que los trastornos alimentarios son “trastornos psicológicos que comparten graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosas” (p.11).

Asimismo, según DSM IV. (American Psychiatric Association, 1994) los TCA son definidos como alteraciones graves, sus principales características son la percepción de la forma y el peso corporal.

Pueden afectar tanto a mujeres como a hombres de cualquier edad, aunque los adolescentes son más propensos que otros grupos de edad a padecerlos. Los TCA suelen ser multideterminados y naturalmente variables, a pesar de que algunos componentes contribuyen actualmente al modelo

conceptualmente expansivo basado en los "factores de riesgo." Garner y Garfinkel (1980) citado por Garner (2010). Esta descripción sugiere que estas enfermedades alteran las percepciones de los adolescentes y les dificulta percibir correctamente la realidad.

De acuerdo a Chávez et al. (2004) los TA son un síndrome que finalmente afectan a los individuos en varias áreas, pero el más importante es la relación con uno mismo, también, se manifiesta una gran carga de emociones, desde el dolor y la ira hasta la depresión y el auto-rechazo. Usualmente, cualquier conducta alimentaria es algo complejo y para su estudio es necesario tener una aproximación multifactorial y una perspectiva psicosocial.

Por otro lado, conforme con Yosifides (2006) la bulimia y la anorexia son trastornos que afectan por completo la salud de varios adolescentes, ya que existe en la actualidad la necesidad de parar y pensar de cómo estos temas que surgen con mayor frecuencia ya sea de manera pública o privada. Se sabe que ahora es un tema casi epidémico, pero no lo abordan de manera favorable.

Conforme a Moreno (2010) menciona que:

Psiquiatras y psicólogos: un grupo importante de especialistas organiza en España en torno a dos ideas contestadas por otros sectores de psiquiatras y psicólogos: los trastornos alimentarios constituyen una entidad nosológica específica que requiere tratamiento al margen de las unidades de salud mental habituales o de las unidades infanto-juveniles (p.22).

Según el análisis realizado por expertos concluyen que estos temas no deben de ser tomados de forma corriente sino más bien que requiere un amplio tratamiento en distintas áreas de la vida de la persona.

La mayoría de los pacientes con TA comparten algunas características psicológicas, como la incapacidad para identificar y expresar sentimientos, que puede manifestarse como hambre o sensación de saciedad. Además, las personas que lo padecen tienen baja autoestima, lo que aumenta su dependencia de la validación externa. Pero lo más importante es que les anima a desprenderse de su apariencia mientras navegan por la sociedad y el mundo de la moda (Rivarola, 2005).

En conclusión, Garner y Garfinkel (1981) afirman que los cambios de IC provocan una distorsión cognitiva general de la percepción que la persona tiene de su aspecto físico que está relacionada con su insatisfacción y preocupación por la figura, así como una distorsión perceptiva del crecimiento debido a que sobreestiman algunas partes del cuerpo.

### **1.2.2 Factores.**

Los factores de riesgo, tal y como los define Garner (2010), son aquellos que apuntan a una alta posibilidad de desarrollar un TCA. Se trata de precipitantes, predisponentes y mantenedores. A continuación, cada uno de ellos se someterá a un análisis. Yosifides (2006) afirma que:

#### ***1.2.2.1 Factores predisponentes.***

Para el psicoanálisis existen vivencias previas, de periodos latentes como en la etapa de la pubertad, ya que los individuos presentan sus primeras vivencias. Esto se podría llamar el camino para la constitución de un síntoma. También, se considera como factores predisponentes a lo singular e histórico de la vivencia infantil, más lo prehistórico que se hereda. En primer lugar, la relación de la madre con su hijo al responder de modo protesta con algunos trastornos alimentarios, como los vómitos, rechazo de alimentos, etc. Además, en pensar en el yo “ideal”, por la necesidad del perfeccionismo y autoestima vulnerable, ya que desean complacer a sus familiares. Finalmente, los factores socioculturales presentan la envoltura social al síntoma individual en la persona.

#### ***1.2.2.2 Factores precipitantes.***

En este punto se observa la base de vivencias infantiles, posteriormente a partir de un recuerdo se representará, y recién en ese momento un acontecimiento sobrevivirá algo traumático y se desencadenará la enfermedad. También, el despertar de las fantasías (pulsión sexual), ya que trae el desencadenamiento de los síntomas, además, menciona que se presentan por experiencias primarias traumáticas por reprimir un periodo de latencia, el recuerdo posterior que produce la represión y el síntoma primario. Por último, se menciona la vida sexual de la mujer que se divide en dos fases, la primera es el complejo de Edipo en donde su decisión es para ella convertirse en mujer y segundo la enfermedad propiamente dicha que es el periodo de la pubertad.

### ***1.2.2.3 Factores de mantenimiento.***

Estos continúan con la enfermedad, además, que se divide en carácter físico y psicológico. Asimismo, las personas que presentan algún trastorno alimenticio manifiestan lo siguiente: los vómitos, reanudan su tiempo de culpa, atracón y la dieta.

En conclusión, a lo citado, estas causas se presentan en la etapa de la niñez y en la etapa de la pubertad, lo cual es muy importante centrarse en este período de vida, ya que es el inicio del crecimiento del ser humano, también, se obtuvo los puntos importantes de los factores predisponentes en el tema de trastornos alimentario, ya que son principales problemas en la actualidad.

Por otro lado, entre los factores de riesgo para presentar TA podemos encontrar. Según Rojo y Cava (2004) a los siguientes:

- Edad

Durante las tres décadas que abarca el estudio se ha observado que la edad de inicio de estos trastornos fueron en las edades de 18 años para ambos sexos y hasta el momento se ha mantenido estable, aunque ha aumentado el tiempo entre el inicio y la presentación en los tratamientos.

- Estrés



Aunque hay gran número de trabajos sobre la relación del estrés con el comienzo de los TCA, la inmensa mayoría están basados en anotaciones de casos o bien el instrumento de medición del estrés que aplican no es el más adecuado para determinar su severidad.

- Dieta

La dieta puede ser uno de los causantes de mayor riesgo para el desarrollo de TCA.

### **1.2.3 Tipos.**

Actualmente, el tema de trastornos alimentarios es tomado con incertidumbre por los padres, debido a que en ocasiones no conocen de este tema y las consecuencias graves que puede ocasionar. De esta manera, mencionaremos los tipos de trastornos alimenticios que son.

#### ***1.2.3.1 Bulimia.***

Dúo et al. (2014) identifican la bulimia nerviosa como un trastorno que, si no se trata rápidamente, puede afectar a la vida de una persona de diversas maneras. Los episodios de atracón, que son episodios de comer en exceso, y el control continuo del peso son las dos características

principales de este trastorno. Afecta con frecuencia al 1-3% de la población femenina, ya sea adolescente o adulta joven, puesto que los varones son menos frecuentes en ella.

### ***1.2.3.2 Anorexia.***

Conforme a Baile y González (2014) la anorexia nerviosa es un TCA que se muestra por la negatividad del individuo a mantener un peso corporal específico ya sea con respecto a su edad y sexo, mayormente se manifiesta por restricciones severas en la ingesta alimentaria.

Por consiguiente, dentro de los tipos más comunes encontramos que existen otras clasificaciones que forman también parte de estos trastornos, conforme a Serra (2015) los ordena por:

### ***1.2.3.3 Ortorexia.***

La ortorexia es un espectro sindrómico poco definido e insuficientemente estudiado que consiste en la preocupación extrema por los alimentos pretendidamente saludables y exentos de contaminantes. Esta entidad puede relacionarse con las preocupaciones obsesivas por la salud, con los temores hipocondríacos a las enfermedades y, en cierto modo, con actitudes culturales ligadas a la dieta y a los alimentos.

#### ***1.2.3.4 Vigorexia***

Se caracteriza por un deseo de perfección física que sólo puede alcanzarse mediante ejercicio intenso y dietas especiales, lo que significa que si no se consigue, la persona puede manifestar insatisfacción con su propio aspecto hasta el punto de depender de fármacos que podrían ser peligrosos para su salud.

#### ***1.2.3.5 Síndrome de ingesta nocturna (comedores nocturnos).***

Los afectados suelen interrumpir sus horarios de sueño y en esa situación tienen presencia de sobreingestas, pero aún no tienen una respuesta si estas crisis son debido a un TCA o si es por alguna anomalía primaria del sueño.

