

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**ASOCIACIÓN ENTRE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA  
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL  
SEMESTRE 2023 – I**

**Para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. María Victoria Montesinos Sagredo**

<https://orcid.org/0009-0000-1684-3115>

**ASESOR:**

**Dr. Wilson Guzmán Olivera**

<https://orcid.org/0000-0002-7778-4291>

**TACNA – PERÚ**

**2023**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por todo el esfuerzo que hacen para  
construir la persona que soy el día de hoy.

A mis abuelos, por creer en mí desde los primeros  
pasos que di.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr Wilson Guzmán, por todo su tiempo y su apoyo desde el inicio del proyecto.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, María Victoria Montesinos Sagredo, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70692696, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" ASOCIACIÓN ENTRE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL SEMESTRE 2023 -I "

Asesorada por Mg. Wilson Guzmán Olivera, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 7069 2696

Fecha: 25/08/23



Universidad Privada de Tacna  
Sin Fines de Lucro

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN-  
FACSA

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

## CONSTANCIA

QUIEN SUSCRIBE COORDINADOR DE LA UNIDAD DE  
INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, HACE CONSTAR:

Que, el bachiller: **María Victoria Montesinos Sagredo** de la Escuela Profesional de **Medicina Humana**, ha presentado la Tesis titulada "**Asociación entre riesgo de trastorno de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023-I**" el cual presenta un **26%** de similitud, comprobada por el software Turnitin. Se adjunta el resultado de similitud generado por la aplicación.

Se expide la presente, para trámites del Título Profesional. Tacna, **30** de **AGOSTO** de 2023.

**Med. Miguel Ángel Hueda Zavaleta**  
*Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA*

# turnitin maria montesinos

## INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://repositorio.upt.edu.pe">repositorio.upt.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://docs.google.com">docs.google.com</a> Fuente de Internet	3%
4	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to University of Limerick Trabajo del estudiante	<1%
8	<a href="http://repositorio.uandina.edu.pe">repositorio.uandina.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
9	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%

10	<a href="https://repositorioacademico.upc.edu.pe">repositorioacademico.upc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="https://repositorio.unsch.edu.pe">repositorio.unsch.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %
14	<a href="https://repositorio.upsc.edu.pe">repositorio.upsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
15	Marco Tulio Corea Del Cid. "La depresión y su impacto en la salud pública", Revista Médica Hondureña, 2021 Publicación	<1 %
16	<a href="https://repositorio.unasam.edu.pe">repositorio.unasam.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Fundacion Universitaria Konrad Lorenz Trabajo del estudiante	<1 %
18	<a href="https://uvadoc.uva.es">uvadoc.uva.es</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="https://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

Submitted to Universidad Católica San Pablo

20

Trabajo del estudiante

<1 %

---

21

Submitted to Universidad de Salamanca

Trabajo del estudiante

<1 %

---

22

revistas.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

---

23

www.scielo.org.pe

Fuente de Internet

<1 %

---

24

Submitted to Universidad de Málaga - Tii

Trabajo del estudiante

<1 %

---

25

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

<1 %

---

26

repositorio.unsa.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

---

27

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

---

28

Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista

Trabajo del estudiante

<1 %

---

29

Submitted to Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra PUCMM

Trabajo del estudiante

<1 %

---

30

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1 %

---

31 Rebeca González Carrascosa. "APLICACIONES DE HERRAMIENTAS BASADAS EN LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) A LA NUTRICIÓN COMUNITARIA.", Universitat Politecnica de Valencia, 2014  
Publicación <1 %

---

32 repositorio.umsa.bo  
Fuente de Internet <1 %

---

33 theibfr.com  
Fuente de Internet <1 %

---

34 Submitted to Infile  
Trabajo del estudiante <1 %

---

35 Karolina Lorena Rodríguez-Sánchez, Carem Francelys Prieto-Fuenmayor. "Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos", Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 2022  
Publicación <1 %

---

36 Submitted to Universidad Autónoma de Aguascalientes  
Trabajo del estudiante <1 %

---

37 repositorio.unap.edu.pe  
Fuente de Internet <1 %

---

38	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	<1 %
39	minerva.usc.es Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1 %
42	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	<1 %
43	dspace.umh.es Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
47	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
48	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

