



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María

## TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

## AUTORA

Espinoza Zacarias, Diana Alejandra (0009-0004-0803-3330)

## ASESOR

Córdova Cadillo, Alberto (0000-0002-8221-3960)

**Lima, Perú**

**2024**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

AUTORA: Espinoza Zacarias, Diana Alejandra

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de la AUTORA: 76294606

### **Datos de asesor**

ASESOR: Córdova Cadillo, Alberto

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 08458178

### **Datos del jurado**

JURADO 1: Rodríguez Michuy, Alcides Ismael. DNI 07951127. ORCID 0000-0003-1067-7253

JURADO 2: Canales Sierralta, José Antonio. DNI 10600847. ORCID 0000-0003-0892-9044

JURADO 3: Tauro Uriarte, Talia Beatriz. DNI 08194254. ORCID 0000-0002-7446-4284

JURADO 4: Córdova Cadillo, Alberto. DNI 08458178. ORCID 0000-0002-8221-3960

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 5.01.00

Código del Programa: 313016

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Diana Alejandra Espinoza Zacarias,  
con código de estudiante número 201911444, con DNI N° 76294606,  
con domicilio en Av. Cuba 486,  
distrito Jesús María, provincia y departamento de Lima,  
en mi condición de bachiller en Psicología de la Facultad  
Psicología, declaro bajo juramento que la presente tesis titulada:  
" Actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en  
el distrito de Jesús María "

es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Alberto Córdova,  
y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de  
investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución  
académica o de investigación, universidad, etc; La cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y  
tiene el 14% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el  
contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo  
responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y  
autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y  
soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo  
Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 04 de Junio de 2024

Diana  
Nombres y Apellidos: Diana Alejandra Espinoza Zacarias  
DNI Nro. 76294606

# Actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María

## ORIGINALITY REPORT

14%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	hdl.handle.net Internet Source	3%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Student Paper	2%
3	eprints.ucm.es Internet Source	1%
4	www.grafiati.com Internet Source	1%
5	core.ac.uk Internet Source	1%
6	www.scielo.org.pe Internet Source	1%
7	repositorio.comillas.edu Internet Source	1%
8	es.wikipedia.org Internet Source	<1%
9	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	<1%



Mg. Leslie Denise Tantaleán Oliva  
Unidad de Grados y Títulos  
JEFA

**Dedicatoria.**

A mis padres por darme la oportunidad de realizarme como profesional, y a todos mis amigos y compañeros por su ánimo incansable.

### **Agradecimientos.**

A mi asesor de tesis, el Dr. Alberto Córdova, por su gran ayuda en este extenso proyecto; a mis padres por haberme apoyado en la culminación de mi formación universitaria; a mis amigos, por su escucha, ánimo y directrices para terminar esta investigación, y también para todos mis compañeros de cuatro patas que me acompañaron desde el inicio, especialmente Sansón y Kira, por su bulliciosa y sabia compañía en esta larga travesía.

## INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, la salud alimentaria de las adolescentes se ha transformado en un tema de creciente preocupación, tanto a dentro del país como de forma internacional. Numerosos estudios han abordado la correlación entre diversos aspectos psicosociales y la salud alimentaria de esta población, proporcionando un discernimiento mucho más hondo de los elementos que intervienen en sus actitudes y comportamientos alimentarios. Asimismo, la adolescencia, caracterizada por cambios físicos y psicosociales, se convierte en una etapa crucial para comprender los comportamientos alimentarios. La idealización de estándares de belleza y del impacto de la industria de la pérdida de peso destacan la necesidad de un enfoque holístico. Además, la comprensión de los TCA como manifestaciones de dificultades emocionales internas subraya la importancia de abordar las actitudes alimentarias en la investigación. La presente tesis surge en respuesta a este interés continuo por comprender y abordar las complejidades de la salud alimentaria en el grupo demográfico de mujeres adolescentes en Jesús María, Lima.

Finalmente, la atención y móvil de la investigación propuso como meta buscar si existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación de mujeres adolescentes en el distrito de Jesús María en función de su edad, estado civil y nivel socioeconómico bajo un diseño descriptivo comparativo trabajándose con 100 mujeres. Posterior a ello, se trataron estadísticamente los datos para obtener los resultados. La tesis está constituida por seis capítulos que representan el compendio de la investigación.

## ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Introducción	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Capítulo I. Planteamiento del estudio	7
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Objetivos	8
1.3. Importancia y justificación del estudio	9
1.4. Limitaciones del estudio	10
Capítulo II. Marco teórico	11
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema	11
2.2. Bases teórico-científicas del estudio	14
2.3. Definición de términos básicos	29
Capítulo III. Hipótesis y variables	33
3.1. Supuestos científicos	33
3.2. Hipótesis	34
3.3. Variables de estudio	35

Capítulo IV. Método	37
4.1. Población y muestra	37
4.2. Tipo y diseño de investigación	37
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos	42
Capítulo V. Resultados	43
5.1. Presentación de datos	43
5.2. Análisis y discusión	47
Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones	50
6.1. Conclusiones generales y específicas	50
6.2. Recomendaciones	50
6.3. Resumen. Palabras clave	52
6.4. Abstract. Key words	53
Bibliografía	55
Anexos	68

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de los resultados de la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test) en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María con y sin indicadores de TCA.	43
Tabla 2. Relación del estado civil y edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María en quienes se aplicó la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test).	43
Tabla 3. Relación del nivel socioeconómico y edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María en quienes se aplicó la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test).	44
Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo a la edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.	44
Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo al estado civil de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.	44
Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo al nivel socioeconómico de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.	45
Tabla 7. Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov.	46
Tabla 8. Prueba de T de Student.	46

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Planteamiento y formulación del problema de investigación.

La investigación se llevó a cabo en el distrito de Jesús María, situado en la zona central de Lima, Perú. Según datos del INEI (2017), se observa una matriz migratoria en la que predomina la migración intrametropolitana (con un flujo de 1,739 personas entre 2002 y 2007) y la migración con el resto de distritos del país (con un movimiento de 17,857 personas en el mismo período). Cabe destacar la inmigración significativa de miembros de la comunidad japonesa, quienes contribuyeron al desarrollo económico local al establecer diversas empresas.

Jesús María se caracteriza por ser un crisol de culturas, costumbres y tradiciones, ya que recibe migrantes tanto del interior del país como del extranjero. Esta diversidad cultural influye en las percepciones y visiones relacionadas con la comida. Por ejemplo, migrantes de la sierra pueden tener apreciaciones diferentes sobre alimentos como el chuño en comparación con aquellos de la costa, más acostumbrados a platos marinos.

En este contexto multicultural de la visión que se tiene sobre los alimentos y con ello incluso añadido a la problemática psicológica y social sobre la comida, se decidió explorar las actitudes de las adolescentes en Jesús María. Según Portela de Santana (2012), las mujeres adolescentes son más propensas a sufrir alteraciones relacionadas con la cultura de la dieta y la delgadez, influenciadas por factores sociales y emocionales, así como los ajustes mentales y afectivos característicos de este periodo.

Además, señala que entre los elementos que aumentan la probabilidad de que los adolescentes desarrollen trastornos alimentarios se encuentran los factores genéticos, las transformaciones físicas durante la pubertad y la sensibilidad de los jóvenes a los ideales de

belleza relacionados con la delgadez, la influencia de la sociedad para mantener un cuerpo delgado, la insatisfacción con su apariencia física, la depresión y la carencia de confianza en uno mismo. En Perú, este fenómeno es una preocupación cada vez mayor en la salud pública, especialmente en provincias como Lima, Arequipa y Trujillo, donde se han documentado incidentes de anorexia, bulimia y otros desórdenes relacionados con la alimentación. De acuerdo con el Ministerio de Salud, aproximadamente el 20% de los adolescentes en Perú experimentan alguna clase de TCA, lo que pone en peligro su salud física y emocional. Sin embargo, el Seguro Social de Salud del Perú ha manifestado su inquietud por este asunto. Según un artículo distribuido en junio de 2022, el 5 % de los jóvenes del país padecen anorexia. Además, en 2021, EsSalud reportó un notable aumento en los casos de TCA en jóvenes de 11 años. De acuerdo con sus datos, de cada diez pacientes que visitan al personal de Psiquiatría del Hospital Almenara, cinco sufren algún tipo de TCA.

Ponce (2017) ,asimismo, señala que las adolescentes experimentan cambios en los patrones de conducta, incluidos los hábitos alimentarios, con repercusiones en la juventud y la adultez. Los TCA sostienen una alta incidencia en este grupo etario.

Ende a ello las personas con TCA pueden depender excesivamente de la valoración externa, lo que afecta la conducta alimentaria y la vida afectiva. Se buscó comprender mejor esta problemática para analizar cómo los eventos estresantes y los diversos canales de comunicación impactan el bienestar emocional, especialmente en la juventud temprana.

Para abordar esta situación, se empleó el instrumento EAT-26 (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel, buscando profundizar en las actitudes hacia la alimentación en mujeres adolescentes, considerando factores como la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico. El objetivo fue visibilizar y analizar estas actitudes, sentando las bases para una atención más efectiva en este contexto vulnerable.

Por ello, esta investigación respondió a la interrogante: ¿Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación de mujeres adolescentes en el distrito de Jesús María en función de su edad, estado civil y nivel socioeconómico?

## **1.2. Objetivos.**

### **2.1: Objetivo general.**

O1: Describir las diferencias entre las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María teniendo en cuenta su edad, estado civil y nivel socioeconómico.

### **2.2. Objetivos específicos.**

O1: Describir las diferencias en las actitudes ante la alimentación según la edad en mujeres adolescentes de Jesús María.

O2: Describir las diferencias en las actitudes ante la alimentación según el estado civil en mujeres adolescentes de Jesús María.

O3: Describir las diferencias en las actitudes ante la alimentación según el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes de Jesús María.