Según el DSM- V. (2018) dentro de los tipos de trastornos alimentarios incluye a:

- *Pica*. Esto es lo suficientemente importante como para requerir atención médica inmediata porque representa una ingestión prolongada de drogas no nutritivas durante al menos un mes. Por ejemplo, hielo, arte, cenizas, piel, tierra, jab, etc.

- *Trastorno de Rumiación.* Es un vómito constante después de comer por un periodo al menos de 1 mes, ya que los alimentos digeridos se devuelven a la boca provocando molestias. Además, el individuo puede volver a masticarlos, vomitarlos o tragarlos. Por ejemplo: el reflujo gastroesofágico.

- *Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.* Es más reflejado en la infancia y la primera niñez, una de sus características es la restricción de recibir alimentos, ya que solo desean ingerir poca cantidad de alimentos y evitar consumir ciertas comidas.

- *Anorexia Nerviosa.* Presenta 3 características básicas: la limitación de la ingesta, el miedo fuerte a ganar peso y la variación visual del peso. Además, es el individuo que padece de este trastorno trata de conservar un peso por debajo del que tiene en su edad, sexo, evolución y salud física. Mayormente, empieza en la adolescencia o la edad adulta temprana.

- *Bulimia Nerviosa.* Se caracteriza por periodos de comer compulsivamente, luego de ello sentirse culpable por comer y por último provocarse el vómito para que de esa forma el individuo no suba de peso.

- *Trastorno de Atracones.* Son episodios recurrentes que se produce en una persona mínimo una vez por semana y por 3 meses. Asimismo, es una condición en donde la persona come una cantidad excesiva de lo normal y no tiene el control de su comida.

- *Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.* Presentan síntomas característicos a un trastorno o ingesta que causa malestar clínicamente en el funcionamiento social, laboral u otra área importante, pero no cumplen con todos los criterios de la categoría de este trastorno o ingesta de la alimentación. Ejemplo: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno por purga y el síndrome de ingesta nocturna de alimentos.

- *Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.* Presencia predominantes característicos a un trastorno o ingesta en la alimentación que causan malestar de manera clínica y no pueden tener un funcionamiento eficaz, pero no se puede identificar bien, ya que no cumplen suficientes criterios para un diagnóstico. Además, el médico lo utiliza para no especificar el motivo de incumplimientos de los criterios de un TCA y de la ingesta específica porque no tiene un diagnóstico más específico.

### **1.2.6 Consecuencias.**

En relación a este tema, se han identificado a lo largo de los tiempos graves efectos en la salud de los jóvenes.

Por consiguiente, Raich menciona que los TA: “aparece más a menudo en jóvenes adolescentes (de 15 a 19 años) y es una enfermedad muy grave. La mortalidad que provoca es una de las mayores, causadas por trastornos psicopatológicos” (2017, p.13).

Asimismo, de acuerdo con Coleman et al. (2008) mencionan que la bulimia está representada con ingerir laxantes, así como también inducir al vómito, esto puede generar graves consecuencias a futuro en la salud gastrointestinal, ya sea como presentar una ruptura del esófago, déficit de minerales en el sistema digestivo y deshidratación, además, en el tema psicológico afecta a la salud emocional causando depresión.

También, Cabañera y Escrivá afirman que “algunas consecuencias físicas en las personas con Bulimia Nerviosa que no son tan evidentes como la Anorexia Nerviosa y mayormente aparecen de forma aguda tras varios años de evolución del trastorno” (2016, p.22). Por ello lo determinan tales como:

- *Complicaciones por los atracones.* Puede ser la dilatación gástrica, llegando a producir en casos graves y puntuales un desgarró en el estómago. Las digestiones son más lentas o puede aparecer dolor abdominal.

- *Complicaciones por el vómito.* Es la aparición de pequeños agujeros en las mejillas y bajo los ojos, erosiones y la pérdida del esmalte dental debido al ácido del vómito. También, úlceras en la boca, lesiones en la mucosa gástrica, neumonía por la aspiración de los vómitos autoprovocados, desequilibrios hidroelectrolíticos, fatiga, dolores musculares, cloro por la sangre que se pierde en los vómitos, etc.

- *Complicaciones por el uso de laxantes.* Alteración de la motilidad intestinal, cuyas consecuencias son la presencia de estreñimiento o diarreas y la retención de líquidos, ya que se evidencia cuando aparecen edemas en las extremidades, sobre todo al finalizar el día.

- *Otras complicaciones.* Problemas en la menstruación (menstruaciones irregulares), debidos fundamentalmente a las variaciones en el peso y la falta de nutrición.

De igual manera, conforme a Raich (2017) describe que con la alimentación restrictiva se observan consecuencias tanto físicas como psíquicas, ya que el individuo se propone a disminuir su dieta prescrita. Por lo tanto, se permite evitar ciertos alimentos y por ello para un rápido avance se realizan purgas, ya que suelen notar más cambios en el físico y el estado de ánimo.

Para finalizar, según lo mencionado anteriormente, se puede rescatar que las complicaciones que padecen estas personas son de manera física y psicológica y se presentan en ocasiones de manera irremediable, ya que se producen por el tiempo de la irregularidad y las defensas bajas de su organismo.

### **1.3 Marco Conceptual**

**Adolescencia:** La etapa en la cual se desarrolla el ser humano que inicia desde la pubertad en donde se originan una serie de cambios físicos y psicológicos (Carretero et al., 1998).

**Autoestima:** La capacidad o actitud con la cual me puedo relacionar conmigo mismo y lo que puede causar que me describa ante los demás de una manera positiva o negativa ya sea según en el estado en el que nos encontremos (Montoya, 2001).

**Trastornos alimentarios:** Enfermedad tratable que puede causar graves alteraciones de forma física o mental en el individuo que lo padece, además, generalmente se inicia en la adolescencia, ya que se fijan excesivamente en su peso y puede afectar tanto a mujeres como varones (Mayo Clinic, 2018).

**Estudiante:** Es un individuo, ya sea niño, joven o adulto que se encuentra estudiando en un centro de enseñanzas, asimismo, su principal función es aprender cosas nuevas o involucrarse a materias del agrado de la persona (Real Academia Española, 2014).



Garner (1998) define a los TCA como problemas comunes que principalmente perjudican a adolescentes y adultos jóvenes, para su comprensión es necesario considerar los diferentes factores que influyen en que los individuos que lo padecen, por ejemplo en sus vivencias en las etapas de su desarrollo, factores externos que pueden causar los síntomas y signos. Según la definición mencionada, el creador se basa sobre todo en los adolescentes y mujeres jóvenes ya que son las principales víctimas del padecimiento de TCA, además, indica que es esencial tener en cuenta los factores y las diversas experiencias que los lleva en estas etapas a tener algunas alteraciones que pueden provocar síntomas que no les favorecerá a mejorar su salud mental.

#### **1.4 Hipótesis**

Conforme a Hernández et ál. (2014) no siempre se establece una hipótesis, ya que va depender del alcance inicial que tiene la investigación el cual a su vez va depender del planteamiento del problema, en este caso nuestra investigación tiene un alcance descriptivo que no intenta pronosticar un dato. Las investigaciones cuantitativas que requieren hipótesis son solamente aquellas que conllevan un alcance correlacional o descriptivo que a su vez intentan pronosticar una cifra, un dato o un hecho.

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo básico. Sánchez et al. (2018) afirma que “Un tipo de investigación orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos sin una finalidad práctica específica e inmediata, además, busca principios y leyes científicas, pudiendo organizar una teoría científica. También, es llamada investigación científica básica” (p.79). Se distingue que una investigación tipo básica es cuando se realiza con el fin de brindar nuevas aportaciones y trabajos en el momento o a corto plazo.

Asimismo, nuestra investigación es de enfoque cuantitativo, conforme a Sánchez et al. (2018) nos dice que la investigación enfocada en la medición numérica se hace uso de la recolección de datos y análisis de estos para poder contestar las interrogantes planeadas e hipótesis de esta manera respaldan sus resultados ya sea en la medición numérica, en el conteo y frecuentemente, en el uso de la estadística para predecir el comportamiento de una determinada población.

Por último, el alcance de la investigación es de tipo descriptivo, según Hernández y Mendoza (2018) se caracteriza por la medición y evaluación de distintos componentes o aspectos de investigar. Desde una mirada profesional describir es medir, es decir en una investigación descriptiva se elige y se mide cada valor de manera independiente para así poder describir eficientemente lo que se pretende investigar.