49	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1 %
50	Submitted to Universidad Nacional de Educacion Enrique Guzman y Valle Trabajo del estudiante	<1 %
51	<a href="http://repositorio.ucsm.edu.pe">repositorio.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
52	<a href="http://doczz.net">doczz.net</a> Fuente de Internet	<1 %
53	<a href="http://www.mindmeister.com">www.mindmeister.com</a> Fuente de Internet	<1 %
54	<a href="http://www.unsch.edu.pe">www.unsch.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
55	<a href="http://zagan.unizar.es">zagan.unizar.es</a> Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %
57	<a href="http://creativecommons.org">creativecommons.org</a> Fuente de Internet	<1 %
58	<a href="http://repositorio.continental.edu.pe">repositorio.continental.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
59	Gustavo A. Constaín, Carmenza Ricardo Ramírez, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Matilde Álvarez Gómez et al.	<1 %

"Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia", Atención Primaria, 2014

Publicación

---

60

Jean Pierre Zila-Velasque, Pamela Grados-Espinoza, Kateriny Margot Regalado-Rodríguez, Cesia J. Luna-Córdova et al. "Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2022

Publicación

---

<1 %

61

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

---

<1 %

62

Submitted to Universidad de Nebrija

Trabajo del estudiante

---

<1 %

63

Submitted to Pontificia Universidad Católica del Perú

Trabajo del estudiante

---

<1 %

64

Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León

Trabajo del estudiante

---

<1 %

65

[intellectum.unisabana.edu.co](http://intellectum.unisabana.edu.co)

Fuente de Internet

&lt;1 %

66

Gustavo A. Constaín, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Guillermo Andrés Ramírez Jiménez, Gloria María Gómez Vásquez et al. "Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia", Atención Primaria, 2017

Publicación

&lt;1 %

67

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

&lt;1 %

68

[dspace.ucuenca.edu.ec](http://dspace.ucuenca.edu.ec)

Fuente de Internet

&lt;1 %

69

[psiquiatria.com](http://psiquiatria.com)

Fuente de Internet

&lt;1 %

70

[revista.nutricion.org](http://revista.nutricion.org)

Fuente de Internet

&lt;1 %

71

[vdocuments.es](http://vdocuments.es)

Fuente de Internet

&lt;1 %

72

[www.portaldoenvelhecimento.net](http://www.portaldoenvelhecimento.net)

Fuente de Internet

&lt;1 %

73	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1 %
74	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
75	iamminternationalabstracts.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
76	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
77	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
78	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
79	stopalaobesidad.com Fuente de Internet	<1 %
80	www.metarevistas.org Fuente de Internet	<1 %
81	www.subinspectores.com Fuente de Internet	<1 %
82	www.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
83	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
84	desarrollo.fad.es	

Fuente de Internet

<1 %

85

[digital.csic.es](http://digital.csic.es)

Fuente de Internet

<1 %

86

[idus.us.es](http://idus.us.es)

Fuente de Internet

<1 %

87

[mejorconsalud.as.com](http://mejorconsalud.as.com)

Fuente de Internet

<1 %

88

[payson.tulane.edu:8086](http://payson.tulane.edu:8086)

Fuente de Internet

<1 %

89

[pesquisa.bvsalud.org](http://pesquisa.bvsalud.org)

Fuente de Internet

<1 %

90

[prezi.com](http://prezi.com)

Fuente de Internet

<1 %

91

[renc.es](http://renc.es)

Fuente de Internet

<1 %

92

[repositorio.autonoma.edu.pe](http://repositorio.autonoma.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

93

[repositorio.ug.edu.ec](http://repositorio.ug.edu.ec)

Fuente de Internet

<1 %

94

[repositorio.une.edu.pe](http://repositorio.une.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

95

[repositorio.unheval.edu.pe](http://repositorio.unheval.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

