

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**Niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de
un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Claudia Geraldine Rojas Agreda

ASESOR

Elmer Diaz Villanueva

<https://orcid.org/0000-0002-5283-9073>

Chiclayo, 2025

**Niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en
estudiantes de un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023**

PRESENTADA POR

Claudia Geraldine Rojas Agreda

A la facultad de medicina de la

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

para optar el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADO POR

Sara Zoraida Ramirez Ramos

PRESIDENTE

Estela Marcelo Ascencio

SECRETARIA

Elmer Diaz Villanueva

VOCAL

Dedicatoria

Principalmente a Dios por iluminarme y guiarme en mi camino profesional, a mis padres y hermano por apoyarme incondicionalmente, fueron mi inspiración y motivo para seguir adelante todos los días.

Agradecimiento

Agradezco a mis maestros y asesores por haberme guiado durante la realización de esta investigación.

Niveles de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	doku.pub Fuente de Internet	1%
5	documentop.com Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	Submitted to Universidad del Desarrollo Trabajo del estudiante	<1%
13	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
14	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen.....	7
Abstract	8
Introducción	9
Revisión de Literatura	12
Antecedentes	12
Internacionales	12
Nacionales	14
Locales	15
Bases Teóricas.....	15
Factores o causas de los TCA	15
Características	16
Consecuencias.....	17
Criterios diagnósticos según DSM-V.....	17
Definición de Términos.....	18
Materiales y Métodos	19
Diseño de Investigación y Tipo de Estudio.....	19
Participantes.....	20
Muestra y Muestreo.....	20
Criterios de Selección de la Muestra.....	20
Inclusión.....	20
Exclusión.....	20
Eliminación	20
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	20
Operacionalización de Variables.....	22
Procedimientos.....	23
Aspectos Éticos.....	23
Plan de Procesamiento y Análisis de Datos.....	24

Colaboradores	25
Resultados y Discusión	26
Conclusión.....	30
Recomendaciones.....	30
Bibliografía	32
Anexos.....	37

Resumen

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas que comparten características comunes, como la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, la restricción en la ingesta de alimentos y calorías, así como la realización de conductas purgativas. La presente investigación tuvo como objetivo identificar los niveles de riesgo de TCA en estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Chiclayo durante el año 2023. Se empleó un diseño no experimental, transversal y de tipo descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979), validado en idioma español por Gandarillas et al. (2003) y adaptado al contexto peruano por Huamán (2022). La muestra fue de tipo probabilístico y estuvo conformada por 336 estudiantes. Los resultados evidenciaron que, en función del sexo, la edad y el nivel educativo, predominó el nivel de bajo riesgo de desarrollar un trastorno alimentari

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria, Salud mental, Anorexia, Bulimia.

Abstract

Eating Disorders (ED) are psychiatric illnesses that share some common characteristics such as concern about weight and body image, restriction in food and calorie intake, as well as some purgative activities. The objective of this research was to identify the risk levels of eating disorders (ED) in high school students from a private school Chiclayo-2023. The non-experimental cross-sectional and descriptive design was used. The Eating Attitude Test Inventory – 26 (EAT-26) by Garner and Garfinkel (1979) was used, which was validated in the Spanish language by Gandarillas et al. (2003) and adapted to the Peruvian context by Huamán (2022). The sample was probabilistic with 336 students. It was found that for both females and males depending on age and educational level, the low level of risk for developing eating disorders predominates.

Keywords: Eating disorders, Mental health, Anorexia, Bulimia.

Introducción

Actualmente los problemas de los jóvenes con respecto a su imagen corporal han aumentado exponencialmente a comparación de épocas anteriores, esto se debe a varios factores como la globalización de las redes sociales que genera una idealización de una figura corporal muy delgada y difícil de conseguir, siendo así llegan a desarrollar trastornos alimenticios como la anorexia o bulimia en la búsqueda de esta figura “perfecta” afectando su salud tanto física como psicológica, para explicar mejor estos trastornos primero vamos a definirlos para un mayor entendimiento.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas que comparten algunas características en común como la preocupación por el peso e imagen corporal, la restricción en la ingesta de alimentos y calorías, además de algunas actividades purgativas, se estima que el 9% de la población mundial sufre de algún TCA, de los cuales la mayoría son adolescentes (Ayuzo et al., 2021).

Bratman en 1997 definió la Anorexia Nerviosa (AN) como una obsesión patológica por la ingesta de alimentos bajos en grasas, además de una dieta restrictiva y ritualizada al comer (Ruiz & Quiles, 2022). Además en la Guía De Bolsillo De La Clasificación Cie-10 (2001) la anorexia se caracteriza porque los afectados mantienen un peso relativamente bajo para la edad y altura que presentan, también se presenta una pérdida de peso rápido o una incapacidad de aumentar de peso por un comportamiento persistente en la evitación de alimentos, una alimentación restringida, comportamientos purgativos y excesivo desgaste físico por el miedo a aumentar de peso.

La Bulimia Nerviosa (BN) se identifica por brotes de atracones, que quiere decir que el individuo ingiere grandes cantidades de comida pero luego siente culpa por esto vomita lo ingerido, también se puede dar el uso excesivo de diuréticos, laxantes, ayuno o restricción de alimentos (Gómez et al., 2018). El CIE-11 (2023) nos dice que durante los episodios de atracón la persona experimenta una incapacidad por controlar su ingesta de comida comiendo una cantidad mayor a la que come o haciéndolo sin control alguno, esto se ve acompañado por conductas de compensación, como el acto de vomitar, con el fin de evitar el aumento de peso, debido a una preocupación excesiva por la apariencia física y el peso.

El Trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE) abarca a grupos subclínicos de otros trastornos específicos, ya que en estos no cumplen todos los criterios para ser diagnosticados como tales, como puede ser la bulimia nerviosa pero con baja frecuencia en conductas compensatorias o en el caso de la anorexia nerviosa el paciente puede tener un peso estable (Cabrera, 2022).

Se ha evidenciado un aumento de las TCA sobre todo en población joven como los adolescentes, esto se llega a dar por múltiples factores que en muchos casos son muy graves (David, 2020). Además los problemas de TCA son la tercera cronicidad con más prevalencia en las mujeres a nivel mundial, siendo su relación de 9-1 respecto sus contrapartes masculinas, en la población española se considera que un 0,41% de la población padece anorexia nerviosa, 2,9% bulimia y un 5,3% algún TCA sin especificar, pero podría haber un aumento de estos datos después del confinamiento por la Covid-19 por la alteración de las conductas alimenticias, físicas, sociales, etc (Cabrera, 2022). En países Latinoamericanos como México se estima que el 3% de los adolescentes pueden padecer anorexia o bulimia nerviosa y un 6% alguna variable de estas como trastornos de la conducta no especificados (Covarrubias & Ayuzo, 2020).

En nuestros países vecinos como Ecuador a pesar de que no existen datos oficiales sobre TCA un estudio realizado en Ambato de 100 estudiantes 9% presentan rasgos de padecer anorexia nerviosa y en la ciudad de Cuenca de 166 estudiantes 10.8% evidencian TCA y un 42.9% manifiestan disgusto con su aspecto físico (Jara, 2019). En Chile tampoco existen datos oficiales pero analizando datos de algunas revistas se ha estimado que un 8,3% de adolescentes escolarizados de las regiones metropolitanas podrían padecer algún TCA, los adolescentes de III a V región tienen un riesgo de 18%, estudiantes de nutrición y dietética un 15% y en colegios particulares de Viña del Mar un 12% (Urzúa et al., 2011).