## **2.1 Diseño de investigación**

En cuanto a Hernández et al. (1997) el diseño de investigación no experimental “Es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p.245). Lo nombrado por los autores, nos manifiesta que la investigación no experimental se realiza sin manipular intencionalmente las variables, ya que primero se debe observar los fenómenos del contexto para luego estudiarlos.

## **2.2 Población y muestra**

### **2.2.1 Población.**

Pineda et al. (1994) define a la población como un grupo de personas u objetos de los cuales se determina investigar, es decir estos pueden tener distintas características. Teniendo en cuenta esta definición, la población de estudio se encontrará conformada por 300 estudiantes de 1ro, 2do y 3ro de secundaria de la I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán ubicada en cercado de lima, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1

*Población de alumnos por grados de la I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.*

SECCIÓN	Nivel	A	B	C	D	E
1ro	Secundaria	20	20	20	20	20
2do	Secundaria	20	20	20	20	20
3ro	Secundaria	20	20	20	20	20
Total	Secundaria	300				

### 2.3 Criterios de inclusión

-Estudiantes adolescentes de la I.E. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán de 1ro, 2do y 3ro año del nivel secundario.

-Estudiantes adolescentes del sexo femenino y masculino.

-Estudiantes con edades de 12 a 15 años.

-Estudiantes adolescentes que se encuentran en clases virtuales de tutoría al momento de la aplicación del instrumento, además, deberán participar de la aplicación por voluntad propia y con la aprobación del consentimiento informado de los padres de familia.

-Posteriormente, serán considerados a los estudiantes adolescentes con o sin problemas de conducta alimentaria.

## 2.4 Criterios de exclusión

- Para esta investigación no se tomará en cuenta a los estudiantes que no se presenten en su clase de tutoría.
- No se tomará en cuenta estudiantes mayores de 16 años.
- Participantes que no hayan resuelto todos los ítems de los instrumentos.
- Participantes que hayan alterado sus respuestas.
- Estudiantes que no contaron con la aprobación de sus padres para la aplicación de la prueba.

## 2.5 Muestra

Rubio (2014) define a la muestra como un subgrupo de una población total, así como también se podría describir como la suma de unidades de muestreo extraídos de un marco muestral.

Para esta investigación, la muestra se determinará mediante la fórmula de muestreo probabilístico de poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 S^2 N}{E^2 (N - 1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z= Es el valor de la distribución normal estandarizada para un nivel de confianza fijado por el investigador.

S= Desviación estándar de la variable fundamental del estudio o de interés para el investigador.

Obtenida por estudios anteriores, muestra piloto, criterio de experto o distribución de la variable de interés.

P= Es la proporción de la población que cumple con la característica de interés.

E= % del estimador o en valor absoluto (unidades). Fijada por el investigador.

Entonces:  $n = 170$

## 2.6. Técnica.

Para la presente investigación se hizo uso de la técnica conocida como “Test” que es utilizado frecuentemente por profesionales de la carrera de psicología para conocer datos de la conducta de las personas y a raíz de estos tomar decisiones que influyen en las personas, por ello resulta

necesario que cada test cumpla con la obligación de proporcionar estándares de calidad (Muñiz y Fonseca, 2019).

## **2.7 Instrumento de recolección de datos.**

### **2.7.1 EDI- 2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria**

En cuanto a la descripción general del inventario. Garner (1998) menciona que el EDI- 2 es un instrumento que es usado específicamente para evaluar síntomas característicos de Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Este puede ser de sencilla aplicación que brinda puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los TA. Presenta 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben de indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” (p.14).

### **2.7.2 Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2) en**

#### **Lima**

Para la presente investigación se hará uso de la adaptación peruana del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) desarrollada por Mejía (2017), el cual fue aplicada

de la misma manera en una población de estudiantes de nivel secundario en una institución educativa pública.

### **2.7.3 Garantías psicométricas**

#### **2.7.3.1 Validez.**

Como lo hace notar en la adaptación del instrumento EDI-2. Mejía (2017) afirma que:

En cuanto al Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), se trabajó la validez de contenido mediante la elaboración de 146 elementos encargados a clínicos que reunían la doble condición de ser expertos en la literatura científica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Adicionalmente, se realizó la validez del criterio con la finalidad de confirmar de discriminar adecuadamente entre muestras de pacientes y no pacientes, por lo que se identificó que todos los elementos del EDI consiguieron esta característica. A su vez, se realizó la validez concurrente, donde se comparó las puntuaciones de autoinforme con la opción clínica de profesionales y terapeutas familiares expertos, es así que, en un grupo de pacientes de Anorexia Nerviosa (N=49) los especialistas psicólogos o psiquiatras dieron puntuaciones a los sujetos en las diversas escalas divididas en diez intervalos, lo cual fue emitido a los jueces. Finalmente, se realizó la validez de constructo considerada la más importante, la cual se realizó mediante la correlación con otras pruebas que medían el mismo constructo, sin embargo, en este método se presentó dificultades porque los otros instrumentos se habían creado para medir



constructos clínicamente relevantes, no obstante, algunas escalas sí coincidieron conceptualmente con otras pruebas (p. 42).

### ***2.7.3.2 Confiabilidad.***

Basado en la adaptación del instrumento EDI-2. Mejía (2017) manifiesta que:

Para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó en primera instancia el método de consistencia interna a través del índice del Alfa de Cronbach, dando como resultado para la escala de Obsesión por la delgadez es 0,83, para la escala de Bulimia es 0,86, para la escala de Insatisfacción corporal es 0,92, para la escala de Ineficacia es 0,90, para la escala de Perfeccionismo es 0,80, para la escala de Desconfianza Interpersonal, para la escala de Conciencia Introceptiva, para la escala de Miedo a la madurez, 0,83, asimismo, para las escalas adicionales, para la escala de Ascetismo es 0,70, para la escala de Impulsividad es 0,77 y para la escala de Inseguridad Social 0,80. Adicionalmente, se usó como segundo método el Test – retest en muestras no clínicas, obteniendo como resultados puntuaciones óptimos los cuales varían desde 0,67 para la escala de Conciencia Introceptiva hasta 0,95 para la escala de Insatisfacción corporal. Por tanto, la fiabilidad, desde la perspectiva tanto del método por consistencia interna y Test-retest, es aceptable, debido a presentar valores óptimos en todas sus muestras (p. 43).

Para la presente investigación, se realizó el análisis de fiabilidad del instrumento en donde se obtuvo como resultado que el test tiene un Alfa de Cronbach de 0,86, el cual se encuentra dentro del promedio aceptable.

### ***2.7.3.3 Forma y tiempo de aplicación.***

La forma de administración de la presente prueba es individual o colectiva y el tiempo es de 20 minutos aproximadamente.

### ***2.7.3.4 Composición.***

El instrumento contiene 91 ítems, que se divide en dos dimensiones; la primera es actitudes y conductas relacionadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que se evidencia en los siguientes ítems: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 19, 25, 28, 31, 32, 38, 45, 46, 49, 53, 55, 59, 61 y 62. La segunda dimensión es variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria que se refleja en los ítems: 3, 6, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 51, 52, 54, 56, 58, 57, 60, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90 y 91.

### ***2.7.3.5 Corrección.***

Para la corrección del instrumento se debe de tomar en consideración los siguientes aspectos. Mejía (2017) menciona que:

El EDI-2 consta de 64 elementos que evalúan ocho escalas y 27 elementos evalúan otras tres escalas adicionales, donde los sujetos contestan en una escala de 0 a 5, según que el comportamiento que describe el elemento le ocurra “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Entonces las respuestas dadas de cada elemento pueden puntuar de cero a tres y se da tres en respuestas extremas en la dirección sintomática. Se atribuyen dos puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y un punto a la siguiente. Las tres opciones asintomáticas reciben un puntaje de cero. Es así que los elementos redactados en forma positiva puntúan de la siguiente manera:

Siempre = 3

Casi siempre = 2

A menudo = 1

A veces = 0

Pocas veces = 0

Nunca = 0

Es importante detallar que cada elemento participa en una sola de las escalas de la prueba y la puntuación directa de cada escala se obtiene sumando los puntos distribuidos a los elementos de la misma (p.42).