## **1.3. Importancia y justificación del estudio.**

La elección de esta materia específica para la producción de la tesis de titulación se basó en su consideración como un tema que abarca patrones repetitivos en la experiencia colectiva de las mujeres, especialmente aquellas en edades vulnerables como la adolescencia. En este período, se observa que el concepto de la cultura de la delgadez comienza a internalizarse y normalizarse, lo que puede tener consecuencias negativas tanto a nivel personal como social.

Mi interés personal en investigar y profundizar en esta tesis surge de la presión, tanto consciente como inconsciente, que las mujeres experimentan para alcanzar una figura ideal. También me motiva explorar las causas que pueden dar lugar a estos pensamientos y comportamientos, los cuales no se limitan a eventos aislados. Este trabajo podría ser valioso como respaldo para investigaciones futuras que utilicen el instrumento EAT-26, especialmente si se llevan a cabo en muestras similares a las de este estudio.

Adicionalmente, uno de los fundamentos de esta tesis se encuentra en el trabajo de Cerquera y Méndez (2021), quienes destacan la adolescencia como un período crucial de transformación en la vida humana, determinado por el desarrollo, los cambios y la asunción de responsabilidades. A lo largo de mencionada fase, la indagación y consolidación de la identificación, así como la consecución de la autonomía, son tareas predominantes, lo que expone al individuo a nuevas presiones, responsabilidades en diversas áreas y los nexos que pueden generar comportamientos de riesgo, poniéndolo en una situación indefensa ante problemas de salud mental.

Según Rodríguez (2005), los problemas de conducta alimentaria no solo están vinculados a la comida, sino que también se relacionan con dificultades en la auto percepción, incluyendo la autoestima física y emocional, así como variables depresivas y ansiosas. A menudo, estos problemas tienen menos que ver con la alimentación en sí y más que ver con eventos traumáticos o sentimientos de inutilidad que subyacen debajo de la superficie.

#### **1.4. Limitaciones de estudio.**

El diseño seleccionado para la investigación fue de carácter descriptivo, aunque inicialmente se consideró la posibilidad de adoptar un diseño correlacional debido a la presencia de ciertas variables. No obstante, la escasa disponibilidad de investigaciones previas sobre estas variables en la población objetivo limitó la viabilidad de explorar otros diseños de investigación.

En relación con el muestreo por juicio empleado, es importante reconocer que este enfoque puede presentar sesgos, ya que los integrantes de la muestra no poseen una probabilidad uniforme de ser seleccionada, lo que podría afectar la representación de la población. Sería beneficioso considerar la realización de un muestreo más diversificado, abarcando distintos distritos para analizar con mayor precisión las diferencias entre colegios, edades y estratos socioeconómicos, e incluso entre provincias del Perú.

En cuanto al enfoque de la investigación, se focalizará en la actitud de las adolescentes hacia la alimentación. Sería valioso contar con la perspectiva de profesionales de la salud, especialmente en áreas médicas y psiquiátricas, como parte de las opiniones de expertos. Sin embargo, la falta de contactos en estas áreas podría representar un desafío para la incorporación de dichas opiniones en el estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación.**

##### **1.1. Antecedentes nacionales.**

Después de examinar los centros de documentación y bibliotecas de forma virtual, se encontró estudios vinculados tales como el de Rivas (2021) el cual realizó un estudio no experimental de tipo transversal con 242 adolescentes peruanos de entre 11 y 18 años para explorar la relación entre sus conocimientos, actitudes, prácticas y el índice de masa corporal (IMC). Con el fin de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición equilibrada, se diseñó un test basado en los estándares de la FAO. Además, se determinó el índice de masa corporal para la edad siguiendo las pautas de la OMS (2020). Los resultados revelaron que el porcentaje de jóvenes varones con sobrepeso y obesidad fue mayor que el de las mujeres, con un 25,7% y un 12,1%, respectivamente. En cuanto a los conocimientos sobre alimentación saludable, se observó una similitud entre ambos sexos, aunque un ligero aumento en la proporción de mujeres con conocimientos elevados. En relación con las actitudes y comportamientos hacia la alimentación saludable, el estudio mostró que los adolescentes presentaron posturas y prácticas aptas en general.

Torres y Torres (2021), también llevaron a cabo un análisis de los TCA en estudiantes de educación secundaria en "La Pequeña Roma de América", Juli, Puno, Perú, en el año 2019. Los participantes de la investigación fueron escogidos de entre 450 estudiantes de la Institución Educativa Secundaria María Asunción Galindo, utilizando el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). En total, intervinieron 58 alumnos de segundo a quinto grado, incluyendo tanto varones como mujeres, todos estos con una edad promedio de 15.06 años. Los resultados revelaron un riesgo de trastorno del 48.3%, con una predominio del 37% en mujeres y del 10% en varones, lo cual corrobora la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en esta población estudiantil.

Por otro lado, Quiñones (2022), tuvo como objetivo disponer el nexo entre la ansiedad, la agresividad y los TCA en adolescentes de la ciudad de Chimbote, Perú. Se empleó un estudio transversal, que contó con una muestra de 916 adolescentes, incluyendo estudiantes de enseñanza secundaria (4to y 5to grado) y universitarios (primer ciclo), durante el año 2018. Adicionalmente a ello, se llevó a realización una exploración de regresión logística binaria para identificar los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, acomodando por variables como edad, género, síntomas de ansiedad y conductas agresivas. Los resultados revelaron que tanto los signos de ansiedad como los comportamientos transgresivos representan una amenaza significativa para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente para el caso de las adolescentes de sexo femenino.

### **1.2. Antecedentes extranjeros.**

Avalos (2020), por otro lado, examinó la conexión entre los hábitos y actitudes alimentarias de adolescentes y las señales antropométricos, diferenciando por sexo, en una escuela de México. Intervinieron 673 estudiantes de formación a nivel secundario, divididos equitativamente entre mujeres y hombres, quienes completaron un cuestionario que recopilaba datos sociodemográficos, escolares y el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. Los resultados permitieron caracterizar los hábitos y actitudes alimentarias de los adolescentes de secundaria, mostrando que aquellos con un IMC, C.C. y Ci/Ca más altos tendían a no alimentarse lo oportuno. Esta actitud se asoció con tentativas de continuar dietas no saludables, autoimpuestas. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones previas que sugieren que los adolescentes perciben la dieta como una restricción de alimentos, lo que puede acarrear riesgos para su salud, como anemia o desnutrición. Se concluyó que la

obesidad en los adolescentes impulsa el deseo de adelgazar, lo que a menudo se traduce en prácticas de restricción alimentaria. Además, los adolescentes asignan su situación a la influencia de terceros, principalmente sus progenitores, y a pesar de que reconocen su dilema, sus tácticas de enfrentamiento se centran en aflicciones externas al control de su alimentación.

Bautista, (2020) tuvo como objetivo de este estudio analizar la relación entre las comportamientos alimentarios de riesgo (CAR), el estilo de crianza y la conducta asertiva en individuos menores que cursan la escuela, considerando el sexo. Se empleó un diseño no experimental de tipo transversal, con la participación de 200 estudiantes mexicanos (104 hombres y 96 mujeres) de una preparatoria pública, con una edad promedio de 16.52 años. Los participantes, previa obtención de consentimiento informado, completaron el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT), la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) -que incluye subescalas dirigidas tanto al padre (PPp) como a la madre (PPm)- y la Escala de Conducta Asertiva (CABS), todas validadas para la población mexicana. Se encontró que las mujeres presentaban un porcentaje superior de riesgo de TCA, y este porcentaje fue aún mayor al compararlo con la población nacional. Además, se observó que la conducta no asertiva de carácter agresivo se manifestaba en más de la mitad de los adolescentes, pero el 100% de los estudiantes, tanto hombres como mujeres, que presentaban CAR también mostraban esta conducta, y esta relación se asociaba en mayor medida con la percepción de prácticas parentales inadecuadas de la madre. Estos resultados sugieren que la falta de afecto por parte de los padres puede contribuir a que los adolescentes desarrollen comportamientos no saludables, como las CAR o la evolución de un TCA.

## **2.2. Bases teórico-científicas del estudio.**

### **2.1. Actitudes alimentarias.**

Se refieren a las creencias, apreciaciones y evaluaciones que una persona tiene hacia los alimentos, la alimentación y todo lo relacionado con el acto de comer. Estas actitudes pueden estar influenciadas por una variedad de factores, incluidos los aspectos culturales, sociales, psicológicos y biológicos. Las actitudes alimentarias pueden abarcar una amplia gama de aspectos, como las preferencias alimentarias, las elecciones dietéticas, las asociaciones emocionales con la comida, y las percepciones sobre la salud y el cuerpo.

Es importante señalar que las actitudes alimentarias no solo se limitan a la elección de alimentos, sino que también pueden incluir prácticas vinculadas con la alimentación, como las prácticas dietéticas, las restricciones alimentarias, los patrones de ingesta y las conductas en relación al peso y la imagen anatómica.

Las actitudes alimentarias desempeñan un papel significativo en los hábitos alimentarios de las personas y pueden influir en su bienestar general, tanto físico como mental. Además, estas actitudes pueden variar considerablemente entre individuos debido a las particularidades culturales, sociales y personales.

### **Trastornos de conducta alimenticia.**

#### **Definición.**

López y Treasure (2011) explican que los TCA son una enfermedad psiquiátrica compleja que tiene muchas causas y generalmente afecta a adolescentes y mujeres de edad temprana. El pronóstico más común de TCA no especificado durante la adolescencia es la anorexia y bulimia nerviosa. Los síntomas principales de estos trastornos incluyen angustia más allá de las normales por la comida, el peso y/o la figura física, así como la ejecución de acciones no provechosas para controlar o aminorar el peso.