En Perú en estudios realizados en Lima y Callao menciona que 7.1% de mujeres y un 4.9% de hombres padecen problemas de TCA; siendo un 1.6% de mujeres y un 0.3% en hombres que padecen bulimia; 0,2%; además en el año 2013 se reportaron 743 casos con anorexia y 395 casos de bulimia, asimismo aunque el número de varones sea menor al de mujeres se ha evidenciado un crecimiento del 8% al 12% en hombres (Salazar, 2019).

Esta investigación surge por el aumento de TCA en la sociedad actual. Se ha encontrado información de que las mujeres suelen ser las más vulnerables a padecer TCA, sin embargo, un estudio llevado a cabo en adolescentes de entre 13 y 18 años revela que no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la prevalencia del trastorno entre ambos sexos (Portela et al., 2012). En la actualidad se ha registrado un aumento de TCA en casos de pacientes pediátricos, se estima que el 3% de los adolescentes padece anorexia o bulimia y el 6% alguna variante de TCA, en países como España se ha identificado que 1 de cada 2 adolescentes de 16 a 17 años consideran su peso más elevado de lo que en realidad es, esta enfermedad no solo implica afecciones de salud, sino un costo económico tanto a las familias de los afectados como al sistema de salud que los apoya, ya que implica un problema médico y psicológico (Covarrubias & Ayuzo, 2020).

La Organización Mundial de la Salud ha ubicado a los TCA como trastornos mentales de interés prioritaria en la salud de los adolescentes y niños por el peligro que implica para su desarrollo (López & Treasure, 2011). La creencia popular minimiza el deterioro y daño que causa padecer un TCA para la salud de los pacientes, pero la realidad es que los pacientes con TCA tienen un mayor riesgo de mortalidad a comparación de cualquier otra enfermedad psiquiátrica, siendo sobretodo en mujeres el riesgo de muerte de 6 a 12 veces mayor a comparación de la población en general (Academy for Eating Disorders-AED, 2016).

Este estudio puede proporcionar una base para investigaciones futuras relacionadas con el tema, además de aumentar el conocimiento sobre la prevalencia de TCA en adolescentes de nuestro país, ya que se encuentran muy pocas investigaciones respecto al tema en nuestra localidad y es realmente importante investigar este tema porque los riesgos son bastante altos y pueden llevar a desenlaces fatales. Así esto busca servir para dar a conocer la problemática creciente que significa los Trastornos de Conducta Alimentaria en los jóvenes peruanos ya que esto no solo afecta su salud física, sino que puede tener implicaciones más profundas en su salud psicológica, lo que puede influenciar su vida académica ya que la población se encuentra en su mayoría cursando su educación secundaria, también puede tener implicaciones futuras en su desenvolvimiento social o sus relaciones interpersonales.

Por todo lo anteriormente mencionado se planteó como objetivo general de esta investigación identificar los niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en estudiantes de secundaria de un colegio de Chiclayo- 2023, además como objetivos específicos se planteó: describir los niveles de riesgo de Trastornos de conducta Alimentaria según sexo en estudiantes de secundaria, describir los niveles de riesgo de Trastornos de conducta Alimentaria según edad en estudiantes de secundaria y describir cual es la relación entre los niveles de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria y las variables sociodemográficas en estudiantes de secundaria de un colegio de Chiclayo- 2023.

Así pues se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la prevalencia de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa Particular de Chiclayo - 2023?, pues si bien es cierto que existen estudios realizados sobre esta problemática después del análisis de esta se ha encontrado muy poca evidencia de estudios enfocados en la población estudiantil, además en la región Lambayeque no se han encontrado estudios sobre la prevalencia de los TCA en poblaciones de escolares de nivel secundario.

Revisión de Literatura

Antecedentes

Internacionales

Skella et al. (2022), de la Universidad Nacional y Kapodistriana de Atenas, Grecia, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de explorar la conexión entre la ortorexia y los TCA en adolescentes y adultos. La metodología se centró en una revisión sistemática de artículos provenientes de fuentes como PubMed, Google Scholar y PsycInfo. Se incluyeron en el análisis 37 estudios con la participación de 16,402 individuos. Los hallazgos revelaron una correlación significativa entre la ortorexia y los TCA en la mayoría de los estudios revisados, aunque muchos presentaban un diseño transversal. En conclusión, se identificó una asociación notable entre la ortorexia y los TCA en adolescentes y adultos.

Suárez et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática en la Universidad de Cagliari, Italia, con el propósito de identificar los factores asociados a la conducta alimentaria en adolescentes. Para la metodología, se revisaron documentos de bases de datos como CINAHL, CUIDEN, PubMed, Dialnet, SciELO y Science Direct. Se utilizó una síntesis narrativa, la técnica de conteo de votos y la prueba de signos. Entre los resultados de los 25 estudios seleccionados, se encontró que los factores más influyentes en la conducta alimentaria de los adolescentes fueron la insatisfacción corporal, el género femenino, la baja autoestima, la presencia de depresión y un índice de masa corporal (IMC) elevado. En resumen, la revisión sistemática concluyó que estos factores tienen un impacto significativo en la conducta alimentaria de los adolescentes, lo que resalta la importancia de abordar aspectos psicológicos en la comprensión de la relación entre los adolescentes y la alimentación.

Silén y Keski (2022) realizaron una revisión narrativa global sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en jóvenes, abarcando el período de 2013 a 2022. Los resultados mostraron que aproximadamente el 11,9% de las mujeres y el 2,4% de los hombres han sufrido algún tipo de trastorno alimentario al inicio de la adultez. En cuanto a la prevalencia de trastornos específicos, se encontró que la anorexia afecta entre el 0,8% y el 6,3% de las mujeres y entre el 0,1% y el 0,3% de los hombres; la bulimia nerviosa presenta una prevalencia que varía del 0,8% al 2,6% en mujeres y del 0,1% al 0,2% en hombres; el trastorno por atracón oscila entre el 0,6% y el 6,1% en mujeres y entre el 0,3% y el 0,7% en hombres. Los trastornos alimentarios especificados afectan entre el 0,6% y el 11,5% de las mujeres y entre el 0,2% y el 0,3% de los hombres, mientras que los no especificados afectan entre el 0,2% y el 4,7% de las mujeres y

entre el 0% y el 1,6% de los hombres. Además, se observó un incremento en los niveles de trastornos alimentarios durante la pandemia de COVID-19, lo que resalta la necesidad de mayor atención a este problema de salud mental.

La GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022) llevó a cabo un estudio a nivel internacional sobre la carga global, regional y nacional de 12 trastornos mentales en 204 países y territorios. Se analizaron datos de hombres y mujeres pertenecientes a 23 grupos de edad, abarcando el periodo de 1990 a 2019. Esta revisión sistemática recopiló información de diversas fuentes como PsycINFO, Embase, PubMed y Global Health Data Exchange, con el objetivo de obtener datos relacionados con la frecuencia, incidencia, recuperación, duración, severidad y mortalidad asociada a cada trastorno mental. Cabe señalar que las estimaciones de muertes y años de vida perdidos solo pudieron calcularse para la bulimia y la anorexia. Los resultados revelaron que, en la región de América del Sur de América Latina, la prevalencia de trastornos alimentarios, incluyendo bulimia, anorexia y otros, es de aproximadamente 340.4 por cada 100,000 personas (IC 95%: 253.8 - 434.8). En América Latina y el Caribe, la prevalencia se sitúa en 231.4 (IC 95%: 170.9 - 298.0). En la región de América Latina Andina, la cifra es de 281.6 (IC 95%: 201.2 - 378.0), mientras que en América Latina Tropical se registra una prevalencia de 231.9 (IC 95%: 173.2 - 296.5). Estos resultados proporcionan una visión importante sobre la prevalencia de trastornos alimentarios en la región y destacan la relevancia de atender esta problemática.