#### **2.7.4 Procedimiento de recolección de datos.**

Para la recolección de la información:

- Se obtuvo el permiso para la utilización del instrumento de recolección de datos que se usará en la investigación.
- Se conversó con el psicólogo inmediato de la Institución Educativa Juan Pablo Vizcardo y Guzmán para poseer información necesaria de los estudiantes y de esa manera tamizar la población para nuestro trabajo de investigación.
- Se participó con la subdirectora de la institución educativa para recibir el consentimiento del director y brindarle nuestra solicitud para la aplicación de la investigación.
- Se presentó la prueba de adaptación de EDI-2 en documento virtual y la carta de presentación al director de la I.E. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán.
- La I.E. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán aprobó el permiso para realizar nuestro trabajo de investigación en el colegio.

- Para obtener una fecha de aplicación del instrumento EDI-2, se conversó con los coordinadores de Tutoría Orientación del Estudiante (TOE) de 1ro, 2do y 3ro de secundaria.
- Después, solicitamos la base de datos a los coordinadores de Tutoría Orientación del Estudiante (TOE) de 1ro, 2do y 3ro de secundaria.
- Se obtuvo la aprobación de los padres de familia, mediante un consentimiento informado, que se encontraba detallado al inicio de la prueba virtual.
- Posteriormente, se realizó la prueba de EDI-2 de manera virtual a los estudiantes con el apoyo de los tutores.

### **2.7.5 Análisis de datos.**

La presente investigación hará uso del análisis de datos estadísticos en su nivel descriptivo. Por consiguiente, después de la aplicación se procedió a trasladar los datos al programa SPSS 25.

Dicha información fue revisada detenidamente con anterioridad, ordenada y codificada en una base de datos del programa Excel 2010 y posteriormente procesada estadísticamente.

Se utilizaron tablas estadísticas donde se repartió la información conforme a la variable de estudio. Para las variables cualitativas, se usaron estadísticas tales como frecuencias y

porcentajes. Asimismo, para las variables cuantitativas, se trabajó con tablas descriptivas, reportando estadísticos tales como el mínimo, máximo, desviación estándar, asimetría, curtosis y la media.

### **2.7.6 Aspectos éticos de la investigación.**

Para el desarrollo de la investigación se respetaron los principios éticos conforme al Código Deontológico del Colegio de Psicólogos del Perú en su artículo N° 24 el psicólogo debe tener en cuenta que toda investigación en individuos debe de tener obligatoriamente un consentimiento informado de los sujetos involucrados.

Así como también, consideramos el Código de Ética de la UPN en su artículo N° 5 que indica que el investigador UPN debe reservar los datos personales de los participantes, bajo el precepto de confidencialidad de la información, al igual que en el tratamiento de la información, análisis y en la difusión de sus resultados. Además en el artículo N° 6 el investigador debe de tener conocimiento y cumplir con la normativa institucional y nacional que ordenan la investigación.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos de nuestra investigación en donde se puede observar nuestra muestra final que es de 171 estudiantes encuestados. Así como la validez de nuestro instrumento.

Tabla 2

### *Análisis Factorial Combinatorio*

---

<b>Prueba de KMO y Bartlett</b>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,785
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	9431,722
	gl	4095
	Sig.	,000

---

En lo que respecta la validez de constructo se realizó el análisis factorial combinatorio del instrumento, como se muestra en la tabla 2, en la prueba de KMO y Bartlett se obtuvo como medida de adecuación muestreo KMO 0,79. Es decir, la prueba demuestra ser válida.

### 3.1 Análisis Descriptivo

#### 3.1.1. Análisis Descriptivo Sociodemográfico

A continuación, se procederá a analizar cada una de las variables sociodemográficas que esta investigación ha recogido. Para las variables cualitativas, se procesarán estadísticos tales como frecuencias y porcentajes, mientras que, las variables cuantitativas, se trabajarán con tablas descriptivas, reportando estadísticos tales como el mínimo, máximo, desviación estándar, asimetría, curtosis y la media. Como se aprecia a continuación:

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos para la variable edad*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.	Asimetría	Curtosis	Desv.	Desv.
					Desviación				
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Edad	171	12	15	13,07	,949	,360	,186	-,959	,369
N válido	171								
(por lista)									

En este caso, en la tabla 3, la edad mínima corresponde a los 12 años, la edad máxima corresponde a 15 años. El grupo en total tiene una edad media de 13 años, con una desviación estándar de 0,949, lo que indica que existe una mínima dispersión de la variable edad. Finalmente, la asimetría fue simétrica, ya que el valor se encuentra comprendido entre -1.5 y +1.5; por otro



lado, la curtosis es mesocúrtica, ya que el valor obtenido también estuvo comprendido en entre -1.5 y +1.5. Lo cual indicaría una muestra que tiene ciertas características comunes y que los resultados que puedan darse sobre la muestra podrían sacar fácilmente inferencias sobre la población.

Tabla 4

*Frecuencias para la variable sexo*

---

<b>Sexo</b>	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	79	46%
Femenino	92	54%
Total	171	100%

---

Como se aprecia en la tabla 4, del total de 171 personas encuestadas, 54% representa al sexo femenino y el otro 46% está representado por sexo masculino.

Tabla 5

*Frecuencias para la variable grado*

<b>Grado</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
1 ro	69	40%
2 do	43	25%
3 ro	59	34%
Total	171	100%

En este caso, de la tabla 5, se deduce que la mayor parte de los grados, está representado por 1ro de Secundaria, que ocupa el 40% de la muestra de estudiantes, mientras que 3ro de Secundaria ocupa el segundo puesto con el 34% y, por último, 2do de Secundaria ocupa el 25%.

Tabla 6

*Frecuencias para la variable sección*

<b>Sección</b>	Frecuencia	Porcentaje
A	15	9%
B	6	4%
C	40	23%
D	42	25%
E	55	32%
F	13	8%
Total	171	100%

Asimismo, en la tabla 6, del total de 171 estudiantes y de 6 secciones diferentes, los tres primeros lugares fueron: con el 32% representa a la sección “E” quienes realizaron la mayor parte del test, seguido de la sección “D” con el 25%, además, la sección “C” tuvo un 23% de estudiantes encuestados. Por otro lado, los tres últimos lugares fueron: con 9% representa la sección “A”, luego tenemos a la sección “F” con un 8% y finalmente tenemos a la sección “B” con 4% quienes realizaron la menor parte del test.

### ***3.1.2. Análisis Descriptivo de las variables***

Por otro lado, se procederá analizar los resultados descriptivos de las variables de estudio en donde se hará uso de estadísticos tales como frecuencias y porcentajes.

Como se observa a continuación:

Tabla 7

#### *Frecuencias de los niveles de TCA*

<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin presencia de indicadores de TCA	137	80%
En riesgo de TCA	26	15%
Con presencia de TCA	8	5%
Total	171	100,0

En la tabla 7, se observan los niveles, en donde tenemos sin presencia de indicadores de TCA el 80%, mientras que en riesgo de presentar TCA está con el 15% y por último, con presencia de TCA ocupa el 5%.

Tabla 8

*Frecuencias del nivel de la dimensión actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin presencia de indicadores de TCA	162	95%
En riesgo de TCA	7	4%
Con presencia de TCA	2	1%
Total	171	100 %

De acuerdo, con la tabla 8, se puede observar la dimensión actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, el cual muestra sin presencia de indicadores de TCA un 95%, en riesgo de TCA con 4% y con presencia TCA 1%.

Tabla 9

*Frecuencias de los niveles de la dimensión variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin presencia de indicadores de TCA	145	85%
En riesgo de TCA	19	11%
Con presencia de TCA	7	4%
Total	171	100

Conforme a la tabla 9, se puede apreciar la dimensión variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria; en primer lugar, se encuentra sin presencia de indicadores de TCA con un 85%, seguidamente encontramos en riesgo de TCA con el 11% y por último con presencia de TCA con un 4%.

### ***3.1.3. Análisis Descriptivo de los indicadores de las variables de estudio***

#### **3.1.3.1 Indicadores de la Dimensión actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa**

Tabla 10

*Indicador de obsesión por la delgadez*

Ítem	Nunca	PocasVeces	AVeces	AMenudo	Casi Siempre	Siempre
1.Como dulces e hidratos de carbono (fideos, arroz, harina y etc.)	1,2	9,4	35,1	25,1	19,3	9,9
7.Pienso en ponerme a dieta.	26,3	23,4	24,0	4,7	12,3	9,4
11.Me siento muy culpable cuando como en exceso.	50,9	20,5	14,0	5,3	4,1	5,3
16. Me aterroriza la idea de engordar.	27,5	23,4	16,4	9,4	8,8	14,6
25.Exagero o doy demasiada importancia al peso.	49,1	25,5	12,3	6,4	2,9	4,1
32.Estoy preocupado porque quisiera ser una persona más delgada.	46,8	19,3	13,5	5,3	6,4	8,8
49.Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	46,8	18,7	12,3	7,0	5,3	9,9

En la tabla 10, se observa el indicador de obsesión por la delgadez, en el cual sobresalen 2 ítems; los cuales son: el ítem 16 que muestra un 72,5 % de estudiantes que les aterroriza la idea de engordar y el ítem 25 con un 50,9% de adolescentes que exageran o dan demasiada importancia al peso.