Asimismo, argumentan que la comida tiene un significado importante para los seres humanos, ya que repone los recursos necesarios del cuerpo y evita la sensación de hambre. En muchos casos, la comida se utiliza para establecer relaciones sociales, llevar a cabo rituales, demostrar poder, entre otras cosas. La alimentación siempre ha sido una actividad social, y la comida y el acto de comer son expresiones culturales que definen a diversos grupos sociales. En nuestra comunidad actual, se señala mucho más la atención a la alimentación, especialmente a las dietas, lo que no sorprende que los trastornos alimentarios sean cada vez más comunes en la práctica clínica.

Es crucial destacar que los trastornos alimentarios no pueden reducirse simplemente al deseo de los pacientes de controlar su peso, sin considerar otros aspectos más profundos y complejos. Se pueden interpretar como expresiones de desafíos emocionales íntimos que resultan en la búsqueda de seguridad en la vida a través del control de la alimentación y del cuerpo. Calvo (1992) subraya que estas alteraciones tienen la posibilidad de tener serias consecuencias para la salud, pero para comprenderlas plenamente, es necesario considerarlas como el producto de dificultades psicológicas y relaciones complejas que han permeado la sociedad.

La alimentación también constituye la base del desarrollo psicológico, ya que por medio del amamantamiento, el infante experimenta y cultiva un sentido de seguridad, paz y amor. La conexión entre el confort y la incomodidad asociados con la comida persiste a lo largo de la vida, ergo, no es sorprendente que la ansiedad, la depresión o la felicidad puedan tener una influencia determinante en la fase de la alimentación.

### **Tipos de Trastornos de la conducta alimentaria.**

Según la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales (2019), los TCA se fraccionan esencialmente en: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos alimentarios no especificados (TANE).

### **Anorexia nerviosa.**

De acuerdo con el DSM-V (2014), los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

A. La limitación de la ingesta de energía basada en la necesidad, que conduce a reducciones significativas en el peso corporal, teniendo en cuenta la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física del individuo. Se considera un peso considerablemente disminuído cuando está por debajo del mínimo habitual.

B. Un intenso miedo a incrementar de peso, o una conducta insistente que dificulta el aumento de peso incluso cuando el peso corporal es bajo.

C. Alteraciones en la percepción del propio peso o tamaño, con un peso o influencia excesiva basada en el autoinforme, o una incapacidad persistente para reconocer la gravedad de su baja corporal.

Especificar si:

Tipo limitado: El individuo no ha experimentado crisis repetitivas de ingesta compulsiva o conductas compensatorias como vómitos generados por uno mismo, abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante los últimos tres meses. Este subtipo describe la pérdida de peso principalmente debido a la limitación de la ingesta, el ayuno y/o el entrenamiento excesivo.

Tipo hábitos alimentarios: El individuo ha pasado por sucesos repetitivos de atracones, acompañados de vómitos autoinducidos o empleo indebido de laxantes, diuréticos o enemas, durante los últimos tres meses.

Especificar si:

Remisión parcial: el Criterio A (bajo peso corporal) ya no se cumple después de todos los criterios previamente cumplidos para la anorexia nerviosa, pero el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso) o aumento de peso aún se cumple o influye en el comportamiento de incremento de peso, o el Criterio C (autopercepción modificada del peso y la forma del cuerpo).

Remisión completa: después de un prolongado en el que no se realizan ninguno de las reglas.

El pánico a ganar peso (Criterio B) generalmente lleva a los pacientes a adoptar comportamientos destinados a perder peso. Esto implica una ingesta limitada, reducción del tamaño de las porciones, omisión de comidas y la gradual eliminación de ciertos alimentos (carbohidratos, dulces, fritos, productos lácteos) del plan de comidas. No todos los pacientes pierden el apetito; en muchos casos, tienen hambre pero utilizan estrategias para controlarla (chicle, agua, yerba mate, manzanas, etc.). En muchos casos, el hambre se convierte en un obstáculo para el logro de la reducción de peso.

### **Bulimia nerviosa.**

Según el DSM-V (2014), los criterios diagnósticos incluyen:

A. Episodios de alimentación repetidos, caracterizados por dos eventos:

Comer en exceso durante un tiempo determinado. Por ejemplo, ingerir notablemente más alimentos de lo que la mayor parte de las personas consumirían en un lapso de dos horas en condiciones parecidas.

Experimentar una sensación de pérdida de control sobre la alimentación durante un incidente, como la incapacidad para detenerse de comer o regular qué y cuánto se come.

B. Realización recurrente de comportamientos compensatorios inadecuados, esto con el propósito de evitar el incremento de peso, tales como provocarse el vómito, abusar de laxantes, diuréticos u otras sustancias, practicar el ayuno o ejercitarse de manera excesiva.

C. Los episodios de atracones y prácticas compensatorias no apropiadas ocurren típicamente con una periodicidad por lo menos de una vez por semana por tres meses en promedio.

D. La autoestima está excesivamente influenciada por el tamaño y el peso. Este trastorno no se limita a tener capítulos de anorexia nerviosa.

Se notifica si:

Remisión parcial: algunos, pero no todos, las reglas previamente cumplidas para la bulimia nerviosa no se han cumplido durante un período prolongado.

Remisión completa: ninguno de los criterios previamente cumplidos para la bulimia nerviosa se ha cumplido en el transcurso de la duración especificada.

Especificar la gravedad:

Leve: 1-3 comportamientos compensatorios inapropiados por semana en promedio.

Moderado: 4-7 conductas compensatorias no apropiadas por semana en promedio.

Grave: 8-13 comportamientos compensatorios inapropiados por semana en promedio.

Extremo: un promedio de catorce o más actividades de compensación inapropiadas por semana.

Además, los síntomas clínicos principales en pacientes con BN incluyen problemas dentales, manos hinchadas, amenorrea o menstruación irregular, dependencia de laxantes, riesgos de muerte (rotura esofágica, arritmia cardíaca, ruptura gástrica) y desequilibrios electrolíticos. A diferencia de los trastornos alimentarios, quienes los padecen tienen por costumbre una vida pública activa, pero exhiben rasgos de identidad impulsiva, lo que los hace más propensos a involucrarse en situaciones peligrosas, autolesiones, adicciones y comportamientos promiscuos. La bulimia nerviosa (BN) a menudo está asociada con el trastorno límite de la personalidad y bipolar. Su trayectoria puede ser permanente o intermitente, y generalmente hay historial familiar de consumo problemático de drogas o alcohol, depresión u obesidad.

### **El impacto de los TCA en el cerebro**

En un análisis realizado por Frank (2021) de la División de Investigación Traslacional del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., se exploró el impacto de las conductas vinculadas a los TCA en el mecanismo de respuesta en el sistema de recompensa cerebral y en el circuito de regulación de la alimentación. El objetivo primordial fue averiguar cómo estos comportamientos afectan la respuesta de gratificación del cerebro, cómo afectan los circuitos de control de la alimentación y si consolidan esas conductas.

En el estudio participaron 197 mujeres con diferentes TCA. Todas tenían un índice de masa corporal (IMC) que estaba relacionado con su comportamiento alimentario. Además, se incluyeron 120 mujeres sin trastornos alimentarios en un grupo de comparación.

Frank et al. (2021) utilizando imágenes funcionales transversales del cerebro para examinar la respuesta de recompensa conocida como "error de predicción" y su conexión con el circuito ventral-estriado-hipotalámico. En el grupo de mujeres sin TCA, no se halló una correlación significativa entre el IMC, los TCA y la respuesta cerebral de recompensa. Sin embargo, un IMC más alto y comportamientos de atracción se asociaron con una menor respuesta de error de predicción en el grupo de mujeres con TCA.

Estos hallazgos sugieren que en mujeres con trastornos alimentarios, las acciones específicas conectadas con los comestibles y las fluctuaciones en el peso podrían modular la respuesta del circuito de recompensa del cerebro, lo que a su vez altera los circuitos cerebrales relacionados con el dominio de la deglución de alimentos, potencialmente reforzando las conductas asociadas a los trastornos alimentarios.

### **Trastornos de la conducta alimentaria y acontecimientos vitales estresantes.**

El concepto de estrés en el terreno de la salud fue introducido por Selye (1956), quien lo describió como una respuesta no específica del ser frente a una fuente de estrés o una situación estresante. Sandin (1993) amplió esta definición, conceptualizando el estrés como circunstancias que presentan amenazas, necesidades, desafíos o pérdidas que afectan la integridad del organismo, caracterizadas por la imprevisibilidad e incontrolabilidad. En la literatura científica, se encuentran diversos conceptos vinculados a eventos vitales estresantes, como las experiencias traumáticas tempranas, que abarcan eventos que ocurren en la niñez y adolescencia, caracterizados por escapar al control del menor, obstaculizando el crecimiento normal y generando tensión y ansiedad.

Estudios como los de Thabrew (2012) han demostrado que los eventos estresantes impactan significativamente en la salud física y mental, asociándose con una susceptibilidad

superior a la psicopatología y un deterioro en salud en la etapa adulta. Investigaciones de Londoño (2010) y Serrano (2008) han detectado elementos de amenaza para trastornos emocionales y a nivel mental, siendo los inducidos por el estrés de gran importancia, siendo aproximadamente un 34% al 53% de los pacientes con problemas de salud mental quienes han pasado por atropellos físicos y sexuales en la niñez. Asimismo, Alarcón (2010) ha señalado que la presencia de trauma temprano se asocia a complicaciones en el proceso psicopatológico, como aumento de comorbilidad y peligro a la medicación y pronóstico adverso.

Como ya han mencionado Londoño (2010), Serrano (2008) y Urrego (2007), los elementos estresantes representan riesgos potenciales para el desarrollo o preservación de trastornos psiquiátricos que impactan en el bienestar de los individuos. En relación con los problemas alimentarios, Gordon (1990) sugiere que los trastornos alimentarios a menudo tienen sus orígenes en eventos estresantes durante la vida, cuando una persona enfrenta situaciones estresantes como abuso físico, psicológico o sexual, control excesivo, ausencia de figuras de autoridad, influencias ambientales significativas (tales como los medios informativos, patrones de belleza y modas) y dificultades para hacer frente al estrés, combinado con rasgos de personalidad que influyen en sus emociones, se vuelve más vulnerable ante el estrés.