96	<a href="http://repositorio.unican.es">repositorio.unican.es</a> Fuente de Internet	<1 %
97	<a href="http://repositorio.unp.edu.pe">repositorio.unp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
98	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
99	<a href="http://summa.upsa.es">summa.upsa.es</a> Fuente de Internet	<1 %
100	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1 %
101	<a href="http://www.cartercenter.org">www.cartercenter.org</a> Fuente de Internet	<1 %
102	<a href="http://www.primerainfancia.org.co">www.primerainfancia.org.co</a> Fuente de Internet	<1 %
103	"Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú", Archivos Argentinos de Pediatría, 2015 Publicación	<1 %
104	Adriana Sobrino-Bazaga, María F. Rabito-Alcón. "Gender differences existing in the general population in relation to body dissatisfaction associated with the ideal of beauty: a systematic review / Diferencias de	<1 %

género existentes en la población general en relación a la insatisfacción corporal asociada al ideal de belleza: una revisión sistemática", Estudios de Psicología, 2018

Publicación

---

105	<a href="http://cdd.emakumeak.org">cdd.emakumeak.org</a> Fuente de Internet	<1 %
106	<a href="http://de.slideshare.net">de.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
107	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
108	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
109	<a href="http://issuu.com">issuu.com</a> Fuente de Internet	<1 %
110	<a href="http://reliefweb.int">reliefweb.int</a> Fuente de Internet	<1 %
111	<a href="http://repositorio.uap.edu.pe">repositorio.uap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
112	<a href="http://www.forofeministacyl.org">www.forofeministacyl.org</a> Fuente de Internet	<1 %
113	<a href="http://www.helpnothassle.org">www.helpnothassle.org</a> Fuente de Internet	<1 %
114	<a href="http://www.msmanuals.com">www.msmanuals.com</a> Fuente de Internet	<1 %

---

115 [www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co) <1 %  
Fuente de Internet

---

116 [www.thegatenewspaper.com](http://www.thegatenewspaper.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

117 [livrosdeamor.com.br](http://livrosdeamor.com.br) <1 %  
Fuente de Internet

---

118 [repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080](http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080) <1 %  
Fuente de Internet

---

119 [doku.pub](http://doku.pub) <1 %  
Fuente de Internet

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, correlacional, retrospectivo de corte transversal. Se aplicaron los cuestionarios EAT -26 y el inventario de depresión de Beck II. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS v.28. **Resultados:** Ingresaron al estudio 329 estudiantes de medicina humana, el 47,7% fueron varones; el grupo de edad de 21 a 22 años con el 28,3%, seguido de los que tenían 23 a 24 años con el 26,4% fueron los de mayor porcentaje; respecto al lugar de nacimiento el 91,5% nacieron en la costa, el 84,2% no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el 15,8% sí, el 38,6% de los estudiantes de medicina tenía mínima depresión, el 32,8% depresión leve, el 21,9% depresión moderada y el 6,7% depresión grave. **Conclusión:** Existe asociación entre las variables analizadas la cual es muy significativa

**Palabras clave:** trastorno de conducta alimentaria, depresión, estudiante de medicina (DeCS Bireme)

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between the risk of eating disorders and depression in Human Medicine students of the Private University of Tacna in the semester 2023 - I. **Materials and methods:** Observational, correlational, retrospective cross-sectional study. The EAT -26 questionnaires and the Beck II depression inventory were applied. For the statistical analysis, the IBM SPSS v.28 program was used. **Results:** 329 human medicine students entered the study, 47.7% were male; the age group from 21 to 22 years with 28.3%, followed by those who were 23 to 24 years with 26.4% were the ones with the highest percentage; Regarding the place of birth, 91.5% were born on the coast, 84.2% did not present a risk of eating disorder and 15.8% did, 38.6% of medical students had minimal depression, 32.8% mild depression, 21.9% moderate depression and 6.7% severe depression. **Conclusion:** There is an association between the variables analyzed which is very significant.