Tabla 11

*Indicador de bulimia*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
4. Suelo comer mucho cuando estoy disgustado.	42,1	29,2	13,5	4,1	5,3	5,8
5. Suelo comer en exceso.	33,9	33,3	22,8	3,5	4,7	1,8
28.He ido a eventos (bufetes, banquetes, festín) en la que me sentí que no podía parar de comer.	57,3	24,0	9,4	2,3	2,3	4,7
38.Suelo comer en exceso y después vomitarlo.	86,0	8,8	2,9	0	1,2	1,2
46.Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón (comer en exceso y vomitarlo) cuando se van.	86,5	4,7	4,1	1,2	1,8	1,8
53.Pienso en vomitar para perder peso.	87,1	4,1	4,1	1,8	1,2	1,8
61.Como o bebo bastante a escondidas.	64,9	18,7	8,8	3,5	1,2	2,9

De acuerdo con la tabla 11, se observa el indicador de bulimia, en la cual se distinguen 2 ítems; los cuales son: el ítem 4 que resalta un 57,9 % de estudiantes que suelen comer mucho cuando están disgustados y el ítem 61 con un 35,1% de adolescentes que come o bebe bastante a escondidas.

Tabla 12

*Indicador de insatisfacción corporal*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
2.Creo que mi estómago es demasiado grande.	21,6	28,1	29,8	11,1	5,3	4,1
9.Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	49,1	21,6	14,0	5,3	4,1	5,8
12.Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	9,4	14,6	19,9	9,4	13,5	33,3
19.Me siento satisfecho con mi figura.	9,4	14,0	15,8	7,0	18,7	35,1
31.Me gusta la forma de mi trasero.	17,5	8,8	14,6	10,5	9,9	38,6
45.Creo que mis caderas son demasiado anchas.	59,6	18,1	9,4	7,6	1,2	4,1
55.Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	12,3	14,6	16,4	9,4	11,7	35,7
59.Creo que mi trasero es demasiado grande.	67,8	18,7	7,0	0	1,2	5,3
62.Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	17,0	11,7	12,3	7,0	8,8	43,3

Concorde a la tabla 12, se observa el indicador de insatisfacción corporal, en donde sobresalen 3 ítems; los cuales son: el ítem 12 que refleja un 90,6 % de estudiantes que no creen que su estómago tiene el tamaño adecuado, asimismo, en el ítem 19 encontramos que un 90,6% de estudiantes se sienten insatisfechos con su figura y por último, en el ítem 55 un 87,7% de adolescentes cree que el tamaño de sus muslos no es adecuado.



### 3.1.3.2 Indicadores de la Dimensión variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria

Tabla 13

*Indicador de ineficacia*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
10.Me considero una persona poco eficaz o inútil.	43,3	20,5	17,5	9,4	4,1	5,3
18. Me siento solo en el mundo.	42,7	17,5	20,5	5,8	8,2	5,3
20.Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	8,8	17,0	26,3	19,9	15,2	12,9
24.Me gustaría ser otra persona.	50,3	14,6	15,2	5,3	7,6	7,0
27.Me siento incapaz.	40,9	25,1	18,1	5,8	5,3	4,7
37.Me siento seguro de mí mismo.	3,5	16,4	18,7	6,4	11,7	43,3
41.Tengo mala opinión de mí.	43,3	21,1	14,0	6,4	7,0	8,2
42.Creo que puedo conseguir.	9,4	8,2	28,1	12,3	11,7	30,4
50.Me considero una persona valiosa.	5,8	11,7	17,0	8,8	11,7	45,0
56.Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	39,8	14,6	16,4	8,2	11,7	9,4

En la tabla 13, se observa el indicador de ineficacia, en la cual se resaltan 2 ítems; los cuales son: el ítem 37 que demuestra que un 56,7 % de estudiantes no se siente seguros de sí mismos, de igual manera, en el ítem 50 se evidencia que un 55% de adolescentes no se considera una persona valiosa.

Tabla 14

*Indicador de perfeccionismo*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
13.En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	22,8	22,8	22,8	8,2	11,7	11,7
29.Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	8,2	12,9	15,2	10,5	16,4	36,8
36.Me fastidia no ser el mejor en todo.	25,1	21,6	20,5	8,8	7,6	16,4
43.Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	3,5	10,5	17,5	17,5	9,9	40,9
52.Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	15,2	22,2	21,1	12,3	12,9	16,4
63.Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	29,2	31,0	13,5	9,4	7,0	9,9

En la tabla 14, se observa el indicador de perfeccionismo, en la cual se distinguen 2 ítems; los cuales son: el ítem 29 con un 63,2 % de estudiantes creen que cuando eran pequeños intentaba con empeño no decepcionar a sus padres y profesores, además, en el ítem 52 se observa que un 83,6% de adolescentes creen que deben hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.

Tabla 15

*Indicador de desconfianza interpersonal*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
15.Soy capaz de expresar mis sentimientos.	7,0	24,6	25,1	9,4	14,6	19,3
17.Confío en los demás.	9,4	27,5	25,7	7,6	15,8	14,0
23.Me resulta fácil comunicarme con los demás	8,2	25,7	25,7	6,4	13,5	20,5
30.Tengo amigos íntimos.	45,6	22,8	6,4	5,8	4,7	14,6
34.Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	22,8	21,1	21,6	7,0	15,2	12,3
54.Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	23,4	17,5	21,6	9,4	10,5	17,5
57.Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	20,5	31,0	21,6	7,0	8,2	11,7

Acorde, con la tabla 15, se observa el indicador de desconfianza interpersonal, en la cual se resaltan 2 ítems; los cuales son: el ítem 15 que señala que un 80,7% de estudiantes no son capaces de expresar sus sentimientos, asimismo, tenemos al ítem 23 que se evidencia que un 79,5% de adolescentes no les resulta fácil comunicarse con los demás.

Tabla 16

*Indicador de conciencia introceptiva*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
8.Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	29,8	21,1	22,2	8,8	8,8	9,4
21.Suelo estar confuso sobre mis emociones.	22,2	23,4	24,6	12,9	9,4	7,6
26.Puedo reconocer las emociones que siento a cada momento.	1,8	18,1	24,6	16,4	15,8	23,4
33.No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	32,7	21,6	18,7	9,4	10,5	7,0
40.No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	32,7	24,0	17,0	9,4	5,4	10,5
44.Temo no poder controlar mis sentimientos.	30,4	17,5	16,4	11,7	9,9	14,0
47.Me siento hinchado después de una comida normal.	47,4	22,2	14,0	7,0	4,1	5,3
51.Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	28,7	28,1	18,1	7,6	7,0	10,5
60.Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	21,1	25,1	25,1	9,4	9,9	9,4
64.Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	66,7	17,5	7,6	2,9	1,2	4,1

En la tabla 16, se observa el indicador de conciencia introceptiva, en la cual se distinguen 2 ítems; los cuales son: el ítem 26 encontramos que un 76,6 % de estudiantes no pueden reconocer las emociones que sienten a cada momento, de igual modo, en el ítem 44 se evidencia que un 86% de adolescentes teme no poder controlar sus sentimientos.

Tabla 17

*Indicador de miedo a la madurez*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
3.Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	24,0	28,1	22,8	2,9	12,3	9,9
6.Me gustaría ser más joven.	37,4	26,9	20,5	4,7	2,3	8,2
14.La infancia es la época más feliz de la vida.	5,4	8,8	16,4	5,8	11,7	50,9
22.Preferiría ser adulto a ser niño.	39,8	23,4	21,6	5,3	5,3	4,7
35.Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	7,6	21,6	25,7	12,3	16,4	16,4
39.Me alegra haber dejado de ser un niño.	24,0	21,1	26,9	9,9	8,2	9,9
48.Creo que las personas son más felices cuando son niños.	7,6	19,3	28,1	8,2	9,4	27,5
58.Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	25,1	28,7	30,4	7,0	3,5	5,3

En la tabla 17, se observa el indicador de miedo a la madurez, en la cual se resaltan 2 ítems; los cuales son: el ítem 14 que resalta que un 49.1 % de estudiantes no creen que la infancia sea la época más feliz de la vida, asimismo, el ítem 39 evidencia que un 76 % de adolescentes les alegra haber dejado de ser niños.