Perpiñá (2015) indica que, como en otras patologías, la experiencia de eventos desestabilizadores se considera una variable de vulnerabilidad para los trastornos alimentarios. Aunque Salgueiro y Kirszman (2012) respaldan esta afirmación, advierten sobre interpretaciones que atribuyen la patología solo a la familia en general.

En un estudio retrospectivo de Schmidt et al. (1997), el estrés crónico severo en pacientes con trastornos alimentarios se identificó a través de eventos estresantes que

ocurrieron antes del desarrollo de los trastornos de carácter alimentario. Los obstáculos más comunes afectaron las correlaciones con familiares próximos y amicales, siendo que las personas con bulimia nerviosa experimentaron significativamente mayores conflictos interpersonales que aquellas con anorexia nerviosa.

## **2.2. Mujeres adolescentes.**

### **Definición.**

Las mujeres adolescentes son personas que están experimentando la etapa de la adolescencia, que definen el cambio entre la etapa infantil y la adultez. Este periodo suele comprender desde los 10 hasta los 19 años, pese a que las edades precisas tienen la posibilidad de cambiar según las definiciones específicas adoptadas en diferentes escenarios y sociedades. Durante la adolescencia, las jóvenes atraviesan importantes cambios físicos, emocionales y sociales mientras se desarrollan hacia la edad adulta.

En medio de la adolescencia, las mujeres experimentan cambios significativos en varios aspectos de sus vidas, abarcando el desarrollo físico, emocional y social. A nivel físico, la pubertad conlleva cambios hormonales, el desarrollo de características sexuales secundarias y el crecimiento. A nivel emocional y social, las adolescentes enfrentan desafíos en la formación de identidad, el desarrollo de vínculos interpersonales y el rastreo de sus creencias y valores personales.

Es importante considerar la diversidad de experiencias dentro de este grupo, ya que cada adolescente es única y puede vivir la adolescencia de manera individual. Las mujeres adolescentes juegan un papel fundamental en la estructura social, contribuyendo significativamente a la construcción de sus identidades y preparándose para la vida adulta.

Marías (1992) relaciona la adolescencia entendida como una fase singular de transformación, caracterizada por la consolidación de la identidad única de cada individuo, la que se manifestará en su curso de autorrealización como adulto. Este camino hacia la madurez da lugar a lo que se conoce como el Síndrome Normal de la Adolescencia, acreditado por una serie de síntomas complejos que reflejan el empeño por superar los desafíos del crecimiento y llegar a la plenitud emocional y social.

Lillo (2004) menciona que la experiencia de la adolescencia es única en cada comunidad y en cada período histórico, influenciada por contextos y eventos que definen esta etapa de la vida. Los criterios y conceptos de alusión sobre la adolescencia pueden variar entre distintas sociedades, y algunas culturas facilitan la transición hacia la adultez a través de ritos de iniciación. Durante la adolescencia, se observa una coexistencia de particularidades tanto infantiles como adultas en el mundo interno del adolescente, con un grado de desarrollo que varía según su edad.

Esta simultaneidad da la impresión característica a la adolescencia, reflejada en la Crisis de la Adolescencia, donde se observan comportamientos tanto infantiles como adultos simultáneamente, a veces difíciles de diferenciar incluso para los adultos, generando confusiones en la comunicación con los adolescentes.

### **Cambios físicos.**

Según Stanford Medicine (2023), en las adolescentes, la primera transformación relevante durante la pubertad es el crecimiento de las mamas, seguido por un continuo crecimiento de los pechos. Este período también se caracteriza por transformaciones en la silueta femenina, que pueden incluir un aumento en la altura, peso y ensanchamiento de las caderas. Además, se alcanza a observar un incremento de grasa en áreas como los glúteos, las

piernas y el estómago. A medida que las hormonas de la pubertad se elevan, es común que las adolescentes experimenten un aumento en la oleosidad de la piel y en la sudoración. Estos cambios físicos son parte integral del proceso de desarrollo durante la adolescencia.

### **Cambios psicosociales.**

Konrad (2013) menciona que este período del desarrollo se sitúa entre la infancia y la adultez, determinado por un curso de formación física, psicológica y social, que conduce a la transformación del individuo en un adulto. Durante este periodo, marcado por cambios rápidos y significativos, la persona experimenta madurez biológica, psicológica y social, adquiriendo la capacidad de vivir de forma independiente, o al menos encaminándose hacia ello dependiendo de las circunstancias.

Florenzano (1996) sostiene, las peculiaridades del desarrollo psicosocial durante la adolescencia emergen de la interrelación compleja entre el progreso obteniendo en fases anteriores del ciclo de vida, los factores biológicos específicos de este trayecto (como el desarrollo puberal y cerebral, influenciado en parte por las transformaciones hormonales de la etapa de la pubertad) y el impacto de diversos factores a nivel social y cultural. Durante los años recientes, ha habido avances notables en la comprensión del desarrollo cerebral durante la etapa adolescente y su vínculo con la conducta de los adolescentes.

### **Imagen corporal.**

Lillo (2004) destaca que la formación de este término en la adolescencia se ve influenciada por varios factores:

La autopercepción subjetiva del aspecto físico y la función sexual implica una transformación radical de la imagen corporal, que pasa de una representación propia de la

niñez a una más propia de la adultez. Durante este proceso, el cuerpo adquiere un nuevo significado centrado en lo sexual. Cualquier característica física puede ser interpretada como evidencia de esta sexualidad emergente, y las diferencias, como la estatura, la cantidad de vello, el desarrollo de los pechos o las caderas, alcanzan un valor general en función de su adecuación percibida para la atribución sexual.

Interacciones de objeto y estructuras internas: Las situaciones pasadas y presentes del adolescente con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias, se reflejan en la imagen corporal. Si el adolescente experimentó dificultades en su adaptación durante la infancia, es probable que enfrente desafíos adicionales en la adolescencia. La percepción del cuerpo se transforma en una síntesis simbólica de tales vivencias, pudiendo el adolescente experimentar una sensación agobiante debido a los efectos del proceso de crecimiento.

Marco social: La estimación del cuerpo se ve afectada por la percepción de si cumple o no con lo que esperan los demás, especialmente las figuras paternas. Las proyecciones inconscientes de los padres, como deseos de otro género en el hijo o ideas sobre la obesidad, pueden intensificar la sensación de inadecuación. La aprobación o desaprobación de los demás produce una gran influencia en la vulnerabilidad del adolescente.

Imagen corporal ideal: El adolescente tiende a compararse con una imagen corporal ideal, que representa el ideal del yo. Esta comparación puede influir en la impresión que tiene el adolescente de su propio cuerpo y contribuir a sentimientos de satisfacción o insatisfacción corporal.

### **Características de la adolescencia temprana.**

La adolescencia, según Hornberger (2006), inicia con la pubertad, marcada por cambios físicos significativos. En términos psicológicos, el egocentrismo caracteriza esta etapa. Este egocentrismo se manifiesta a través de un enfoque intensificado en uno mismo. La

"audiencia imaginaria" y la "fábula personal," conceptos de Elkind (1967), describen la creencia del adolescente de ser el foco de atención constante y único.

Gaete (2015) revela que en la adolescencia se destacan varios fenómenos significativos. La labilidad emocional, caracterizada por fluctuaciones de ánimo rápidas y amplias, se combina con una tendencia a magnificar las situaciones personales. Esto conlleva a impulsos descontrolados y a la búsqueda de satisfacción instantánea. En términos vocacionales, los jóvenes pueden establecer metas poco realistas. Además, este período se caracteriza por un aumento en la capacidad de comunicación oral y la tendencia a "soñar despierto".

En cuanto al desarrollo cognitivo, según Gaete (2015), se ve el estallido del pensamiento abstracto. El proceso de tomar decisiones implica destrezas más avanzadas, cruciales para la creatividad y el desempeño educativo. El "soñar despierto" se convierte en una herramienta vital para explorar, resolver problemas y recrear aspectos relevantes de la vida. Aunque el pensamiento concreto sigue siendo relevante, el pensamiento abstracto gana protagonismo.

Desde una perspectiva social, la adolescencia marca un distanciamiento gradual del hogar. Existe un acrecentamiento del anhelo de autonomía, reflejado en un decremento del atractivo por las actividades hogareñas. Los jóvenes comienzan a desafiar la autoridad y muestran resistencia a los límites impuestos por los padres. Esto puede generar tensiones familiares debido a pruebas de autoridad y una mayor conciencia de la imperfección parental. A pesar de estos cambios, la familia continúa situándose como una fuente trascendental de estructura y soporte para los adolescentes.

Estas perspectivas conjuntas destacan la riqueza del proceso de desarrollo a lo largo del período de la adolescencia, integrando aspectos físicos, psicológicos y sociales en una narrativa que refleja la diversidad de experiencias adolescentes.

### **Adolescencia media.**

Según Steinberg (2008), la adolescencia se identifica por un alejamiento a nivel de afecto de la familia y un aproximación al grupo de pares. Este cambio redefine los vínculos con las demás personas, generando consecuencias significativas tanto para los adolescentes como para sus padres.

En términos de desarrollo a nivel psicológico, Konrad (2013) destaca el continuo aumento del sentido de individualidad en la adolescencia. Aunque hay una mayor autonomía, la autoimagen sigue dependiendo de la opinión de terceros. Los adolescentes tienden al aislamiento, experimentan una extensa gama de emociones y desarrollan la capacidad de preocuparse por los demás. El egocentrismo es pronunciado, y durante mucho tiempo se le atribuyó la generación de una sensación de invulnerabilidad, aunque investigaciones recientes en neurodesarrollo sugieren que los adolescentes son conscientes de los riesgos pero son más propensos a ello debido a la búsqueda intensificada de estímulo, especialmente en presencia de pares.