**Keywords:** eating disorder, depression, medical student (MESH)

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPITULO I.....	9
1. EL PROBLEMA .....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	12
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	13
CAPÍTULO II.....	15
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	15
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. MARCO TEÓRICO.....	21
CAPÍTULO III .....	42
3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	42
3.1. HIPÓTESIS .....	42
3.2. VARIABLES .....	42
CAPÍTULO IV .....	44

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	44
4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	44
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO .....	44
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	45
4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	48
4.5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....	50
4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	51
RESULTADOS .....	52
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES .....	62
RECOMENDACIONES .....	63
BIBLIOGRAFÍA .....	64
ANEXOS.....	72

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria están definidos como alteraciones en los hábitos alimentarios que se caracterizan por la ingesta errónea, insuficiente o incluso excesiva ocasionando así repercusiones físicas y emocionales. Por lo que respecta a la depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) está definida como la constante manifestación de tristeza, añadido a la pérdida de interés en actividades que anteriormente causaban satisfacción en el individuo, y de una imposibilidad para desarrollar las actividades diarias, por un tiempo de 14 días o más. En la actualidad, ambas patologías son consideradas como problemas de salud pública por su continua prevalencia a nivel global, alterando el día a día de un individuo y su círculo social.

La población principalmente afectada por estos trastornos mentales son los jóvenes, que comienzan a experimentar cambios en sí mismos y en su entorno, provocando de esta manera un posible desequilibrio que puede desencadenar alteraciones en los hábitos alimentarios y estado de ánimo. Estos individuos en esta etapa comienzan sus estudios universitarios, por tal motivo añaden responsabilidades académicas que se podrían considerar como factores estresantes en el caso de no organizarse de manera adecuada a estos nuevos retos académicos. De manera excepcional, alumnos que cursan la carrera profesional de Medicina humana, que es conocida como una profesión altamente exigente tanto en dedicación, esfuerzo y tiempo.

Este trabajo de investigación busca identificar si el riesgo de trastorno de conducta alimentaria y depresión tienen una asociación definida y de ser así poder tomar medidas para la prevención y promoción de estas patologías en alumnos universitarios de Medicina humana. Su importancia recae en que anteriormente no se ha realizado un estudio similar en alumnos de la Universidad Privada de Tacna, teniendo así falta de información concisa en esta población con dichos trastornos. El propósito de este estudio es que en un futuro se pueda tener un antecedente, para a partir de este punto, tener en cuenta la información necesaria para la intervención temprana de la salud mental enfocada especialmente en estos trastornos.

## **CAPITULO I**

### **1. EL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) forman parte de un conjunto de trastornos mentales que se describen como una alteración de la conducta frente al consumo de alimentos o la manifestación de conductas de monitoreo del peso; esta trae como resultado alteraciones físicas y psicosociales (1). Por otra parte, la depresión se puede entender como episodios frecuentes de síntomas como bajo estado de ánimo recurrente, tristeza, nula motivación para ejecutar actividades diarias, sueño alterado, variación en el apetito que arrastra la disminución o ganancia de peso del individuo; que duran por lo menos dos semanas (2).

En la actualidad los TCA y la depresión son un considerable problema de salud pública ya que su elevada prevalencia y sus considerables efectos en la salud mental y física contribuyen a la afectación directa de la estabilidad del día a día de cada individuo (2)(3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre los trastornos mentales de vital relevancia para la juventud debido a la exposición perjudicial a su salud que conlleva. La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, son los diagnósticos más recurrentes entre la población juvenil (4).

Según la OMS los TCA se encuentra entre los trastornos mentales de mayor prioridad en niños y adolescentes, debido a que alcanza el tercer lugar en cuanto a enfermedades crónicas más frecuente entre la juventud (5).

Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) la anorexia en Perú ha ido en crecimiento desde el 2010 (6). En cuanto a la depresión, se conoce que los síntomas que abarcan dicho trastorno tienen un predominio en jóvenes, y de manera más frecuente en mujeres. La depresión puede desencadenar en un factor de riesgo en esta población determinada, pudiendo traer como consecuencia algún tipo de conducta suicida (2).