Tabla 18

*Indicador de ascetismo*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
68.Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	22,8	18,1	24,6	9,9	9,4	15,2
71.Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	29,8	24,0	22,2	8,8	7,0	8,2
75.Resistirme o negarme a hacer mis cosas me hace sentir mejor emocionalmente.	44,4	25,1	17,5	7,0	2,3	3,5
78.Comer por placer es signo de debilidad de carácter.	57,9	21,1	15,2	2,3	1,2	2,3
82.Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	60,2	18,7	12,3	2,3	2,9	3,5
86.Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	43,9	21,1	17,0	8,8	3,5	5,8
88.El sufrimiento te convierte en una persona mejor.	41,5	19,3	18,7	8,2	4,7	7,6

En cuanto a la tabla 18, se observa el indicador de ascetismo, en la cual se sobresalen 2 ítems; los cuales son: el ítem 68 que demuestra que un 84.8 % de estudiantes no les gustaría tener un control total sobre sus necesidades corporales, de igual manera, en el ítem 86 se evidencia que un 56,1% de adolescentes se sienten incómodos por las necesidades de su cuerpo.

Tabla 19

*Indicador de impulsividad*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
65.La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	29,8	28,1	14,0	7,6	8,8	11,7
67.La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	55,6	18,1	14,0	6,4	1,8	4,1
70.Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	17,5	22,8	20,5	9,9	14,0	15,2
72.Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	38,6	2,3	2,3	2,3	3,5	50,9
74.Relacionarme con los demás me causa incomodidad.	27,5	25,1	25,7	5,3	9,4	7,0
77.Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	38,0	21,1	15,8	8,2	8,8	8,2
79.Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	31,0	28,1	18,1	6,4	9,9	6,4
81.Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	45,6	2,9	4,1	2,3	2,9	42,1
83.Los demás dicen que me irrito con facilidad.	46,8	20,5	16,4	7,6	4,1	4,7
85.Tengo cambios bruscos de humor.	28,1	31,0	19,3	7,6	5,8	8,2
90.Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	66,1	15,2	10,5	3,5	2,3	2,3

En relación a la tabla 19, se observa el indicador de impulsividad, en la cual se distinguen 2 ítems; los cuales son: el ítem 72 que demuestra que un 61,4 % de estudiantes consideran que deberían de tener cuidado con su tendencia a consumir drogas, de igual manera, en el ítem 81 se evidencia que un 54,4% de adolescentes debe de tener cuidado con su tendencia a beber demasiado alcohol.

Tabla 20

*Indicador de inseguridad social*

Ítem	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
69.Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.	7,6	22,2	29,2	12,9	12,9	15,2
76.La gente comprende mis verdaderos problemas	20,5	31,0	24,6	9,4	9,9	4,7
80.Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	9,9	25,7	18,7	8,2	18,7	18,7
84.Tengo la sensación de que todo me sale mal.	20,5	22,8	26,3	6,4	11,7	12,3
87.Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	21,1	15,8	20,5	7,6	15,2	19,9
89.Sé que la gente me aprecia.	8,8	19,3	18,1	16,4	9,4	28,1
91.Creo que realmente sé quién soy.	7,6	14,0	14,6	8,2	10,5	45,0

Finalmente, en la tabla 20, se observa el indicador de inseguridad social, en la cual se resaltan 2 ítems; los cuales son: el ítem 69 que demuestra que un 84,8 % de estudiantes no suelen sentirse a gusto en la mayor parte de situaciones de grupo, de igual modo, en el ítem 91 se evidencia que un 55% de adolescentes no saben realmente quienes son.



## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se mostrarán los principales hallazgos obtenidos y se compararán los resultados con estudios similares a fin de que lo analizado cuente con sustento científico.

En primer lugar, en lo que respecta al objetivo general que es determinar la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, se evidenció que el 80% de estudiantes no presentan indicadores de poseer TCA, sin embargo, un 15% se encuentra en riesgo de presentar TCA y el 5% presentan TCA. En este sentido, este resultado se respalda con el trabajo realizado por Paxi (2018) en Tacna, quien investigó la salud mental y trastornos alimentarios en una población adolescente de Microred de salud del cono sur y norte, reportando en dicha investigación que el 46,1% de adolescentes no presentan conductas de trastornos alimentarios, seguido de un grupo minoritario del 4,9% en riesgo de tener trastornos alimentarios y solo el 0,4% tienen presencia de trastornos alimentarios. Igualmente, en la investigación realizada por Ambrocio y Velázquez (2018) en Ciudad de México, quienes indagaron acerca de los factores familiares y socioculturales asociadas a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Se halló que el 94% de adolescentes no presenta conductas alimentarias de riesgo y el 6% si las presenta. Según lo analizado en las investigaciones vemos que existe un reducido porcentaje de adolescentes que se encuentran en riesgo o presentan trastornos alimentarios. Por ello, es necesario entender que la etapa de la adolescencia trata de un conjunto de cambios físicos y mentales, ya que ellos suelen ser inexpertos e inmaduros en su manera de pensar y por ello no

suelen asimilar bien sus emociones por lo cual todo esto conllevaría a que puedan estar expuestos a presentar algún trastorno alimentario (Lillo, 2004).

En segundo lugar, para el desarrollo de la investigación se estableció como primer objetivo específico describir la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en donde los resultados evidenciaron que el 95% se encuentran sin presencia de indicadores de TCA, no obstante, en riesgo de TCA con un 4% y con presencia de TCA es del 1% en los adolescentes. A partir de lo mencionado, este resultado se diferencia con Salazar (2019) en Cajamarca, en su tesis de prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres. Registrando en dicho estudio; para anorexia se muestra que el 25.3% presentaron conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios. El test de BITE para la bulimia evidenció que 30,4% presentó patrones alimentarios anormales, 12.1% tuvo posible bulimia subclínica. No obstante, según las investigaciones es importante considerar que a causa de la pandemia covid 19, el tener al colegio dentro del hogar para varios padres ha significado la obligación de entender la manera en la que hacen frente sus hijos a la vida diaria y a su vez tomar conciencia de los diversos problemas que afectan su salud mental, y darse un espacio para pedir ayuda, esto de alguna manera podría haber reducido el riesgo de presentar TCA como Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa (Andina, 2020).

En tercer lugar, para el desarrollo de la investigación se estableció como segundo objetivo específico explicar la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en donde los resultados mostraron que, sin presencia de indicadores de TCA con un 85%, mientras que, el 11% se encuentra en riesgo de TCA y, por último, el 1% se encuentra con presencia de TCA. Esto se comprueba con lo dicho por Reiván (2019) en Guayaquil, en su estudio de un modelo predictivo del riesgo de trastorno alimentario en universitarios, en donde el concluye mediante un modelo estructural que la ansiedad, el perfeccionismo, la depresión, las dificultades en la regulación emocional, el sexo y la ciudad de residencia, predicen el riesgo de anorexia nerviosa y el riesgo de la bulimia nerviosa en estudiantes universitarios ecuatorianos. Del mismo modo, Loor y Patiño (2017) en su investigación de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes, en donde los resultados arrojaron que el 64.5% presenta riesgo en su autoestima, el 28.9% tiene afectada y solamente el 6.6% no presenta afección en la misma. Frente a los resultados mencionados son muchos los factores que actualmente afectan a la salud mental de los adolescentes y es crucial saber que mientras más sean los factores de riesgo a los que están expuestos mayores serán los efectos que tendrán en su salud mental OMS (2021).

Por otro lado, en la presente investigación se consideran como principales limitaciones: la falta de conexión a internet por parte de los estudiantes, ya que esto dificulta la aplicación rápida del test y genera un obstáculo para llegar a la población predispuesta; del mismo modo, la

autorización de los padres de familia para que sus menores hijos puedan participar en la investigación. Por último, se presentó como impedimento el tipo de muestreo no probabilístico que no permite generalizar los datos.