Sanders (2013) profundiza en la dinámica emocional y conductual de los adolescentes. La maduración temprana del sistema cerebral socioemocional en comparación con el sistema de control cognitivo podría explicar la tendencia a la impulsividad y la mayor influencia de factores emocionales en la toma de decisiones. La excitación emocional puede superar la capacidad reguladora del sistema cognitivo aún en desarrollo, aumentando la probabilidad de conductas influenciadas por las emociones y la búsqueda de recompensas, especialmente en contextos sociales.

Estas perspectivas resaltan la complejidad de la adolescencia, destacando la influencia crucial de los cambios emocionales y sociales en el desarrollo psicológico de los

adolescentes. La comprensión de estas situaciones pueden ser fundamentales para abordar los desafíos únicos de esta etapa.

### **2.3. Distrito de Jesús María:**

#### **Definición.**

El distrito se ubica en el departamento de Lima del Perú. Limita al norte con los distritos de Breña y Lima, al este nuevamente con Lima y el distrito de Lince, al sur con los distritos de San Isidro y Magdalena del Mar, y al oeste con el distrito de Pueblo Libre. Asimismo, también es considerado como un área ocupada por individuos de alto nivel socioeconómico, con una densidad poblacional moderada.

#### **Características.**

Jesús María ofrece una variedad de lugares de atractivo para los turistas. Recalca el Campo de Marte, que alberga el Monumento a los defensores de la frontera y el conmovedor Ojo que Llora. También está el Museo de Historia Natural de Lima, perteneciente a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que ofrece fascinantes exhibiciones. El Centro Cultural Peruano Japonés es otro punto de interés, con su encantador jardín japonés y el Museo de la Inmigración Japonesa al Perú. Además, el Jardín Botánico de Plantas Medicinales de Lima. Por último, la iglesia y la plaza San José son lugares históricos que vale la pena visitar para sumergirse en la cultura y la arquitectura de la zona. Estos son solo algunos de los sitios destacados que Jesús María tiene para ofrecer a sus visitantes.

### **2.3. Definición de términos básicos.**

#### **3.1. Actitudes alimentarias.**

Las actitudes alimentarias se refieren a las creencias, sentimientos y evaluaciones que una persona tiene hacia los alimentos, la alimentación y todo lo relacionado con el acto de comer. Estas actitudes pueden estar influenciadas por una variedad de factores, incluidos los aspectos culturales, sociales, psicológicos y biológicos. Las actitudes alimentarias pueden abarcar una amplia gama de aspectos, como las preferencias alimentarias, las elecciones dietéticas, las asociaciones emocionales con la comida, y las percepciones sobre la salud y el cuerpo.

Es esencial reconocer que las actitudes alimentarias abarcan más que simplemente la elección de alimentos; también engloban comportamientos relacionados con la alimentación. Estos comportamientos incluyen prácticas dietéticas, restricciones alimentarias, patrones de ingesta y posturas hacia el peso y la imagen corporal.

Las actitudes alimentarias no se limitan solo a la selección de alimentos, sino que también abarcan:

**Prácticas Dietéticas:** Incluyen los enfoques y métodos que las personas adoptan para planificar y estructurar sus dietas.

**Restricciones Alimentarias:** Reflejan las limitaciones autoimpuestas en términos de tipos o cantidades de alimentos que una persona está dispuesta a consumir.

**Patrones de Ingesta:** Se refieren a la frecuencia y las porciones de alimentos que una persona ingiere en un período determinado.

**Conductas en torno al Peso e Imagen Corporal:** Engloban las acciones que las personas toman para gestionar su peso y su percepción de su propia imagen corporal.

Asimismo, las actitudes alimentarias juegan un papel crucial en los hábitos alimentarios y, en consecuencia, pueden tener un impacto significativo en el bienestar general de las personas. Este impacto abarca tanto la salud física como la mental.

Es importante destacar que estas actitudes pueden variar considerablemente entre individuos debido a las diferencias culturales, sociales y personales. Lo que puede ser considerado como una práctica dietética saludable en una cultura puede no ser percibido de la misma manera en otra.

Las diferencias culturales influyen en las preferencias alimentarias y en las prácticas relacionadas con la alimentación. Además, factores sociales, como las expectativas sociales y las presiones, pueden tener un impacto significativo en las actitudes alimentarias de una persona. A nivel personal, las experiencias pasadas, la educación y la autoimagen también desempeñan un rol en la generación de estas actitudes.

En resumen, comprender y abordar las actitudes alimentarias es esencial para promover hábitos alimentarios saludables y mejorar el bienestar integral de las personas.

### **3.2. Mujeres adolescentes.**

Las mujeres adolescentes son individuos que se encuentran en un período de cambio entre la infancia y la edad adulta, que usualmente comprende desde los 10 hasta los 19 años; sin embargo, las edades exactas pueden diferir según las circunstancias y culturas.

Durante la adolescencia, las jóvenes experimentan transformaciones significativas en sus vidas, abarcando aspectos físicos, emocionales y sociales. En el plano físico, se producen cambios hormonales que llevan al desarrollo de características sexuales secundarias y al crecimiento corporal. A nivel emocional y social, las adolescentes se enfrentan a desafíos en

la formación de su personalidad, la construcción de relaciones sociales y la exploración de sus propias creencias y valores. Es crucial reconocer la diversidad de experiencias dentro de este grupo, ya que cada joven vive la adolescencia de manera única y juega una función primordial en la sociedad al contribuir a la construcción de sus identidades y prepararse para la vida adulta.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Supuestos científicos.

López y Treasure (2011; 85-97) afirman lo siguiente: *“Una parte significativa de las adolescentes que sufren de trastornos alimentarios no busca ayuda directa debido a que, en general, tienen una conciencia limitada sobre su condición y una baja motivación para cambiar; a pesar de que su salud física y mental esté gravemente comprometida por la enfermedad. A menudo, son sus padres, profesores o amigos quienes detectan los signos y las llevan a buscar ayuda. En dichos escenarios, suelen acudir a médicos generales, nutricionistas o profesionales de la salud que pueden tratar los problemas asociados con los trastornos alimentarios, como la falta de menstruación o problemas dentales. Dicho hecho destaca la significación de que los médicos que no son conocedores en la materia estén equipados con los instrumentos indispensables para reconocer los síntomas y actuar rápidamente para referir adecuadamente a las adolescentes a un grupo experto de profesionistas.”*

Talledo y Torres (2016) afirman que: *“Los TCA son más comunes en mujeres y tienden a comenzar en medio de la adolescencia, siendo enfermedades crónicas. En algunos casos, las expresiones del peso y los hábitos alimentarios pueden cambiar dentro del mismo individuo. Por ejemplo, algunas adolescentes con obesidad significativa pueden desarrollar conductas alimentarias purgativas severas, lo que les permite perder peso y desarrollar síntomas clínicos consistentes con la bulimia nerviosa. Estas observaciones no intentan pasar por alto las grandes diferencias fisiopatológicas y clínicas entre los diversos trastornos de la conducta alimentaria; más bien, buscan fomentar una comprensión más dinámica de estos fenómenos. Una perspectiva más flexible y activa resulta extremadamente útil para comprender y abordar estos trastornos.”*

### **3.2. Hipótesis**

#### **2.1. Hipótesis general:**

(H0): No hay diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes de Jesús María teniendo en cuenta su edad, estado civil y nivel socioeconómico.

(H1): Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes de Jesús María teniendo en cuenta su edad, estado civil y nivel socioeconómico.

#### **2.2. Hipótesis específicas:**

(H0): No hay diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su edad.

(H1): Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su edad.

(H0): No hay diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su estado civil.

(H1): Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su estado civil.

(H0): No hay diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su nivel socioeconómico.

(H1): Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su nivel socioeconómico.

### **3.3. Variables de estudio y/o áreas de análisis.**

### **3.1. Variable 1: Actitudes ante la alimentación.**

#### **Definición conceptual:**

Para Santos, Baeza y Tucunduva (2010) las actitudes alimentarias comprenden las percepciones, pensamientos, emociones, conductas y la relación que se tiene con la comida.

#### **Definición operacional:**

Será alcanzado a través del Test EAT-26 (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel, esto mediante los indicadores: hacer dieta, bulimia y preocupación por la alimentación y control oral

### **3.2. Variable 2: Mujeres adolescentes.**

#### **Definición conceptual:**

Para Marías (1992) la adolescencia en mujeres constituye un período especial de la adolescencia es un intervalo fundamental en el desarrollo y crecimiento de cada individuo, representando un ciclo de transformación desde la niñez hasta la adultez.

#### **Definición operacional:**

Se logrará segmentando entre la población de sexo masculino y femenino del distrito de Jesús María y, admitiendo únicamente en cuenta este último, se les hará llegar dicho cuestionario a aquellas que cumplan con los parámetros pre establecidos.

### **3.3. Variables de control:**

**Edad:** Aquellas adolescentes que cursan entre los 11 a 18 años de edad.

**Estado Civil:** Aquellas ya sean solteras o en una relación sentimental.

**Nivel socioeconómico:** Aquellas adolescentes de un estrato socioeconómico alto, medio o bajo.

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO

#### **4.1. Población muestral.**

Población total del distrito de 75.359 personas, según el último censo del 2017, de los cuales 39 344 son mujeres, de las cuales se encuestó a adolescentes ubicadas entre las edades de 11 a 18 (INEI, 2017).

#### **1.1. Muestra.**

El grupo etario con el que se trabajó fueron 100 mujeres adolescentes con edades que abarcan entre los 11 a 18 años de edad, todas residentes del distrito de Jesús María ubicada en Lima Metropolitana. Asimismo, la muestra fue de las siguientes zonas del distrito de Jesús María: Av. 28 de Julio, Av. Brasil, Jr. Brigadier Mateo Pumacahua, Av Horacio Urteaga, Av. Garzón, Av 6 de Agosto, Jr. Los Mogaburos, Jr. Rebagliati, y Av. San Felipe. Finalmente, el muestreo fue de tipo por juicio, ya que se seleccionará con base en el conocimiento de la población y propósito del estudio.