Villalobos et al. (2022) realizaron un estudio en Cuernavaca, Morelos, México, con el objetivo de investigar la variabilidad en la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo. Se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), evaluando tanto conductas normativas como no normativas, así como la influencia del entorno sociocultural. Los resultados mostraron tendencias significativas: una predisposición a dichas conductas según el nivel educativo y en poblaciones con sobrepeso u obesidad; un aumento en la prevalencia de estas conductas entre 2006 (11.9%) y 2019 (15.7%); y una asociación con la preocupación por el peso, las dietas y el ejercicio excesivo, principalmente en adolescentes de 12 a 19 años de ambos sexos. Se reportó además un incremento en casos de bulimia, aunque no en los de anorexia. En conclusión, variables como ser mujer, tener entre 12 y 19 años, vivir en áreas urbanas, pertenecer a un nivel socioeconómico medio o alto y presentar sobrepeso, están asociadas con mayor probabilidad de conductas alimentarias de riesgo.

Sheyab et al. (2018), en Jordania, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre la presión de los amigos y el riesgo de padecer TCA en adolescentes. Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal, con 738 participantes de ambos

sexos de 8° a 10°. El instrumento fue un cuestionario autoaplicable en línea. Los resultados mostraron que la presión ejercida por los amigos fue mayor en las niñas, mientras que la búsqueda de aprobación y simpatía de los compañeros presentó niveles más altos en los varones. En conclusión, se encontró una influencia significativa de los pares en la presencia de TCA, lo que resalta la necesidad de estrategias de prevención primaria en entornos escolares.

Becerra et al. (2018) realizaron una investigación en Bogotá, Colombia, con el objetivo de determinar si estudiantes de sexto grado estaban en riesgo de desarrollar TCA. Se utilizó una metodología cuantitativa y transversal con una muestra de 979 estudiantes de ambos sexos, aplicando el test EAT-26. Los resultados mostraron una prevalencia del 9,4% de síntomas de riesgo, con mayor vulnerabilidad en los varones de grados inferiores. Sin embargo, en las estudiantes mujeres, el riesgo aumentó conforme avanzaban en el grado escolar.

Silva et al. (2017) ejecutaron una investigación en Ciudad de México para examinar las actitudes alimentarias de mujeres de 13 a 18 años. El estudio se enfocó en el papel del género y el contexto sociocultural (tradicional o alternativo). La muestra fue de 392 mujeres, bajo un diseño no experimental transversal con muestreo no probabilístico intencional. Se aplicaron el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Los resultados señalaron que la percepción negativa hacia el rol de género puede generar actitudes negativas hacia la comida, servilismo en contextos tradicionales y machismo en los no tradicionales. Asimismo, se destacó la influencia del contexto social en el desarrollo de TCA.

Amaya et al. (2017) implementaron un estudio en Tlalnepantla, México, para analizar la influencia de los amigos en la insatisfacción corporal, la adopción de una figura ideal y los comportamientos alimentarios anormales en adolescentes y preadolescentes de escuelas públicas y privadas. La muestra fue de 273 preadolescentes y 175 adolescentes, de ambos sexos. Se aplicaron instrumentos como el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (CHEAT), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-16), el Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (SATAQ-R) y el Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria (I-PIEC). Los resultados mostraron que los adolescentes están más preocupados por la interacción con sus pares, su IMC y la adopción de una figura ideal, además de una marcada insatisfacción corporal.

Nacionales

Huete (2022) realizó un estudio en Lima con enfoque narrativo, cuyo objetivo fue investigar el impacto de la pandemia en pacientes con TCA. Se seleccionaron 26 artículos de la base de

datos PubMed. Los resultados revelaron que los pacientes con TCA durante la pandemia tenían mayor probabilidad de experimentar intensificación de síntomas, riesgo de autolesiones y, en casos extremos, suicidio. Asimismo, se observó un aumento en síntomas depresivos y ansiosos.

En Cajamarca, Salazar (2019) llevó a cabo un estudio para determinar la incidencia de TCA vinculada a la autoestima en adolescentes. Se utilizó una metodología descriptiva, correlacional y transversal, con 257 participantes de ambos sexos. Se aplicaron los instrumentos EAT-26, BITE y la escala de Rosenberg, todos con fiabilidad del 95%. Los resultados mostraron una prevalencia del 25.3% de anorexia según el EAT-26. En el BITE se identificó un 30.4% de conductas anormales y un 12.1% de bulimia subclínica. Además, el 46.7% de los adolescentes presentó autoestima elevada o dentro de lo normal. En conclusión, se evidenció una asociación significativa entre TCA y nivel de autoestima.

Locales

Ganoza (2023) efectuó una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de TCA en estudiantes de segundo y tercer año de un colegio secundario en Chiclayo. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento Eating Disorder Inventory (EDI-3), con una muestra de 253 alumnos de ambos sexos. Los resultados revelaron que el 77% presentaba un riesgo moderado de desarrollar algún TCA, mientras que el resto fue clasificado con bajo riesgo. Además, se observó que las mujeres tenían mayor riesgo (82%) en comparación con los varones. También se encontró una asociación significativa entre el género y el riesgo de TCA.

Risco (2021) llevó a cabo una investigación con el objetivo de examinar los hábitos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Santa Magdalena Sofía Barath, de 14 a 17 años. El enfoque fue cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 274 estudiantes. Se aplicó una encuesta de 36 preguntas relacionadas con hábitos alimenticios. Los resultados mostraron que solo el 40.5% consumía tres comidas diarias, el 36.9% desayunaba y el 86.9% compartía comidas en familia. En conclusión, solo el 9.85% de los adolescentes tenía hábitos alimenticios adecuados, mientras que el 90.15% mantenía hábitos inadecuados.

Bases Teóricas

Factores o causas de los TCA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) suelen estar influenciados por factores socioculturales, como las exigencias en la vida profesional. Se ha llegado a creer que un cuerpo delgado es sinónimo de éxito y valor, mientras que el sobrepeso se percibe como pereza, despreocupación, negligencia, abandono y falta de superación. Además, estos trastornos pueden verse influenciados por los entornos sociales, especialmente en los adolescentes,

quienes buscan encajar con sus pares y se dejan influenciar por sus opiniones. En las relaciones afectivas, la búsqueda por agradar al sexo opuesto también puede contribuir a la aparición de TCA. Asimismo, la moda ejerce influencia, ya que las tendencias cambian rápidamente, afectando la percepción de la estética corporal. La prensa y las redes sociales desempeñan un papel significativo como detonantes en la aparición de los TCA (Fuentes et al., 2010).

Características

Los TCA constituyen un conjunto de trastornos complejos que comparten características comunes, como una preocupación excesiva por mantener un peso corporal bajo. Esto se acompaña de una alimentación deficiente y del uso de métodos peligrosos para el control del peso. Entre los TCA se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Estos trastornos pueden tener efectos negativos tanto a nivel físico como psicológico y, en muchos casos, pueden llevar a consecuencias tan graves como la muerte (Saad et al., 2021).

La Anorexia Nerviosa (AN) se distingue principalmente por la persistente y significativa reducción del peso corporal, que se encuentra notablemente por debajo del rango saludable. Esta pérdida de peso se debe a la escasez de nutrientes en el organismo, ya que las personas con AN experimentan un temor intenso a aumentar de peso, lo que las lleva a evitar la ingesta de alimentos o a recurrir a prácticas alimentarias perjudiciales (Fisher et al., 2019).

La Bulimia Nerviosa (BN) se caracteriza por la presencia de episodios de atracones seguidos de métodos extremos para controlar el peso corporal. Estos atracones implican la ingestión de grandes cantidades de comida sin que la persona pueda controlarlo (Hay et al., 2019). El término “bulimia” deriva de la raíz griega que significa “apetito insaciable como el de un buey”, debido a que uno de sus rasgos principales son los episodios de hiperfagia, a menudo seguidos por conductas de purga, como el vómito. A diferencia de la anorexia, las personas con bulimia suelen mantener un peso corporal dentro del rango normal debido a la ineficacia de las dietas o de los actos compensatorios (López & Treasure, 2011).

El Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) se presenta cuando el trastorno no satisface completamente los criterios necesarios para ser diagnosticado como anorexia o bulimia. Entre sus características se incluyen la restricción en la ingesta de alimentos, episodios de purga y exceso de ejercicio con el fin de perder peso (Cerdeira et al., 2018).

Consecuencias

Los TCA están relacionados con otros trastornos, como el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión y la ansiedad. Asimismo, existe un riesgo de desarrollar conductas autolesivas, comportamiento suicida, trastornos de personalidad y abuso de sustancias (Arija et al., 2022).

En la anorexia nerviosa se han identificado complicaciones como hipotermia, atonía gástrica, amenorrea, alteraciones del sueño, pérdida de densidad ósea y desequilibrios en neurotransmisores como serotonina y dopamina, lo que puede conducir a depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo (Morales, 2019). También se presentan complicaciones en el sistema cardiovascular, como bradicardia sinusal, hipotensión, síntomas vagales, arritmias y bloqueos. En el sistema endocrino son comunes la hipoglucemia, la amenorrea hipotalámica funcional, problemas en la termorregulación e hipotermia acompañada de náuseas, dolor de cabeza y fracturas debido a la debilidad ósea. A nivel cutáneo, se manifiestan síntomas como sequedad (xerosis), crecimiento de vello lanugo, pérdida de cabello, acné e hiperpigmentación, entre otros (Morales & Galván, 2021).

Entre las consecuencias fisiológicas de la bulimia nerviosa se encuentran la hiperplasia gingival, la erosión y pérdida del esmalte dental, hemorragias subconjuntivales y complicaciones cutáneas como el signo de Russell (callosidades en la mano dominante), úlceras en los dedos, piel seca e hipotensión. También pueden presentarse alteraciones en la capacidad de buffering en la cavidad bucal, daño en la faringe y laringe debido al ácido estomacal, con síntomas como tos seca, disfagia y úlceras (Gómez et al., 2018; Gabler et al., 2017).

Criterios diagnósticos según DSM-V

La *Anorexia Nerviosa (AN)* se clasifica en dos subtipos: restrictivo, y con atracones y purgas. No obstante, ambos comparten tres criterios diagnósticos fundamentales. El primero corresponde a la restricción de la ingesta de alimentos, siendo esta inferior a la cantidad necesaria para un adecuado desarrollo corporal y de salud, considerando la edad, el peso y el sexo de la persona. El segundo criterio es la presencia de un temor intenso a incrementar de peso, incluso cuando este ya es menor al esperado para su etapa de desarrollo. Finalmente, el tercer criterio hace referencia a la alteración en la autopercepción del cuerpo y el peso, acompañada de una falta de reconocimiento de la gravedad de la situación en la que se encuentra el individuo.

En cuanto a la *Bulimia Nerviosa (BN)*, los criterios diagnósticos incluyen la presencia de episodios recurrentes de atracones, seguidos de conductas compensatorias inadecuadas con el fin de evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, ayunos prolongados, uso de

diuréticos o laxantes, así como la práctica excesiva de actividad física. Estos episodios deben presentarse, como mínimo, una vez por semana durante un periodo de tres meses. Asimismo, la autoevaluación de la persona se ve influenciada de manera desproporcionada por el peso y la complexión corporal. Es importante señalar que estas alteraciones no ocurren exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Finalmente, el *Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos No Especificado (TCANE)* se diagnostica cuando los síntomas provocan un deterioro significativo en el ámbito laboral, social u otras áreas relevantes de la vida diaria, pero no cumplen de manera completa con los criterios necesarios para ser clasificados dentro de un trastorno específico. En algunos casos, el profesional de la salud puede optar por no detallar la causa del incumplimiento de dichos criterios.

Definición de Términos

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) “Involucran comportamientos alimentarios anormales que no pueden ser atribuidos a otra condición médica y que no son apropiados para la etapa de desarrollo del individuo ni están en línea con las normas culturales establecidas” (CIE-11, 2023)

DSM-V	CIE-11
<p>En la Anorexia Nerviosa (AN) se experimenta un profundo miedo a aumentar de peso o engordar, o mantener una conducta persistente que le hace muy difícil subir de peso, incluso cuando la persona presenta un peso notablemente reducido.</p>	<p>La Anorexia Nerviosa se destaca por un peso significativamente inferior al esperado para la edad y altura de la persona, una pérdida de peso rápida, la adopción de comportamientos dirigidos a reducir la ingesta de energía, así como acciones purgativas y la búsqueda de incrementar el gasto energético. Además, se presenta un temor intenso a aumentar de peso.</p>
<p>La Bulimia Nerviosa (BN) se refiere a la presencia recurrente de ataques de comer en exceso seguidos por episodios inapropiados repetitivos con el fin de evitar el aumento de peso, tales como provocarse el vómito, el</p>	<p>La bulimia nerviosa se identifica por episodios frecuentes de atracones, siendo estos acompañados de comportamientos compensatorios de formas inapropiadas que buscan evitar el incremento de peso. Así</p>

abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ejercicio excesivo o el ayuno.

mismo la persona presenta una preocupación por su físico y peso influyendo en su autopercepción, además se han deteriorado las relaciones personales, familiares, sociales, entre otras.

Trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE), se presentan los síntomas típicos de un trastorno alimentario o relacionados con la ingesta de alimentos, los cuales ocasionan un malestar clínicamente importante, sin embargo, estos síntomas no cumplen con todos los criterios necesarios para ser clasificados como un trastorno específico dentro de la categoría diagnóstica de TCA y de la ingestión de alimentos.

El Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación, es como su mismo nombre lo menciona una categoría residual del tipo “sin especificación”

La adolescencia es la fase intermedia ubicada entre la infancia y la adultez, esta abarca una edad entre los 12 a los 19 años, abarca cambios físicos, psicosocial y cognitivos, además durante esta fase se establecen las pautas de comportamiento futuro de los adolescentes (OMS, 2023).

Materiales y Métodos

Diseño de Investigación y Tipo de Estudio.

El estudio tuvo un diseño de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, transversal y prospectivo.

El tipo de estudio fue cuantitativo, dado que permite la medición con un propósito descriptivo o explicativo (Sánchez, 2019). Su alcance fue descriptivo, ya que tuvo como objetivo describir las variables de un estudio en un tiempo determinado (Manterola et al., 2019). Asimismo, fue de carácter transversal porque se identificaron personas con o sin la condición estudiada en el momento de la aplicación, sin realizar ninguna intervención (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

Participantes.

La población estuvo conformada por alumnos pertenecientes al nivel secundario, de 1° a 5° año de instrucción, de la Institución Educativa Privada Trilce en la ciudad de Chiclayo, durante el año 2023.

Muestra y Muestreo.

La muestra fue de tipo probabilístico, en la cual la selección de los sujetos a estudio dependió de ciertas características o criterios determinados por los investigadores (Otzen & Manterola, 2017).

El total de estudiantes matriculados en el año académico 2023 fue de 446, constituyendo la población total. Dichos datos fueron proporcionados por el director de la I.E.P. Trilce, Nicolás Trabant, en la ciudad de Chiclayo, distribuidos de la siguiente manera: 4 secciones en primer año, con un total de 65 estudiantes; 3 secciones en segundo año, con 70 estudiantes; 3 secciones en tercer año, con 85 estudiantes; 3 secciones en cuarto año, con 90 estudiantes; y 4 secciones en quinto año, con 109 estudiantes.