Para finalizar, en cuanto a las implicancias, los resultados de la investigación manifiestan que, es imprescindible informar temas de salud mental y esencialmente en este trabajo son los trastornos de la conducta alimentaria, por ello, las principales ramas de la psicología que aportaran dicho tema en el estudio es: la psicología educativa y la psicología clínica, ya que una de sus finalidades es concientizar a los adolescentes y padres de familia; es importante destacar que la importancia de la prevención de TCA trabajando en los hábitos saludables, tener el seguimiento de un profesional, evitar saltarse alimentos, realizar comidas variadas. Asimismo, los padres deben fomentar la autoestima de sus hijos para que detecten sus capacidades y sus limitaciones, de esa manera los adolescentes aprendan a sentirse bien consigo mismo, además, de no comparar la apariencia de sus cuerpos con otras personas. También, es fundamental establecer una buena comunicación familiar y mantener una vida saludable con actividad física y 8 horas como mínimo de descanso.

## 4.1 Conclusiones

En base a los objetivos planteados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Primero, en lo que respecta a determinar la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima. Año 2021, se evidenció que el 80% de estudiantes no presentan indicadores de poseer TCA, sin embargo, un 15% se encuentra en riesgo y el 5% presentan TCA.

Segundo, en lo que concierne a describir la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021, se demostró que el 95% se encuentran sin presencia de indicadores de TCA, no obstante, en riesgo de TCA con 4% y con presencia de TCA el 1% de adolescentes.

Tercero, en lo que se refiere a explicar la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021, en donde se manifiesta, sin presencia de indicadores de TCA con un 85%, mientras que el 11% se encuentra en riesgo de TCA y, por último, el 1% se encuentra con presencia de TCA.

## 4.2 Recomendaciones

Indagar las variables presentes de esta investigación aplicándolas en una población más extensa u otro nivel sociocultural, con la finalidad de ampliar la información y contrastar resultados.

Brindar talleres a los padres de familia de la Institución Educativa para fomentar la concientización acerca de los riesgos de los trastornos alimentarios y a su vez proponer herramientas para que puedan ser abordados en casa.

Desarrollar mayor abordaje del tema de trastornos alimentarios en los colegios, ya sea en las aulas o mediante charlas para que de esta manera se promueva el conocimiento de estos trastornos y cómo pueden llevar una alimentación saludable.

Profundizar el tema de trastornos alimentarios en investigaciones futuras, ya que es un tema importante y frecuente en la vida de los adolescentes, además, que muchas veces puede llegar a ser imperceptible y letal.

## REFERENCIAS

400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación. (10 de enero de 2019).

La Vanguardia. <https://n9.cl/fwpb0>

Ambrocio, A. y Velázquez, V. (2018). *Factores familiares y socioculturales asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de México]. <https://n9.cl/19r27>

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - III), 3° Ed. Washington, DC EE. UU, 1980.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - IV), 4° Ed. Washington, DC EE. UU, 1994.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - V), 5° Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2018.

Baile, J. y González, M. (2014). *Tratando anorexia nerviosa técnicas y estrategias psicológicas*. Ediciones Pirámide.

Cabañera, B. y Escrivá, V. (2016). *Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario en Terapia Ocupacional*. Editorial Síntesis.

Cañabate, M. (2018). *El Sentido de la vida como factor predictor en la psicopatología de los trastornos alimentarios* [Tesis de doctoral, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. . <https://acortar.link/BEIhAk>

- Carretero, M., Marchesi, A., y Palacios, J. (1998). *Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud* (Vol. 3). Alianza Editorial.
- Castañeda, P. (16 de octubre de 2019). "Insatiable": la verdad de la relación tóxica de patty con la comida. El comercio. <https://n9.cl/skyocr>
- Chávez, A. M., Macías, L. F., Gutiérrez, R., Martínez, C., y Ojeda, D. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta universitaria*, 14(2), 17-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41614203>
- Coleman, J.C., Hendry, L., y Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud..* <http://biblioteca.ucn.edu.co/Coleccion/Adolescencia/Adolescencia/Adolescencia%20y%20salud.pdf>
- Dúo, I., López, M., Pastor, J., y Sepúlveda, A. (2014). *Bulimia nerviosa: Guía para familiares*. Ediciones Pirámide.
- El 10% de alumnos de secundaria padece de bulimia y anorexia. (21 de mayo de 2019). La República. <https://larepublica.pe/sociedad/197711-el-10-de-alumnos-de-secundaria-padece-de-bulimia-y-anorexia/>
- Essalud advierte que casos de trastornos alimenticios en menores se duplicaron por pandemia. (10 de agosto de 2021). La República. <https://acortar.link/DT9Z3R>
- Fuerte concientización en los medios sobre Bulimia y Anorexia. (2018). Aluba. <https://aluba.org.ar/category/noticias/>



- Garay, K. (18 de diciembre de 2020). Coronavirus: chicos pedían a gritos presencia de sus padres y pandemia se las dio. Andina. <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-chicos-pedian-a-gritos-presencia-sus-padres-y-pandemia-se-las-dio-video-824791.aspx>
- Garner, D. (1998). *EDI-II, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Ediciones Tea.
- Garner, D. (2010). *EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Ediciones Tea.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284. <https://doi.org/10.2190/R55Q-2U6T-LAM7-RQR7>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. McGRAW – HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. Atlacomulco 499 – 501. <https://acortar.link/u3i>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana Editores. <https://acortar.link/I03so>
- Hernández, R., Mendoza, P. (2018). *Metodología de la investigación las rutas cualitativa, cuantitativa y mixta*, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- La UPO se suma al Día de Acción por los Trastornos Alimentarios e impulsará la prevención y un mejor conocimiento de los TCA. (2 de junio de 2021). DUPO diario de la Universidad Pablo de Olavide. <https://acortar.link/IzGcJH>

- Lillo, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 90(1), 57-71.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005)
- Loor, J. J. y Patiño, J. k. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la unidad educativa octavio cordero palacios, cuenca 2016* [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional UCUENCA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27181>
- Madueño, F. J. (2013). *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Ediciones Díaz de Santos.
- Mejía, C. A. (2017). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en estudiantes de secundaria-San Juan de Lurigancho. Lima, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11216>
- Ministra García: “Al pensar en salud debemos pensar en prevención”. (9 de agosto de 2017). Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://n9.cl/b7x05>
- Montoya, M. (2001). *Autoestima*. Editorial Pax México.
- Moreno, J. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://acortar.link/nVvBZ9>
- Moreno, J. (2016). *La cara oscura del capital erótico: capitalización del cuerpo y trastornos alimentarios*. Ediciones Akal. <https://n9.cl/z7n7u>

- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.  
<https://n9.cl/0xtm5>
- Muñiz, J. y Fonseca, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <http://www.psicothema.es/pdf/4508.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. <https://acortar.link/C5xh3n>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Paxi, M. I. (2018). *Salud mental y trastornos alimentarios en la población adolescente en la microred de salud cono sur y cono norte Tacna – 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional UNJBG. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3323>
- Pineda, E., de Alvarado, E. y de Canales, F. (1994) *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud*. Segunda edición de la Organización Panamericana de la Salud. <https://acortar.link/DmGnxO>
- Raich, R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (edición del tricentenario). <https://dle.rae.es/estudiante?m=form>

- Reiván, G. G. (2019). *Modelo predictivo del riesgo de trastorno alimentario en universitarios de Quito, Guayaquil y Cuenca* [Tesis doctoral, Universidad de Palermo]. Repositorio de la Universidad de Palermo. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/2156>
- Rivarola, M. (2005). *La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios*. Editorial Dialnet. <https://acortar.link/JtLByE>
- Rojo, L. y Cava, G. (2004). *Anorexia nerviosa*. Editorial Ariel.
- Rubio, L. A. (2014). Manual de Estadística. <https://acortar.link/xg7Vai>
- Salazar, L. Y. (2019). *Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca Cajamarca, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio UNC. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2886>
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* [Tesis de Maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <https://n9.cl/2nrie>
- Sánchez, Y. S. (2021). *Prevalencia de riesgo de trastorno alimentario en mujeres estudiantes de 12 a 16 años de edad* [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional UNIFE. <https://acortar.link/nYLyMK>
- Santa Cruz, M. I. (2018). *Percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11 a 18 años del colegio Jorge Basadre del distrito de José Bustamante y Rivero Arequipa*

*en el año 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].

Repositorio UNSA. <https://n9.cl/pkgrw>

Scipione, M. F. (2018). *Trastornos alimentarios y calidad de vida en adolescentes de 15 a 21 años*

*de edad de la ciudad de Paraná* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica

Argentina].

Repositorio

UCA.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/593/1/doc.pdf>

Serra, M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial UOC.