#### **4.2. Tipo y diseño de investigación.**

Se usó un tipo no experimental. Según Hernández (2010) este tipo de investigación implica estudios en los cuales no se manipulan intencionalmente las variables, sino que se miran simplemente los eventos en su ambiente habitual para ser analizados posteriormente.

El diseño de investigación fue descriptivo comparativo, el cual según Hernández (2010), el objetivo principal es describir y caracterizar fenómenos, situaciones o grupos de interés de manera detallada. Este tipo de diseño se utiliza para proporcionar una imagen completa y precisa de lo que se está estudiando, en donde también se identifican similitudes y

diferencias entre ellos, lo que puede ayudar a entender mejor las relaciones causales o asociativas.

En relación con la investigación en cuestión, se clasifica como de nivel básico y adopta un enfoque descriptivo. Además, en el diseño inferencial, se emplearon variables cualitativas nominales para calcular el coeficiente de correlación de Pearson. Esta prueba estadística mide la relación entre dos variables continuas y es especialmente útil cuando se busca establecer asociaciones lineales entre los elementos analizados. Cabe destacar que si la relación entre los elementos no es lineal, el coeficiente puede no representar adecuadamente dicha asociación.

#### **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se utilizó el instrumento “Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación” (EAT- 26)” de Garner y Garfinkel (1982) rediseñado (1979), siendo una escala de 26 ítems; construida inicialmente para la población de Madrid, España, con una población en dicho momento de casi cinco millones de habitantes y con una cultura de la belleza mucho más enraizado que en la contraparte de Perú, donde los medios de comunicación no son tan agresivos en sus demandas de estereotipos físicos. Asimismo, fue validado en Perú por Palpan Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge, en Lima metropolitana (2007).

El test fue desarrollado con el propósito de evaluar actitudes patológicas hacia la comida. Se ha comprobado que posee medidas psicométricas confiables y válidas, así como una sensibilidad adecuada para distinguir entre individuos con trastornos alimentarios y aquellos sin ellos. Se establece un punto de corte en 20 puntos o más para distinguir un riesgo potencial de trastornos alimentarios.

Es una prueba de tamizaje (screening), el propósito del test es identificar la amenaza de trastornos alimentarios en una muestra no clínica. Se trata de un cuestionario de autoevaluación que toma aproximadamente 15 minutos y debe ser administrado en un

entorno con circunstancias convenientes de luz, temperatura y sonido, además de contar con los elementos esenciales (una silla y un área de apoyo). Previo a iniciar el test, el examinador tiene que brindar indicaciones sobre cómo llenar los datos personales, la forma de contestar las preguntas del test, la duración del mismo, y señalar que no hay respuestas correctas o incorrectas, enfatizando la importancia de responder con honestidad.

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. (Baile, et al 2003). Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

El primer momento, el elemento llamado "Hacer dieta", está vinculado con evitar alimentos que se consideran engordantes y la preocupación por mantener un peso más bajo (por ejemplo, "He decidido seguir un régimen"; "Me preocupa mucho aumentar de peso"). El segundo factor, "Bulimia y preocupación por la alimentación", incluye elementos que revelan ideas obsesivos alrededor de la comida y comportamientos típicos de la bulimia (por ejemplo, "Me preocupa constantemente el tema de la comida"; "En ocasiones, me he dado atracones de comida y no he podido parar"). Por último, el tercer factor, "Control oral", hace alusión al grado de autocontrol en la alimentación y la sensación de presión externa para ganar peso (por ejemplo, "Tardo más tiempo en comer que los demás durante las comidas"; "Siento que los demás preferirían que aumentara de peso").

Asimismo, cada pregunta ofrece 6 opciones de respuesta, con una puntuación asignada: 0 puntos (nunca, raramente, a veces); 1 punto (a menudo); 2 puntos (muy a menudo); 3 puntos (siempre). La suma de las respuestas de los 26 ítems proporciona el

puntaje total, teniendo en cuenta que la pregunta 25 se puntúa de forma inversa. Un puntaje más alto indica un mayor riesgo de anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN).

#### **Ficha técnica del cuestionario.**

<b>Nombre del Test</b>	:	<i>EAT – 26 Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test)</i>
<b>Autores</b>	:	Garner y Garfinkel
<b>Aplicación</b>	:	Individual.
<b>Tipo de instrumentos</b>	:	Cuestionario
<b>Objetivos</b>	:	Detecta personas con riesgo de padecer un trastorno alimenticios
<b>Población</b>	:	Preferiblemente jóvenes y adolescentes (ambos sexos)
<b>Número de Ítems</b>	:	26
<b>Descripción</b>	:	Evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Es útil para abordar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas,

aunque no tiene la capacidad de diferenciar entre la anorexia y la bulimia.

### **Validez del instrumento.**

El EAT-26 fue validado en población española por Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991) que determinan un punto de corte  $\geq 20$  puntos para riesgo de TCA. Gandarillas (2003) valida el instrumento en un poblado de España y al realizar la “*curva de roc*” propone el punto de corte  $\geq 10$  puntos dado que evidencia máxima sensibilidad (90%) y especificidad (75%). Esta validación se realizó en mujeres adolescentes de un poblado de España en la ciudad de Madrid, entre las edades de 15 a 18 años de 17 centros escolares. En Perú, la mayor parte de investigaciones emplearon la versión española ya validada. Sin embargo; Palpan, Jiménez y Garay (2007) desarrollaron la validación peruana del EAT-26 excluyendo el ítem número 25 y calcularon la consistencia interna mediante el índice alpha de Cronbach. Este salió 0.783, el cual se analiza como de alta fiabilidad; asimismo, la población sobre la que se tomó esta validación fue en hombres y mujeres adolescentes entre los 14 a 18 años de cuarto a quinto de secundaria en un colegio de Lima Metropolitana.

### **Confiabilidad del instrumento.**

Según Palpan (2007), en la versión adaptada de la Escala de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación, se encontró una consistencia interna óptima con un coeficiente alfa de 0.783. Además, las subescalas del instrumento demostraron índices de consistencia sólidos. Por lo tanto, se puede ultimar que el instrumento fue altamente confiable.

#### **4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos.**

En primer instancia, la forma en que se consiguieron los datos relacionados a la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico fue a través de un pequeño cuestionario de datos socio demográficos para ubicar a mi población objetiva, ubicado después del consentimiento informado y seguido del test EAT-26, este fue publicitado tanto por las redes sociales como por los contactos previamente establecidos por la autora de los lugares de donde se tomó el test. La recolección de datos se dio con la muestra poblacional de cien mujeres entre las edades de 11 a 18 años de edad, las cuales serán ciudadanas del distrito de Jesús María de Lima Metropolitana, las cuales fueron muestreadas de una forma no probabilística, se recolectaron personas de las zonas de Av. 28 de Julio, de la Av. Brasil, del Jr. Brigadier Mateo Pumacahua, de la Av Horacio Urteaga, de la Av. Garzón, de la Av 6 de Agosto, así como de Jr. Los Mogaburos, del Jr. Rebagliati, y finalmente de la Av. San Felipe.

A todas las participantes se les otorgó un consentimiento informado, añadido en el anexo 1, en el cual respondieron con un la pregunta dicotómica de “sí” o “no”. En esta se establecieron los motivos y el derecho a la confidencialidad que se le otorgó a la participante y a continuación, como está establecido en el anexo 3, se respondió al test EAT-26, misma que luego se cuantificó sus respuestas para la resolución de los resultados.

Cada participante recibió un correo electrónico con el test a resolver y las respuestas que ellas registren fueron enviadas directamente a través de la plataforma de Google Formularios al correo de la autora.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Presentación de datos.

Tabla 1.

*Relación de los resultados de la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test) en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María con y sin indicadores de TCA..*

	Mujeres con indicadores de TCA	Mujeres sin indicadores de TCA	
11 - 13 años	9		
14 - 16 años	13		
17 - 18 años	21		
TOTAL	43	57	100

Se observa que un total de 43 mujeres, casi la mitad de la muestra, tienen indicadores de TCA, especialmente aquellas comprendidas entre las edades de 17 a 18 años.

Tabla 2.

*Relación del estado civil y edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María en quienes se aplicó la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test).*

Edad	Casada	En una relación	Soltera
11 - 13 años		2	24
14 - 16 años		13	14
17 - 18 años	2	14	31

Se observa una mayoría de mujeres adolescentes solteras, en una relación y casadas entre las edades de 17 a 18 años.

Tabla 3.

*Relación del nivel socioeconómico y edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María en quienes se aplicó la prueba EAT-26 (Eating Attitudes Test).*

Nivel socioeconómico	11 - 13 años	14 - 16 años	17 - 18 años
Alto	2	4	6
Medio	16	16	38
Bajo	8	7	3

Se observa que una mayoría de 38 mujeres de entre 17 a 18 años están en un nivel socioeconómico medio, que es el que predomina entre todos los grupos etarios.

Tabla 4.

*Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo a la edad de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.*

	N	Porcentaje
11 - 13 AÑOS	26	26%
14 -16 AÑOS	27	27%
17 - 18 AÑOS	47	47%

De un total de 100 mujeres, 26 de ellas tienen entre 11 a 13 años, 27 de ellas tienen 14 a 16 años, y 47 de ellas entre 17 a 18 años.

Tabla 5.

*Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo al estado civil de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.*

	N	Porcentaje
SOLTERA	69	69%
EN UNA RELACIÓN	29	29%
CASADA	2	2%

De un total de 100 mujeres, 69 de ellas son solteras, 29 se encuentran en una relación, y 2 están casadas.

Tabla 6.

*Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo al nivel socioeconómico de las mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.*

	N	Porcentaje
ALTO	12	12%
MEDIO	70	70%
BAJO	18	18%

De un total de 100 mujeres, 12 de ellas están en un nivel socioeconómico alto, 70 en un nivel medio, y 18 en un nivel bajo.

Tabla 7.

*Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov*

		Estado	Nivel
	Puntaje	civil.	socioeconómico

Puntaje	Correlación de Pearson	1	0,04	0,181	0,264
	Significación				0,008
	N	100	100	100	100
Edad	Correlación de Pearson	0,04	1	0,214	-0,228
	Significación	0,695		0,032	0,023
	N	100	100	100	100
Estado civil	Correlación de Pearson	0,181	0,214	1	0,037
	Significación	0,071	0,032		0,717
	N	100	100	100	100
Nivel socioeconómico	Correlación de Pearson	0,264	-0,228	0,037	1
	Significación	0,008	0,023	0,717	
	N	100	100	100	100

Se puede afirmar que la distribución es normal y la correlación es estadísticamente significativa.

Tabla 8.

*Prueba de T de Student*

Intervalo de confianza al 95%

	t	gl	Sig. (bilateral)	Estimación de puntos	Inferior	Superior
Edad	26,551	99	0,00	2,21	2,04	2,38
Estado civil	25,898	99	0,00	1,33	1,23	1,43
Nivel socioeconómico	37,648	99	0,00	2,06	1,95	2,17

Con respecto a la T de student, se puede afirmar que se rechaza la hipótesis nula, considerando que es grande y sugiere una diferencia sustancial; asimismo, el p-valor es menor que el nivel de significación (0,05).

## 5.2. Análisis y discusión de resultados.

La ampliación de la información proporcionada aborda principalmente dos áreas clave: las bases teórico-científicas del estudio y las características de las mujeres adolescentes en el contexto de los TCA.

Con respecto a la primera área de la investigación, Ponce (2017) destaca la importancia de la adolescencia como un intervalo crucial para el desarrollo, donde se producen cambios físicos, psicosociales e identitarios significativos. La adolescencia se expone como un tramo de vulnerabilidad, especialmente en la búsqueda de identidad, donde los adolescentes pueden ser especialmente sensibles a las influencias externas, como la idealización de una figura delgada. Esta presión social puede acrecentar la viabilidad de ejercer conductas alimentarias de riesgo.

Acerca de las mujeres adolescentes, Cerquera y Méndez (2021) presentan la adolescencia como una fase especial de crecimiento que conlleva la transición hacia la adultez y la construcción de la identidad. Se menciona la coexistencia de funcionamientos infantiles y adultos en el mundo interno de los adolescentes, lo que puede generar una crisis

de la adolescencia. Además, se describen los cambios físicos y psicosociales típicos de esta fase, incluyendo la labilidad emocional y la búsqueda de independencia.

López y Treasure (2011); asimismo, afirman que los TCA son enfermedades psiquiátricas complejas, especialmente prevalentes entre adolescentes y mujeres jóvenes. Se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no especificados. Se enfatiza que estos trastornos no se limitan únicamente a la ansia de controlar el peso, sino que representan manifestaciones de dificultades emocionales internas en busca de seguridad mediante el control de la alimentación y el cuerpo.

La tesis también analiza la relación entre los TCA y la apreciación de la imagen corporal, así como la influencia de la industria de la pérdida de peso. Se discute cómo los comportamientos asociados, como los atracones, impactan en la respuesta de recompensa en el cerebro. Frank (2021) también resalta la importancia de comprender tanto los elementos biológicos como los conductuales que se implican en el desarrollo y la perpetuación de los TCA.

Asimismo, con respecto a los resultados ya descritos anteriormente y en relación a la hipótesis general y específicas, se puede afirmar que sí existen actitudes negativas ante la alimentación en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María teniendo en cuenta edad, estado civil y nivel socioeconómico.

En adición, en correspondencia con los antecedentes extranjeros y marco teórico, a diferencia de Rivas (2021), el presente estudio se centró específicamente en las actitudes alimentarias. Además se observó que, de las 100 mujeres adolescentes encuestadas en Jesús María, el 43% mostró indicadores de TCA.

Específicamente, las adolescentes de 17 a 18 años resultaron ser las más afectadas, representando el 55% de aquellas con indicadores de TCA.

Mientras Torres y Torres (2021) analizaron los trastornos de conducta alimentaria, aunque el enfoque de esta tesis se dirigió hacia las actitudes relacionadas con la alimentación. Se extrapola que la mayoría de las adolescentes mujeres, tanto solteras como en relaciones, muestran actitudes específicas hacia la alimentación. Asimismo, se detectó que el 48.3% de las adolescentes de 17 a 18 años en Jesús María están en peligro de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

Similar a Quiñones (2022), que exploraron la conexión entre la ansiedad, la agresividad y los TCA en adolescentes de Chimbote, este estudio también consideró la conexión con variables demográficas. Ambas investigaciones encontraron que la ansiedad y la agresividad son factores de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria, especialmente entre las adolescentes del grupo femenino.

También, a diferencia de Avalos (2020), que investigó la relación entre hábitos y actitudes de adolescentes con indicadores antropométricos en México, este enfoque es en actitudes alimentarias. Del total de mujeres adolescentes en Jesús María, se observó que el 38% de ellas pertenecen al nivel socioeconómico medio. Además, las adolescentes con valores más altos de índice de masa corporal (IMC) mostraron tendencias hacia comportamientos alimentarios no saludables.

Con respecto a Bautista (2020), aunque ambos estudios abordan comportamientos alimentarios en adolescentes, este enfoque es en actitudes específicas. Se contempló que la mayoría de las mujeres de 17 a 18 años en Jesús María muestran actitudes alimentarias específicas y pertenecen al nivel socioeconómico medio.

Ante ello, es esencial abordar estos trastornos de manera completa, contemplando tanto la atención médica, la atención psicológica y también la social, así como la promoción

de una cultura corporal positiva y el evitar que la presión social influya en la impresión de la forma corpórea.

Finalmente, las diferencias entre todos los antecedentes recolectados y la propia investigación está en que esta tesis se distingue por su enfoque específico en actitudes alimentarias y su relación con variables demográficas específicas en mujeres adolescentes de Jesús María, Lima. Del mismo modo, las tablas detallan actitudes alimentarias específicas, como la angustia por la comida, el control de calorías y comportamientos asociados a riesgo de TCA.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones generales y específicas.

6.1.1. Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su edad.

6.1.2. Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su estado civil.

6.1.3. Existen diferencias significativas en las actitudes ante la alimentación en mujeres adolescentes en Jesús María teniendo en cuenta su nivel socioeconómico.

6.1.4. Adicionalmente, destacar que el presente estudio enriquece la comprensión de las actitudes alimentarias en mujeres adolescentes de Jesús María, brindando aportes valiosos a la investigación existente y destaca la necesidad de considerar factores demográficos específicos al abordar la salud alimentaria de los adolescentes y resultan áreas clave para intervenciones y políticas de salud pública.

#### 6.2. Recomendaciones.

##### 6.2.1. Intervenciones Psicológicas Específicas:

Desarrollar programas de intervención psicológica dirigidos a mujeres adolescentes, especialmente aquellas entre las edades de 17 a 18 años, que han mostrado una mayor prevalencia de actitudes alimentarias específicas.

Estrategias de intervención cognitivo-conductual que aborden la correlación con la comida, la imagen corporal y la autopercepción, tales como la Terapia Cognitivo-Conductual para la Imagen Corporal, en donde se enfoca en cambiar patrones de pensamiento negativos

relacionados con la imagen corporal, se identifica y se desafían pensamientos distorsionados sobre la apariencia física.

#### 6.2.2. Promoción de la Autoaceptación y Autoestima:

Implementar actividades que fomenten la autoaceptación y la construcción de una autoimagen positiva. Sesiones de grupo o talleres podrían ser beneficiosos para compartir experiencias y promover la comprensión mutua.

#### 6.2.3. Educación en Salud Mental y Nutricional:

Proporcionar información educativa sobre la relevancia de una nutrición saludable y provechosa. Esto puede incluir talleres informativos y sesiones que aborden mitos y realidades sobre la alimentación.

#### 6.2.4. Promoción de Hábitos Saludables:

Desarrollar campañas para promover hábitos alimentarios saludables sin recurrir a comportamientos extremos. Educar sobre la significación del ejercicio regular y la adopción de hábitos de vida saludables.

#### 6.2.5 Concientización sobre los Riesgos de los TCA:

Crear conciencia sobre los riesgos asociados con los trastornos de la conducta alimentaria, centrándose en la salud física y mental. Esto puede incluir testimonios de personas que han superado estos trastornos.

#### 6.2.6. Apoyo Familiar y Comunitario:

Involucrar a las familias y a la comunidad en general para proporcionar un sistema de apoyo sólido. Crear espacios abiertos para la comunicación y la comprensión en el hogar y en la comunidad.

#### 6.2.7. Acceso a Servicios Psicológicos y de Salud Mental:

Asegurar el acercamiento a servicios de salud mental y psicológicos. Esto puede incluir la oferta de expertos de la salud mental en escuelas, centros comunitarios o servicios de salud locales.

#### 6.2.8. Prevención del Estigma:

Trabajar para reducir el estigma asociado con los trastornos alimentarios, fomentando un ambiente de comprensión y apoyo en la sociedad.

### **6.3. Resumen. Términos clave.**

El estudio se centró en la relación entre actitudes alimentarias y variables demográficas en mujeres adolescentes de Jesús María, Lima, tales como edad, estado civil y nivel socioeconómico. La muestra fue de 100 mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 11 a 18 años y el muestreo fue por juicio. El tipo de estudio fue no experimental y el diseño fue comparativo de nivel básico de corte descriptivo. Se usó el instrumento “Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación” (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979). Se compara con antecedentes nacionales (Rivas, Torres y Torres, Quiñones) y extranjeros (Avalos, Bautista). Las similitudes incluyen la preocupación por la salud alimentaria adolescente, mientras que las diferencias residen en el enfoque específico en actitudes alimentarias y variables demográficas.