El tamaño de la muestra se calculó mediante el software G*Power 3.1.9.7, diseñado para investigaciones en poblaciones finitas, con un nivel de significancia (α) de 0.05 y una potencia estadística de 0.95. Considerando la distribución por análisis de potencia, se propuso un tamaño muestral de 56 estudiantes de primer año, 60 de segundo año, 70 de tercero, 74 de cuarto y 86 de quinto, dando un total de 336 estudiantes.

Criterios de Selección de la Muestra.**Inclusión**

Se incluyeron estudiantes del nivel secundario de la I.E.P. Trilce, de 1° a 5° año, de ambos sexos.

Exclusión

Se excluyeron estudiantes en tratamiento psicológico o psiquiátrico, alumnos mayores de edad y estudiantes con hijos. Estos criterios fueron especificados en el apartado de datos personales.

Eliminación

Se eliminaron los cuestionarios que presentaron más de una alternativa marcada en una misma pregunta, así como aquellos con ítems sin respuesta.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Se utilizó el Inventario de Pruebas de Actitudes Alimentarias – 26 (EAT-26), elaborado por Garner y Garfinkel (1979). Este instrumento fue validado al idioma español por Gandarillas et al. (2003) en una comunidad femenina en Medellín, España. Posteriormente, fue adaptado al

contexto peruano por Huamán (2022) en una muestra de 610 estudiantes. En dicha validación, el instrumento fue sometido al juicio de 7 expertos, obteniendo un coeficiente V de Aiken significativo con un punto de corte de 0.80 y un intervalo de confianza del 95%.

La confiabilidad del EAT-26 se evaluó mediante el Alfa de Cronbach, alcanzando un valor de 0.899, y mediante el coeficiente Spearman-Brown, que obtuvo un valor de 0.889.

El EAT-26 estuvo compuesto por 26 ítems que fueron evaluados a través de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca” y “nunca”. Este cuestionario se dividió en tres subescalas. La primera correspondió a *Dieta*, conformada por trece ítems que evaluaron conductas relacionadas con la evitación de alimentos y la preocupación por la delgadez. La segunda fue la de *Bulimia y preocupación por la comida*, integrada por seis ítems que midieron tanto conductas bulímicas como pensamientos recurrentes sobre la alimentación. Finalmente, la tercera subescala correspondió al *Control oral*, compuesta por siete ítems que examinaron el autocontrol en la ingesta de alimentos y la presión ejercida por otras personas para aumentar de peso.

Operacionalización de Variables

Inventario de pruebas de actitudes alimentarias – 26 (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979), validado al idioma español por Gandarillas et al. (2003)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Valor / Subindicador	Tipo de Escala
Actitudes alimentarias	Son las creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos que se encuentran relacionados con los alimentos, estas llegan a influir en las elecciones de alimentación repercutiendo en la salud de las personas	Clasificación de los puntajes obtenidos en el test de actitudes alimentarias	Riesgo de Trastorno Alimenticios	Dieta	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24,25	Ordinal
				Bulimia y preocupación por el peso	3, 4, 9, 18, 21 y 26	
				Control Oral	2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20	
				Bajo Riesgo \leq 19 Alto Riesgo 20-30 Caso Clínico \geq 31	0 puntos (nunca, casi nunca); 1 punto (a veces); 2 puntos (casi siempre); 3 puntos (siempre)	

Procedimientos.

En el proceso inicial, se contactó al director de la institución educativa en la que se planeó llevar a cabo el estudio. Se programó una reunión con el propósito de presentar los objetivos de la investigación y solicitar su apoyo; además, se proporcionó una carta de presentación (véase Anexo E) para formalizar la solicitud.

Adicionalmente, se estableció contacto con la autora que realizó la traducción al español del test, Ana Gandarillas, a través de un correo electrónico en el que se solicitó su autorización para la utilización del inventario EAT-26, a lo cual ella otorgó el permiso correspondiente (véase Anexo A).

Posteriormente, se tramitó la solicitud de aprobación ante el Comité de Ética de la USAT. Se envió el proyecto de investigación y se aguardó la respuesta favorable para continuar con el trabajo.

Una vez obtenidos los permisos necesarios, la investigadora se presentó en la institución educativa para informar a los estudiantes acerca del estudio. Se les entregó el formulario de consentimiento informado para que lo compartieran con sus padres y estos otorgaran la autorización para su participación.

Tras recibir los consentimientos de los padres, se procedió a la aplicación del instrumento de manera presencial, siguiendo los horarios proporcionados por la institución. Antes de la aplicación, se obtuvo el asentimiento informado de los menores, asegurando así su autorización para participar. Durante la aplicación, se recopilaban únicamente datos generales a fin de preservar la confidencialidad de los participantes.

Finalmente, con los datos recopilados, se procedió al análisis e interpretación de los mismos, llevando a cabo un análisis descriptivo de las diferentes variables.

Aspectos Éticos.

Para llevar a cabo el estudio, se siguió un proceso ético y protocolario. En primer lugar, se sometió el proyecto a la evaluación previa por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, lo que garantizó la integridad y la aprobación ética del trabajo.

Adicionalmente, se utilizó Turnitin para verificar la originalidad y autenticidad de la investigación, asegurando su autoría legítima.

Posteriormente, se solicitó al director de la escuela de la USAT la emisión de un documento oficial que permitiera obtener la autorización correspondiente de la institución educativa seleccionada para llevar a cabo el estudio.

Dado que la investigación involucró a una población de menores de edad, se proporcionó un formulario de consentimiento informado a los padres o tutores legales (véase Anexo B) con el fin de explicar los objetivos del estudio y obtener la autorización para la participación de sus hijos. De manera complementaria, se solicitó la autorización de los menores mediante un formulario de asentimiento informado (véase Anexo C), respetando así su autonomía. Asimismo, se siguieron las directrices del Informe Belmont de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979), garantizando el respeto por la dignidad de los participantes en todo momento.

Después de obtener las aprobaciones necesarias, se entregó el cuestionario EAT-26 (véase Anexo D) a cada uno de los participantes. Cabe resaltar que las encuestas se realizaron de forma anónima, sin recoger datos personales que comprometieran la identidad de los estudiantes. Se conformó una base de datos que no tuvo copias adicionales, siendo el autor el único con acceso a la misma. Una vez completado el análisis, se estableció que la base de datos sería conservada durante un período de dos años, para luego ser eliminada.

Asimismo, se obtuvo un reporte de similitud del 19% en Turnitin (véase Anexo A), lo cual indicó que el contenido del estudio fue original y no se basó en fuentes no autorizadas.

Plan de Procesamiento y Análisis de Datos.

Después de la aplicación del EAT-26, los datos recopilados se organizaron en una base de datos utilizando Excel 2019. Esta base empleó una escala de respuesta tipo Likert. Para calcular las frecuencias de cada uno de los indicadores del test, se utilizó el programa Jamovi 2.3.26 para Windows. Las respuestas se agruparon en categorías y se generaron tablas de frecuencias.

Asimismo, se realizó un análisis de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central, como la media y la mediana, y medidas de dispersión, como la desviación estándar y el rango. Los resultados de estos análisis se presentaron en tablas y gráficos para facilitar su comprensión y visualización.

Colaboradores

Entre los principales colaboradores que hicieron posible este trabajo se encuentran el asesor de la investigación Dias Villanueva Elmer quien guió la creación de este proyecto y el director de la institución educativa Trilce Nicolás Trabant Abanto que nos permitió la aplicación del test EAT-26 en los alumnos del colegio TRILCE.

Resultados y Discusión

En la Tabla 1 se observó que, en cuanto al nivel de riesgo, predominó el nivel de bajo riesgo de padecer trastornos alimenticios.