El inicio de la vida universitaria significa un importante cambio en cuanto a la etapa académica, pero además de eso, trae como consecuencias una ola de nuevas experiencias sociales en los jóvenes (7). Entre las diferentes carreras universitarias una de las más demandantes en cuanto a tiempo y dedicación se encuentra la carrera de Medicina Humana, por lo tanto, conlleva una transición significativa en el estudiante, que podría desarrollar como consecuencia la afectación en su estilo de vida. Esta población determinada podría considerarse vulnerable y propensa a situaciones altas de estrés diario, y por esto, un cambio en sus hábitos alimentarios, y estados de ánimo, trayendo así una alteración en su estado mental y salud física.

El ambiente universitario incrementa el grado de estrés, por diversas razones, ya sean tareas académicas, obstáculos para hallar el equilibrio entre los hábitos alimentarios y salud física, añadido a un día a día lleno de compromisos académicos, podría provocar que los estudiantes descuiden su alimentación cotidiana. Tanto como la inquietud y la preocupación pueden aumentar el riesgo de un trastorno de conducta alimentaria, sobre todo en estudiantes caracterizados por su auto perfeccionismo o su personalidad competitiva (7).

Ponce y Turpo en su investigación “Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú” encontraron que de un total de 440 estudiantes 10,1% presentaron posible diagnóstico de TCA (3).

Tanto los trastornos de conducta alimentaria como la depresión son un preocupante problema de salud mental para los estudiantes de Medicina Humana, que a diario se enfrentan a factores de estrés tanto académicos como sociales, pudiendo traer complicaciones considerables en el organismo que con el tiempo podrían llegar a ser crónicas, desde las físicas hasta las psicológicas, consumiendo de esta manera su salud, e incluso llevar a la muerte, afectándolos a ellos y a sus familiares de manera directa.

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **FORMULACIÓN GENERAL:**

¿Está asociado el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria a depresión en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I?

### **PREGUNTAS ESPECÍFICAS:**

- a. ¿Cuál es la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I?
- b. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I?
- c. ¿Cuáles son la edad, género y procedencia de los estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023– I en relación al riesgo de trastorno de conducta alimentaria?

## **1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Conocer la frecuencia de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

- b. Establecer la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.
- c. Determinar la edad, género y procedencia de los estudiantes de Medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I en relación al riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

#### **1.4.JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de conducta alimentaria y la depresión son desórdenes de salud mental, que, como muchas otras, siguen siendo estigmas para la sociedad; de tal forma que, retrasa, obstaculiza o imposibilita a las personas solicitar ayuda profesional en el momento que sea requerido. Además de esto, muchas otras personas desconocen los signos o síntomas que pueden alertar que es necesario pedir ayuda tan pronto sea posible.

Y con mayor razón si es que este grupo de personas son estudiantes de la carrera de Medicina Humana, ya que, día a día, presentan un elevado grado de estrés por sus deberes académicos, siendo estos los de mayor importancia para ellos, dejando de lado o minimizando los cuidados que se deben tener en torno a sus hábitos alimenticios y salud mental; generando de esta manera cambios a medida que avanzan cada año académico. En estos días, la universidad no solo es una institución de formación académica, sino que también es responsable de una formación integral de futuros profesionales de la salud.

Esa es la relevancia de este trabajo de investigación, poder precisar si existe asociación entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estos estudiantes, para que conforme se identifique dicha asociación, puedan brindarse medidas de intervención a beneficio de la salud mental y física de ellos; y de futuros jóvenes que tengan la intención de estudiar esta carrera universitaria de alta demanda.

El presente trabajo tiene vital importancia ya que anteriormente no se ha investigado a esta población de la Universidad Privada de Tacna.

Existen trabajos de investigación de TCA en adolescentes e instituciones de educación secundaria de la ciudad de Tacna, sin embargo, es primordial considerar que las características sociodemográficas en la población de estudiantes de Medicina Humana, son diversas y diferentes a los de otras investigaciones.

Asimismo, con los resultados que se obtengan, poder contribuir al conocimiento de estos hallazgos, a los estudiantes y el personal universitario, para que de esta manera sea posible una futura identificación temprana, dando paso a la prevención y promoción de la salud mental, y especialmente enfocada en los trastornos de conducta alimentaria y depresión respectivamente.