Soto, M. (2021). *Marcadores inflamatorios en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su*

*relación con factores clínicos, la personalidad y el trauma en adolescentes*. [Tesis doctoral,

Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la UCM.

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/67137/>

Trastornos de la alimentación. (13 de junio de 2018). Mayo Clinic. [https://www.mayoclinic.org/es-](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603)

Velázquez, A. L. (2019). *Indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución*

*educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo* [Tesis de pregrado,

Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO.

<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5601>

Yosifides, A. (2006). *Bulimia y anorexia: Clínica de los trastornos alimentarios*. Editorial Brujas.

<https://n9.cl/p20z4>

## ANEXOS

### Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Trastornos Alimentarios	Garner (1998) define a los trastornos de la conducta alimentaria como “problemas frecuentes que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y que para comprenderlos hay que tener en cuenta los factores que predisponen a los sujetos a padecerlo, teniendo en cuenta la variedad de experiencias en las etapas de desarrollo como los factores que pueden provocar la aparición de los	Actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa	Obsesión por la delgadez.
			Bulimia.
			Insatisfacción Corporal.
		Variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria	Ineficacia.
			Inseguridad Social.
			Desconfianza Interpersonal.
			Conciencia
			Introceptiva.

	síntomas, las variables que favorecen, la permanencia del problema y las variaciones fundamentales en la aparición de los síntomas" (p. 8.).	Impulsividad.
		Perfeccionismo.
		Ascetismo.
		Miedo a la madurez.

## Consentimiento informado

### Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación será conducida por estudiantes de la Universidad Privada del Norte de la carrera de Psicología y tiene como objetivo determinar la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a que su menor hijo participe en este estudio, este tendrá que responder preguntas que le tomarán aproximadamente 15 minutos.

Desde ya le agradecemos su participación.

**\*Obligatorio**

Considerando la información presentada ¿Deseo que mi hijo participe voluntariamente de esta investigación? \*

Si

No



## EDI - 2

### FICHA TÉCNICA

Nombre	: EDI – 2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.
Nombre original	: EDI – 2 , Eating Disorder Inventory – 2.
Autor	: David M. Garner, Ph. D.
Procedencia	: PAR Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.
Adaptación española	: Sara Corral, Marina Gonzáles, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.).
Aplicación	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: 20 minutos aproximadamenye. No está limitado.
Edad	: De 11 años en adelante.
Significado	: Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).
Tipificación	: Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

**Anexo 2**

**INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**  
**EDI - 2**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GRADO Y SECC: \_\_\_\_\_ COLEGIO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presentan una serie de frases que debes contestar, algunas se refieren a la comida y a otros sentimientos o actitudes que experimentan. Lee atentamente cada una de las frases; luego, elige la respuesta que se dan en ti con más frecuencia, marcando con un  según corresponda. Recuerda no hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, pero es muy importante que seas totalmente sincero en tus respuestas.

**Opciones de respuesta:**

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

	ITEMS	N	PC	AV	AM	CS	S
1	Como dulces e hidratos de carbono (fideos, arroz, harina y etc.)	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo comer mucho cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
5	Suelo comer en exceso.	0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	1	2	3	4	5
7	Pienso en ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	5
10	Me considero una persona poco eficaz o inútil.	0	1	2	3	4	5

11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida.	0	1	2	3	4	5
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
16	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
17	Confío en los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Me siento solo en el mundo.	0	1	2	3	4	5
19	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.	0	1	2	3	4	5
22	Preferiría ser adulto a ser niño.	0	1	2	3	4	5
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.	0	1	2	3	4	5
24	Me gustaría ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
26	Puedo reconocer las emociones que siento a cada momento.	0	1	2	3	4	5
27	Me siento incapaz.	0	1	2	3	4	5
28	He ido a eventos (bufetes, banquetes, festín) en la que me senti que no podía parar de comer.	0	1	2	3	4	5
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
30	Tengo amigos íntimos.	0	1	2	3	4	5
31	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
32	Estoy preocupado porque quisiera ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	0	1	2	3	4	5
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	0	1	2	3	4	5
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	0	1	2	3	4	5

36	Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
37	Me siento seguro de mí mismo.	0	1	2	3	4	5
38	Suelo comer en exceso y después vomitarlo.	0	1	2	3	4	5
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.	0	1	2	3	4	5
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	0	1	2	3	4	5
41	Tengo mala opinión de mí.	0	1	2	3	4	5
42	Creo que puedo conseguir.	0	1	2	3	4	5
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón (comer en exceso y vomitarlo) cuando se van.	0	1	2	3	4	5
47	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.	0	1	2	3	4	5
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
50	Me considero una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	0	1	2	3	4	5
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
53	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	0	1	2	3	4	5
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	0	1	2	3	4	5
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	0	1	2	3	4	5
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	0	1	2	3	4	5
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	0	1	2	3	4	5

61	Como o bebo bastante a escondidas.	0	1	2	3	4	5
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	0	1	2	3	4	5
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	0	1	2	3	4	5
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	0	1	2	3	4	5
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69	Suele sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.	0	1	2	3	4	5
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	0	1	2	3	4	5
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	0	1	2	3	4	5
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente.	0	1	2	3	4	5
74	Relacionarme con los demás me causa incomodidad.	0	1	2	3	4	5
75	Resistirme o negarme a hacer mis cosas me hace sentir mejor emocionalmente.	0	1	2	3	4	5
76	La gente comprende mis verdaderos problemas.	0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
78	Comer por placer es signo de debilidad de carácter.	0	1	2	-3	4	5
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	0	1	2	3	4	5
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	0	1	2	3	4	5
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	0	1	2	3	4	5
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	0	1	2	3	4	5
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.	0	1	2	3	4	5
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal.	0	1	2	3	4	5
85	Tengo cambios bruscos de humor.	0	1	2	3	4	5

86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	0	1	2	3	4	5
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor.	0	1	2	3	4	5
89	Sé que la gente me aprecia.	0	1	2	3	4	5
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	0	1	2	3	4	5
91	Creo que realmente sé quién soy.	0	1	2	3	4	5

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**

## Autorización del autor del instrumento EDI-2 (Adaptado)

Para la utilización de los instrumentos de investigación se obtieron los permisos del autor mediante una comunicación personal.

Frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, año 2021

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b><u>PROBLEMA GENERAL</u></b></p> <p>¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima 2021?</p> <p><b><u>PROBLEMA ESPECÍFICOS</u></b></p> <p><b>Problema específico 01</b></p>	<p><b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b></p> <p>Determinar la frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima. Año 2021.</p> <p><b><u>OBJETIVO ESPECÍFICOS</u></b></p> <p><b>Objetivo específico 01</b></p> <p>Describir la frecuencia de trastornos alimentarios con</p>	<p><b><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></b></p> <p>No es necesario por ser un objetivo descriptivo.</p> <p><b><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</u></b></p> <p>No es necesario por ser un objetivo descriptivo.</p>	<p>Trastornos Alimentarios</p>	<p>Actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.</p> <p>Variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.</p>	<p>Obsesión por la delgadez.</p> <p>Bulimia.</p> <p>Insatisfacción Corporal.</p> <p>Ineficacia.</p> <p>Inseguridad Social.</p> <p>Desconfianza Interpersonal.</p> <p>Conciencia Introceptiva.</p> <p>Impulsividad.</p>	<p><b>Tipo, nivel y diseño de investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El tipo de investigación es descriptiva porque tiene como objetivo recoger datos informativos de investigaciones.</li> <li>● El nivel de investigación cuantitativo porque emplea procedimientos hipotético deductivos.</li> <li>● El diseño de la investigación es no experimental, porque solo se observan las variables en su contexto sin manipularlas.</li> </ul>



<p>¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021?</p> <p><b>Problema específico 02</b></p> <p>¿Cuál es la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la</p>	<p>respecto a la dimensión de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021.</p>				<p>Perfeccionismo.</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Conformado por 300 estudiantes de la I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán ubicada en cercado de lima.</p> <p>Muestra</p> <p>Para esta investigación, la muestra se determinará mediante la fórmula de muestreo probabilístico de poblaciones finitas.</p>
	<p><b>Objetivo específico 02</b></p> <p>Explicar la frecuencia de trastornos alimentarios con respecto a la dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de una institución</p>				<p>Ascetismo.</p>	
					<p>Miedo a la madurez.</p>	

<p>dimensión de variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021?</p>	<p>educativa pública de Cercado de Lima, Año 2021.</p>					
--	--	--	--	--	--	--