Tabla 1

Nivel de Riesgo de trastornos Alimenticios en Estudiantes de Secundaria

Nivel de Riesgo	Frecuencias	% del Total
Bajo Riesgo	204	58.5 %
Alto Riesgo	89	25.5 %
Riesgo Clínico	56	16.0 %

Estos resultados fueron similares a los reportados en el estudio realizado por la GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022), en el cual se afirmó que, en el Perú, la prevalencia de anorexia nerviosa fue de 18.1 (12.7–26.1) por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, difirió en cuanto a la bulimia nerviosa, ya que se encontró que 88.6 personas por cada 100,000 habitantes presentaban dicho trastorno (0.86%).

Además, dichos resultados pudieron estar influenciados por la pandemia de COVID-19. Tal como mencionó Huete (2022), en un estudio realizado en Lima se observó que las personas con riesgo o diagnóstico de TCA vieron agravados sus síntomas durante la pandemia, llegando en algunos casos a la autolesión o al suicidio, asociados a cuadros de ansiedad y depresión.

De igual modo, Skella et al. (2022), en su revisión sistemática, respaldaron la prevalencia de riesgo en la población adolescente, señalando que una de las posibles causas fue la ortorexia, entendida como la búsqueda irracional de consumir únicamente alimentos sanos y de calidad. Este comportamiento aumentó entre jóvenes de 13 a 16 años, lo que ocasionó una significativa pérdida de peso y deficiencias nutricionales que incrementaron el riesgo de desarrollar TCA.

Por último, Suárez et al. (2022), en una revisión sistemática, identificaron otros factores de riesgo en el desarrollo de trastornos alimenticios, tales como la insatisfacción corporal, el género femenino, la baja autoestima, la presencia de depresión y un índice de masa corporal (IMC) elevado.

En la Tabla 2 se observó que, en cuanto al sexo femenino y masculino, en el grupo de mujeres predominó el nivel de bajo riesgo de presentar trastornos alimenticios. De manera similar, en el grupo masculino también predominó el nivel de bajo riesgo.

Tabla 2

Nivel de Riesgo de Trastornos Alimenticios según sexo en Estudiantes de Secundaria

Sexo	Nivel de Riesgo	Frecuencias	% del Total
Femenino	Bajo Riesgo	60	17.2 %
	Alto Riesgo	40	11.5 %
	Riesgo Clínico	36	10.3 %
Masculino	Bajo Riesgo	144	41.3 %
	Alto Riesgo	49	14.0 %
	Riesgo Clínico	20	5.7 %

Estos resultados se corroboraron con el estudio de Suárez et al. (2022), quienes señalaron que en la mayoría de investigaciones recopiladas, el género femenino presentó una mayor probabilidad de padecer problemas alimenticios. Según los autores, las mujeres tienden a manifestar mayor insatisfacción con su imagen corporal, baja autoestima, búsqueda de perfección, preocupación por el peso y una mayor inseguridad personal e interpersonal en comparación con los hombres.

De manera similar, Silén y Keski (2022) reportaron a nivel mundial una mayor prevalencia de trastornos alimenticios en personas de sexo femenino. En cuanto al sexo masculino, la presencia de alto riesgo y riesgo clínico podría explicarse a partir de los hallazgos de Becerra et al. (2018), quienes evidenciaron que los varones en los primeros años de vida escolar presentaban un mayor riesgo de padecer TCA; sin embargo, este riesgo tendía a disminuir conforme avanzaban en edad y grado escolar, a diferencia de las mujeres, en quienes se incrementaba progresivamente.

En el contexto peruano, Ganoza (2023) confirmó en la región Cajamarca que las mujeres presentaban un mayor riesgo de desarrollar TCA, ya que la mayoría de ellas mostró un riesgo moderado, en contraste con los varones, quienes reflejaron niveles bajos de riesgo. Finalmente, Silva et al. (2017), en un estudio realizado en la Ciudad de México, concluyeron que el género y el contexto sociocultural influyen de manera significativa en el riesgo de padecer TCA, observando que las mujeres criadas en entornos machistas tendían a desarrollar un mayor rechazo hacia la comida, además de experimentar estrés y depresión, factores que afectaban directamente su conducta alimentaria.

En la Tabla 3 se observó que, en cuanto a la edad, en los diferentes grupos etarios comprendidos entre los 12 y 17 años predominó el nivel de bajo riesgo de presentar trastornos alimenticios.

Tabla 3

Nivel de Riesgo de Trastornos Alimenticios según edad en Estudiantes de Secundaria

Edad	Nivel de riesgo	Frecuencias	% del Total
12	Bajo Riesgo	12	3.4 %
	Alto Riesgo	5	1.4 %
	Riesgo Clínico	6	1.7 %
13	Bajo Riesgo	30	8.6 %
	Alto Riesgo	16	4.6 %
	Riesgo Clínico	13	3.7 %
14	Bajo Riesgo	48	13.8 %
	Alto Riesgo	24	6.9 %
	Riesgo Clínico	8	2.3 %
15	Bajo Riesgo	43	12.3 %
	Alto Riesgo	21	6.0 %
	Riesgo Clínico	11	3.2 %
16	Bajo Riesgo	44	12.6 %
	Alto Riesgo	19	5.4 %
	Riesgo Clínico	12	3.4 %
17	Bajo Riesgo	27	7.7 %
	Alto Riesgo	4	1.1 %
	Riesgo Clínico	6	1.7 %

Los resultados obtenidos se asemejaron a los de Villalobos et al. (2022), quienes señalaron que la población con mayor riesgo se encontraba entre los 12 y 14 años. En el presente estudio

se identificó que la edad con mayor riesgo clínico correspondió a los 13 años, lo cual podría atribuirse a una mayor exposición a las redes sociales y al internet, medios en los que se promueve una imagen delgada y esbelta como estándar de belleza, independientemente del sexo. Asimismo, tal como mencionaron Amaya et al. (2017), en los adolescentes de estas edades predominó una mayor internalización de un ideal corporal irreal, lo que, sumado a la interacción con los pares y a la presencia de conductas alimentarias inadecuadas, podría incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

En la tabla 4 se observó que, en cuanto al grado de educación, desde 1° hasta 5° año predominó el nivel de bajo riesgo de padecer trastornos alimenticios.

Tabla 4

Nivel de Riesgo de Trastornos Alimenticios según el grado de educación en Estudiantes de Secundaria

Grado	Nivel de riesgo	Frecuencias	% del Total
1	Bajo Riesgo	32	9.2 %
	Alto Riesgo	15	4.3 %
	Riesgo Clínico	15	4.3 %
2	Bajo Riesgo	34	9.7 %
	Alto Riesgo	17	4.9 %
	Riesgo Clínico	9	2.6 %
3	Bajo Riesgo	39	11.2 %
	Alto Riesgo	23	6.6 %
	Riesgo Clínico	7	2.0 %
4	Bajo Riesgo	42	12.0 %
	Alto Riesgo	15	4.3 %
	Riesgo Clínico	13	3.7 %
5	Bajo Riesgo	57	16.3 %
	Alto Riesgo	19	5.4 %

Riesgo Clínico	12	3.4 %
----------------	----	-------

Estos resultados fueron similares a los obtenidos por Sheyab et al. (2018) en Jordania, quienes realizaron un estudio en estudiantes de 8° a 10° grado. En dicho estudio se determinó la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente entre las niñas, en quienes la presión del grupo resultaba más intensa. No obstante, se evidenció que la búsqueda de aprobación y simpatía del grupo era mayor en los varones. Por tanto, se estableció una correlación entre la presión ejercida por el grupo de pares y la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria.

Conclusión

En los estudiantes de la I.E. se encontró que el 58.5% presentaron un *bajo riesgo* de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA); no obstante, un 25.5% y un 16% evidenciaron *alto riesgo* y *riesgo clínico*, respectivamente.