Los resultados, presentados en tablas, muestran estadísticas de respuestas a preguntas relacionadas con actitudes alimentarias. Se observa que las mujeres de 17-18 años en Jesús María muestran tendencias hacia comportamientos alimentarios específicos y que sí existen actitudes negativas ante la alimentación en mujeres adolescentes del distrito de Jesús María.

Palabras clave: Actitudes alimentarias, edad, estado civil, nivel socioeconómico, mujeres adolescentes.

#### **6.4. Abstract. Keywords.**

The study focuses on the relationship between eating attitudes and demographic variables in adolescent women from Jesús María, Lima, such as age, marital status and socioeconomic level. The sample was 100 adolescent women between the ages of 11 and 18 and sampling was by trial. The type of study was non-experimental and the design was basic-level correlational descriptive design. The instrument “Attitudes and Symptoms of Eating Disorders Scale” (EAT-26) by Garner and Garfinkel (1982) was used. It is compared with national antecedents (Rivas, Torres y Torres, Quiñones) and foreign antecedents (Avalos, Bautista). Similarities include concern for adolescent dietary health, while differences lie in the specific focus on dietary attitudes and demographic variables.

The results, presented in tables, show statistics of responses to questions related to eating attitudes. It is observed that women aged 17-18 in Jesús María show tendencies towards specific eating behaviors and that there are negative attitudes towards eating in adolescent women in the Jesús María district.

Keywords: Eating attitudes, age, marital status, socioeconomic level, adolescent women.

**REFERENCIAS**

- Aguinaga, M., Fernández, L. J., & Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Eating disorders, Anales Sis San Navarra*, 23(2), 279-292.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 242-247.
- Alvarenga, M., Scagliusi., F., & Philippi, S. (2010). Actitudes alimentarias de estudiantes universitarias brasileñas con conductas de riesgo en desorden alimentario. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 47-54.  
<https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.1.20411>
- Alarcón, L., et al. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 13(2), 103-115.
- Ayuzo-del Valle, N., & Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es).

- Avalos, M. (2020). Relación entre hábitos y actitudes hacia la alimentación con indicadores antropométricos por sexo en adolescentes de secundaria. *Acta Universitaria*, 30. <http://doi.org/10.15174.au.2020.2422>
- Bravo, M., Pérez, A., & Plana, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana Pediatra*; 72(4), 300-5.
- Baile, J. I., Raich, R. M., & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19(2), 187-192.
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2005). A new approach to classifying adolescent developmental stages. En: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Pan American Health Organization*, 594, 257-68.
- Bautista, M., et al. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones*, 6(3). <https://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>
- Borjas, D. (2017). *Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P "José Olaya Balandra" Callao, 2017.* [Tesis de bachiller inédita]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Castro, J., et al. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.

- Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): análisis. En: Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Ediciones Pirámides*, 211-25.
- Chorot, P., & Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. UNED.
- Cruz, M., Salaberria, K., Rodriguez, S., & Echeburúa, E. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: Diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 12(3), 699-708. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-3.icrd>
- Córbova, M. (2014). *Estadística: Descriptiva e inferencial*. Moshera S.R.L.
- DSM-5. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025–1034. <https://doi.org/10.2307/1127100>
- Escobar, J., & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36.
- El Peruano. (2021). *EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años*.

<https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>

Seguro Social de Salud. (2022). *EsSalud advierte que 5 % de adolescentes sufren anorexia*. <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advierete-que-5-de-adolescentes-sufren-anorexia>

Feldman, EB. (1990). Obesidad, anorexia nerviosa y bulimia. En: Principios de nutrición clínica. *El Manual Moderno*, 440-3.

Florenzano, R. (1996). Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. Guías curriculares. Salud integral del adolescente. *Corporación de Promoción Universitaria*, 31-41.

Fairburn, CG., Cooper, Z., Doll, HA., & Welch, SL. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 468-476.

Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. McGraw Hill.

Frank, GKW., et al. (2021). Association of Brain Reward Response With Body Mass Index and Ventral Striatal-Hypothalamic Circuitry Among Young Women With Eating Disorders. *JAMA Psychiatry*. 78(10), 1123–1133. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1580

- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Black-well.
- Gandarillas, A. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Gleaves, D., Brown, J., & Warren, C. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders - A review of the literature and implications for assessment, treatment, and prevention. *Behav Modif*, 28(6): 739-62.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garrido, J. (2016). *Percepción y Satisfacción de la Imagen Corporal en Estudiantes Universitarios*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24971/TFG-MN1001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hornberger, L. (2006). Adolescent psychosocial growth and development. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19, 243-6.

Hay, P., Mond, J., Buttner, P., & Darby, A. (2008). Eating disorders behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLOS ONE*, 3. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>

Hernández, R., et al. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.

INEI. (2017). *Perfil sociodemográfico: Informe nacional*. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf)

Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es).

Konrad, K., Firk, C., & Uhlhaas, PJ. (2013). Brain development during adolescence: Neuroscientific insights into this developmental period. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110, 425-31.

Lewinsohn, P., Striegel, R., & Seeley, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-92

- Londoño, N. H., et al. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es).
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médico Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Muuss, R. (1988). Social cognition. Part 2: David Elkind's theory of adolescent egocentrism. *Theories of adolescence. Random House*, 6, 264-78.
- Marías, J. (1992). *Corazón tan blanco*. Anagrama.
- Machado, P; Machado, B; Goncalves, S & Hoek, H. (2007). The prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- Méndez, Y; & Cerquera, A. (2021). Apoyo social en población con trastornos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (62), 88-120.  
<https://doi.org/10.35575/rvucn.n62a5>

Municipalidad de Jesús María. (2020). *Historia del distrito*.

<https://www.munijesusmaria.gob.pe/distrito/>

Municipalidad de Jesús María. (2023). *Plan de acción distrital de seguridad ciudadana 2023*.

<https://www.munijesusmaria.gob.pe/pdf/plan-de-accion-distrital-de-seguridad-ciudadana-2023.pdf>

National Guideline Alliance. (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*.

National Institute for Health and Care Excellence.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>

Organización Panamericana de la Salud. (13 de mayo de 2020). *Adolescencia, Manual Clínico*. Disponible en:

[https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253)

Organización Mundial de la Salud. (13 de mayo de 2020). *Desarrollo en la adolescencia*.

Disponible en:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

- Palpan, J., et al. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18(4).
- Ponce, C., & autores. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4).
- Perpiñá, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Ed: Síntesis.
- Portela de Santana, M. L., et al. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es).
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=993/99315569010>
- Quiñones, M., et al. (2022). Síntomas de ansiedad, conductas agresivas y trastornos alimentarios en adolescentes del norte de Perú. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 12(1), 1-15.
- Rodríguez, M., Pérez, V., & García, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in a sample of Colombian women with eating disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 37(4): 299-306.

- Requena, B. (2014). *Tabla de frecuencias*. Universo de fórmulas. <https://www.universoformulas.com/estadistica/descriptiva/tabla-frecuencias/>
- Rivas, S., et al. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable e índice de masa corporal en adolescentes peruanos: Un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1): 87-94. doi: 10.14306/renhyd.25.1.1129
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating onset of eating disorders? *Psychological Medicine*, 27, 523-30. doi: 10.1017/S0033291796004369.
- Steinberg L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*; 28, 78-106.
- Serrano, G. L. (2008). *Estudio nacional de salud mental en Colombia*. Ministerio de Protección Social.
- Santos, M., et al. (2010). Eating Attitudes of female Brazilian University Students With Eating Disorder Risk Behavior. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 47-54.
- Salgueiro, M. C., & Kirszman, D. (2012). Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 161-171.
- Sanders, RA. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34, 354-8.

Sheldrick, R. C., et al. (2013). The baby pediatric symptom checklist: development and initial validation of a new social/emotional screening instrument for very young children. *Academic pediatrics*, 13(1), 72–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.08.003>

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Mc Graw Hill.

Serpa dos Santos, JC; et al. (2017). Relación entre actividad física, composición corporal e imagen corporal en estudiantes universitarios. *Sport TK-Revista Euroam Ciencias del Deporte*, 6(2), 39. <https://revistas.um.es/sportk/article/view/300381/215611>

Stanford Medicine: Children's health (2023). *Pubertad. Mujer adolescente*.  
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=puberty-adolescentfemale-90-P04738>

Thabrew, H., de Sylva, S., & Romans, S. (2012). Evaluating childhood adversity. *Advances in psychosomatic medicine*, 32, 35–57. <https://doi.org/10.1159/000330002>

Talledo, C., & Torres, D. (2016). *Factores psicológicos y la conducta predisponente a bulimia en estudiantes del 3o a 5o de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima, Iquitos-2015*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

- Torres, E., & Torres, F. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria. *Revista Innova Educación, 3*, 349-359.
- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C., & Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica, 58*(1), 15-27.
- Urrego, M., et al (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med, 15*(2), 207-217.
- Udo, T., & Grilo, CM. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry, 84*(5), 345-354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry, 158*, 547-562.

## ANEXOS

### **Anexo 1: Consentimiento informado.**

Estimado participante, para poder ser parte de este proyecto de investigación solicitamos que reúna los siguientes requisitos:

*- Encontrarse en el grupo etario del sexo femenino entre los 11 a 18 años..*

*- Residir en el distrito de Jesús María, Lima, Perú.*

La presente investigación está dirigida por la Bachiller Diana Alejandra Espinoza Zacarias, con el fin de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología por la Universidad Ricardo Palma.

Se aplicará el test EAT-26 (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel. La participación en este estudio es voluntaria, anónima y consiste en responder el formulario de forma honesta.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, cualquier duda o consulta hacerla llegar al siguiente correo: [diana.a.espinoza.z@gmail.com](mailto:diana.a.espinoza.z@gmail.com)

Desde ya se agradece su participación.

He leído y comprendido, por lo tanto, estoy de acuerdo con lo anteriormente expuesto y acepto voluntariamente participar en este estudio.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### **Anexo 2: Cuestionario sociodemográfico.**

<b>EDAD</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>	
<b>NIVEL SOCIO ECONÓMICO</b>	