Respecto al *primer objetivo específico*, se identificó que el bajo riesgo fue mayor en los varones (41.3%). Sin embargo, en el indicador de alto riesgo, también se observó una mayor prevalencia en los hombres (14%) en comparación con las mujeres (11.5%). En contraste, en el indicador de riesgo clínico —considerado el de mayor peligrosidad— las mujeres presentaron un 11.3%, mientras que los varones alcanzaron un 5.7%.

En el *segundo objetivo específico*, relacionado con la edad, se determinó que los estudiantes de 14 años presentaron el mayor porcentaje en bajo riesgo (13.8%) y en alto riesgo (6.9%). En cuanto al riesgo clínico, este predominó en los estudiantes de 13 años con un 3.7%.

Finalmente, en el análisis correspondiente al *tercer objetivo específico*, según el grado de estudio, se encontró que el mayor porcentaje de bajo riesgo se presentó en quinto de secundaria (16.3%), el mayor nivel de alto riesgo en tercer grado (6.6%) y el nivel más elevado de riesgo clínico en primer grado (4.3%).

Recomendaciones

Se recomendó que, para futuras investigaciones, se diera un mayor énfasis en la evaluación del nivel de riesgo abarcando todos los grados de secundaria en instituciones educativas, ya que se encontraron pocas investigaciones previas que incluyeran a la totalidad de los grados.

Asimismo, se consideró crucial desarrollar campañas o programas orientados a la concienciación sobre las conductas de riesgo relacionadas con la alimentación. Además, se destacó la importancia de que estas iniciativas incorporaran estrategias prácticas que

promovieran hábitos alimentarios saludables y previnieran los trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente, se sugirió que los futuros investigadores continuaran explorando los factores asociados a estas conductas alimentarias de riesgo, con el propósito de identificar intervenciones efectivas y diseñar políticas educativas que pudieran implementarse en el ámbito escolar.

Bibliografía

- Academy for Eating Disorders-AED. (2016). *Trastornos de la conducta Alimentaria_ Guía de cuidados médicos* (3rd ed.). AED. https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/AED_Medical_Care_Guidelines_SPANISH_04_09_18.pdf
- Amaya, A., Alvarez, G., Ortega, M., & Mancilla, J. M. (2017, Junio). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Scielo*, 8(1), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.12.001>
- American Psychological Association "APA". (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSMV"* (5th ed.). <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arija, V., Santi, M. J., Novalbos, J. P., Canals, J., & Rodríguez, A. (2022, Octubre 31). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Scielo*, 39(2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Ayuzo, C., Elizondo, C., Martínez, N. A., Ramírez, K. A., & Rodríguez, F. (2021, 09 09). Calorie counting application use in patients with eating disorders. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2892/5109>
- Becerra, F., Saavedra, Y. A., Verano, A. Y., & Wilchez, P. P. (2018, Diciembre). Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en un grupo de estudiantes de secundaria en un colegio de Bogotá D.C., Colombia. 2016. *Redalyc*, 66(4), 571-574. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n4.62717>
- Cabrera, R. (2022, Junio 05). *Abordaje de un Caso de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado*. Repositorio Universidad Europea. <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2237/CabreraArtillesRebeca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cerda, P., Mayorga, D., & Viciano, J. (2018, Junio 19). Entrenamiento mental breve en adolescentes con trastorno alimentario no especificado que presentan hábitos exigentes de actividad física. <https://www.redalyc.org/journal/4399/439957664006/>

- Constaín, G. A., Ramírez, C. R., Rodríguez, M. Á., Álvarez, M., Marín, C., & Agudelo, C. (2014, Junio). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *ScienceDirect*, 46(6), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Covarrubias, J. D., & Ayuzo, N. C. (2020, November 27). Trastornos de la conducta alimentaria. *Scielo*, 86(2). Retrieved May 6, 2023, from https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080
- David, J. (2020, November 27). Trastornos de la conducta alimentaria. *Scielo*, 86(2). Retrieved April 17, 2023, from https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080
- Fisher, C., Skocic, S., Rutherford, K., & Hetrick, S. (2019, Mayo 01). Enfoques de terapia familiar para la anorexia nerviosa. *Biblioteca Cochrane*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>
- Fuentes, J., Pérez, E., & Hernández, A. (2010, Marzo). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. *Elsevier*, 29(2), 72-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017, Diembre). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Elsevier*, 28(6), 893-900. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-complicaciones-medicas-de-los-trastornos-S0716864017301487>
- Ganoza, G. A. (2023). *Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2do - 3er grado de secundaria. Chiclayo – 2022*. Repositorio USAT. https://tesis-usat-edupe.usat.lookproxy.com/bitstream/20.500.12423/5861/1/TL_GanozaGranadosGustavo.pdf
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022, Enero 10). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *PubMed*, 9(2), 137-150. [10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gómez, C., Palma, S., Miján, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos, R., Virgili, N., Martínez, M., Mories, M., Castro, M., & Martín, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria:

- bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Scielo*, 35(1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400003
- Guía de Bolsillo de La Clasificación Cie-10* (P. García Parajuá & M. Magaritos López, Trans.). (2001). Editorial Médica Panamericana.
- Hay, P., Touyz, S., Claudino, A., Lujic, S., Smith, C., & Madden, S. (2019, Enero 21). Atención hospitalaria versus ambulatoria, hospitalización parcial y lista de espera para pacientes con trastornos alimentarios. *Biblioteca Cochrane*.
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010827.pub2/full/es?highlightAbstract=nerviosa%7Cbulimia%7Cbulimi%7Cnervios>
- Huamán, S. S. (2022). *Propiedades psicométricas de la escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en Universitarios de Lima Metropolitana*. Repositorio Autónoma.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2330/Huam%c3%a1n%20Obreg%c3%b3n%2c%20Stefanny%20Silvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huete, M. A. (2022, Marzo 21). Trastorno de conducta alimentaria durante la pandemia del SARS-CoV-2. *Scielo*, 85(1), 66-71. <http://dx.doi.org/10.20453/rmp.v85i1.4156>
- Jara, V. F. (2019). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la imagen corporal en estudiantes de 12 a 17 años de la unidad educativa Pio XII, Cuenca 2019 – 2020*. Repositorio UCACUE.
<https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8769/1/9BT2019-MTI249.pdf>
- López, C., & Treasure, J. (2011, Enero). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Elsevier*, 22(1), 85-97. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-descripcion-S0716864011703960>
- López, C., & Treasure, J. (2011, enero). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Elsevier*, 22(1), 85-97. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-descripcion-S0716864011703960>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *ScienceDirect*, 30(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
- Morales, M. F., & Galván, G. (2021, julio 6). Características clínicas de anorexia nervosa extrema. Reporte de caso. *Scielo*, 64(2), 26-30.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.2.04>

- Morales, M. J. (2019, Septiembre 10). Anorexia nerviosa en población pediátrica. *Scielo*, 36(2).
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-46.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2021). Los trastornos de alimentación: Un problema que va más allá de la comida. *NIH*, (21).
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20los%20trastornos%20de,graves%20de%20las%20conductas%20alimentarias.>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexo "CIE-11"* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud del adolescente*. Who.int.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Scielo*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Portela, Costa, Mora, & Raich. (2012). Revisión - La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Scielo*, 27(2), 391-401.
 Retrieved May 6, 2023, from https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Risco, D. D. (2021). *Hábitos alimenticios en adolescentes de 14 a 17 años de una Institución Educativa local – Chiclayo, 2018*. Repositorio USAT. https://tesis-usat-edu-pe.usat.lookproxy.com/bitstream/20.500.12423/3350/1/TL_BazanSanchezDiana.pdf
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de Investigación de corte Transversal. *ResearchGate*, 21(3), 141-146.
https://www.researchgate.net/publication/329051321_Disenio_de_investigacion_de_Corte_Transversal
- Ruiz, Á., & Quiles, Y. (2022, Junio 13). Prevalencia de Ortorexia Nerviosa en universitarios españoles: relación con la imagen corporal y los trastornos alimentarios. *Scielo*, 37(2).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282021000300011&lang=es#B6
- Saad, M., Eymann, A., Grandos, N., Rotblat, G., Dawson, S., Cibeira, A., & Paz, M. (2021). Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. *Lilacs*, 119(4), 364-369.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1281909>
- Salazar, 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*. Repositorio UNC.

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2886/TESIS.pdf?sequence=1>

- Sánchez, F. A. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Scielo*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Sheyab, N., Gharaibeh, D., & Kheirallah, K. (2018, Septiembre). Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan. *PubMed*. 10.1155/2018/7309878
- Silen, Y., & Keski, A. (2022, noviembre 1). Prevalencia mundial de los trastornos alimentarios del DSM-5 entre los jóvenes. *PubMed*, 35(6), 362-371. 10.1097/YCO.0000000000000818
- Silva, C., Millán, B. A., & González, K. E. (2017, Junio). Rol de género y actitudes alimentarias en adolescentes de dos diferentes contextos socioculturales: Tradicional vs. no tradicional. *Scielo*, 8(1), 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.12.002>
- Skella, P., Chelmi, M. E., Panagouli, E., Garoufi, A., Psaltopoulou, T., Mastorakos, G., Sergeantanis, T. N., & Tsitsika, A. (2022, Abril 24). Orthorexia and Eating Disorders in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Epistemonikos*, 9(4), 514. <https://doi.org/10.3390/children9040514>
- Suarez, C. L., Galleta, M., & Gómez, E. M. (2022, Julio 1). Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Epistemonikos*, 93(3). <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v93i3.13140>
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del Norte de Chile. *Scielo*, 38(2), 128-135. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000200003
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández, M., & Bojórquez, I. (2022, agosto 15). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Scielo*, 62(6), 734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>

Anexos

Anexo A



Gandarillas Grande.Ana Maria

para mí ▾

mié, 21 jun, 1:46



Buenos días, Claudia:

Tenéis mi permiso para aplicar el cuestionario EAT-26, ojalá que contribuya a detectar precozmente los TCA y mejorar así la salud en estudiantes.

Suerte con la investigación.

Cordiales saludos, Ana

Ana María Gandarillas Grande
Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles
Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
C/ López de Hoyos, 35
28002 Madrid
Teléfono: 91.370.08.76
ana.gandarillas@salud.madrid.org



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Anexo B

Consentimiento informado - PADRES O APODERADO -

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Claudia Geraldine Rojas Agreda
 Título : Niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar a su menor hijo/a en este estudio, que tiene como finalidad Identificar los niveles de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en estudiantes de secundaria en un colegio.

Procedimientos:

Si usted acepta la participación de su menor hijo/a en este estudio se desarrollará los siguientes pasos: Primero firmar el consentimiento informado, posterior a ello a su hijo también se le entregará un asentimiento informado para que firme si desea formar parte del estudio. Luego se llevará a cabo la aplicación del test el cual tiene un promedio de duración de 10 minutos.

Riesgos:

Durante la investigación no se realizará ningún tipo de procedimiento que pueda dañar de alguna manera al participante, la participación es totalmente voluntaria

Beneficios:

Si no se desea participar no habrá ningún tipo de sanción, no afectará de ninguna forma las calificaciones del encuestado

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por la participación de su menor hijo/a en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

La participación en 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. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de los tests guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide que su menor hijo/a participe en el estudio, y por algún hijo/a desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Geraldine Rojas al tel.988971426, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hijo/a ha sido tratado injustamente, puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto que mi menor hijo/a participe voluntariamente en este estudio, comprendo en qué consiste su participación en el proyecto, también entiendo que puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno de su persona.

Padre o apoderado

Nombre:
DNI:



Investigadora

Nombre: Claudia Geraldine Rojas Agreda
DNI: 72667380

Anexo C

Asentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Claudia Geraldine Rojas Agreda
 Titulo : Niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023

Propósito del Estudio:

Hola, mi nombre es Claudia Geraldine Rojas Agreda, de la universidad USAT, estoy realizando un estudio para obtener el grado de licenciado en Psicología.

Procedimientos:

Si decides participar en este estudio: Se te entregará un cuestionario en el cual se te pedirá responder unas preguntas, esto tomará aproximadamente 10 minutos. Luego se procederá a recoger los cuestionarios o usted mismo puede acercarse a entregarlos voluntariamente una vez que lo haya finalizado.

Riesgos:

Durante la investigación no se realizará ningún tipo de procedimiento que pueda dañar de alguna manera al participante, la participación es totalmente voluntaria

Beneficios:

Si no se desea participar no habrá ningún tipo de sanción, no afectará de ninguna forma las calificaciones del encuestado.

Costos e incentivos:

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero por tu participación. Todos los gastos generados en este estudio serán asumidos por el investigador.

Confidencialidad:

La participación en 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. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Uso de la información obtenida:

Descamos conservar la información de sus test guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Derechos del participante:

Si decides participar en el estudio, y si por algún motivo deseas retirarte, puedes hacerlo en cualquier momento sin perjuicio alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio, o llama a Claudia Geraldine Rojas Agreda al tel.988971426, investigador principal.

Si tienes preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o crees que has sido tratado injustamente puedes contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

Asentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin ningún problema en mi casa o en mi colegio.

Participante

Nombre:
DNI:



Investigadora

Nombre: Claudia Geraldine Rojas Agreda
DNI: 72667380

Anexo D

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN EAT 26

Datos Generales

Edad:

Grado: 1° 2° 3° 4° 5°

Distrito:

Sexo: Femenino Masculino Tiene hijos: Si No Recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico actualmente: Si No

Siempre (S), Casi Siempre (CS), A veces (AV), Casi Nunca (CN) y Nunca (N)

Preguntas	S	CS	AV	CN	N
1. Me gusta comer con otras personas					
2. Procuo no comer aunque tenga hambre					
3. Me preocupo mucho por la comida					
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer					
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como					
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (Ejm: pan, arroz, patatas, etc.)					
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más					
9. Vómito después de haber comido					
10. Me siento muy culpable después de comer					
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a					
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio					
13. Como alimentos de régimen (dieta)					
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo					
15. Tardo en comer más que las otras personas					
16. Procuo no comer alimentos con azúcar					
17. Como alimentos de régimen					
18. Siento que los alimentos controlan mi vida					
19. Me controlo en las comidas					
20. Noto que los demás me presionan a que coma					
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome de la comida					
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces					
23. Me comprometo a hacer dieta					
24. Me gusta sentir el estómago vacío					
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas					
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas					

Anexo E



Chiclayo, 03 de julio de 2023

Carta N°180-2023-USAT-EPSI

Sr. Nicolás Trarbanto Abanto
Director de Institución Educativa Trilce
Presente. -

Asunto: Taller de Investigación

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la **Srta. Claudia Geraldine Rojas Agreda**, con documento de identidad N° **72667380**, estudiante del VII Ciclo Académico, quien actualmente cursa la asignatura Taller de Investigación I cuyo docente es el **Dr. Rony Edinson Prada Chapoñán**, docente del programa de estudios de Psicología.

Estimado director, la estudiante se encuentra realizando el proyecto de Tesis, titulado: **Niveles de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un colegio de secundaria en Chiclayo- 2023**, producto acreditable de la asignatura y requisito del Plan de Estudios.

Por tal motivo recorro a usted para que brinde las facilidades, permitiéndole la recolección de información necesaria para ejecutar su proyecto de Tesis.

Agradeciéndole por la deferencia que se sirva brindar a la presente le anticipo los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,



Mgtr. Nelly Patricia Becerra Escate
Directora
Escuela de Psicología