El desarrollo de este trabajo de investigación se ejecutará mediante encuestas dirigidas a los estudiantes universitarios por lo cual no habrá algún impedimento de tipo económico para su realización.

## 1.5.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Trastornos de conducta alimentaria:** Alteración constante en la alimentación o del comportamiento frente a la ingestión alimentaria. Este trastorno trae como resultado una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos, causando así, enfermedades físicas o del funcionamiento psicosocial de la persona (8).

**Depresión:** Trastorno mental de desregulación disruptiva del estado de ánimo que se manifiesta a través de síntomas tales como apatía, tristeza, disminución de la energía, desesperanza, autoestima baja, decaimiento, irritabilidad, junto con cambios somáticos y cognitivos que de manera conjunta afectan la vida del individuo tanto físicamente como de manera psíquica (9).

**Factor de riesgo:** Algún rasgo, atributo o exposición de una persona que incremente su posibilidad de padecer una enfermedad o lesión.

**Estudiante universitario de Medicina Humana:** Persona que cursa enseñanzas de nivel superior en la carrera profesional de Medicina Humana.

## **CAPÍTULO II**

### **2. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. INTERNACIONALES**

- Silva do Nascimento et al. publicaron en el año 2019 el estudio denominado “Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses” teniendo como objetivo determinar la sintomatología de TCA y buscar asociaciones entre estos trastornos con el riesgo de suicidio y síntomas depresivos en estudiantes universitarios de una universidad pública del interior del estado de Pernambuco en Brasil. Se realizó un estudio de tipo transversal en el que se consideraron 271 estudiantes y se utilizó el Eating Attitudes Test-26 y Bulimic Investigatory Test de Edimburgo, para identificar el riesgo de TCA, mientras que para evaluar los síntomas depresivos y riesgo de suicidio se utilizó la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Como resultados se obtuvo que 7,4% de la muestra planteada presentó síntomas de TCA. En cuanto a sintomatología depresiva, el 17.3% de alumnos presentaron síntomas y el 13.6% se encontraban en riesgo de suicidio hasta cierto punto. Como conclusión se señaló que alumnos universitarios que manifestaron riesgo de desarrollar trastornos alimentarios o con síntomas que sugieran depresión están más expuestos a cometer suicidio (10).
- Ramón Arbués et al. publicó en el año 2020 un estudio descriptivo transversal titulado “Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios”, teniendo como objetivo determinar la calidad de la alimentación de alumnos universitarios y demostrar su asociación con la prevalencia de ansiedad, depresión estrés e

insomnio. La muestra fue de 1055 alumnos universitarios de diversas titulaciones del campus de la Universidad San Jorge en Zaragoza, España. La concentración de los participantes se ejecutó en la respectiva institución a lo largo del periodo lectivo del primer cuatrimestre del curso 2018-19, en los cuales se aplicó una serie de instrumentos: Índice de Alimentación Saludable (IAS), la escala breve de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Índice de Severidad del Insomnio. Los datos que se obtuvieron fue una alta prevalencia de depresión alcanzando un porcentaje de 18,6% en dichos universitarios. La alimentación no saludable se relacionó significativamente con la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés. Se concluyó que las conductas alimentarias no saludables son frecuentes en estos estudiantes universitarios y se relacionan con el hallazgo de ansiedad, estrés y depresión (11).

- Bizri et al. publicaron en el 2020 un trabajo de investigación de tipo descriptivo transversal, denominado “Prevalence of Eating Disorders Among Medical Students in a Lebanese Medical School: A Cross-Sectional Study”, teniendo como objetivo identificar la prevalencia y posibles factores asociados a TCA entre alumnos pertenecientes a la carrera profesional de medicina de la Universidad Americana de Beirut en Líbano (AUB). Para esto, se utilizaron los instrumentos SCOFF y EAT-26 en 124 estudiantes. Se obtuvieron los siguientes hallazgos, del total de la población, 17% y 19% manifestaron riesgo para TCA según EAT-26 y SCOFF respectivamente. Se concluyó que existen una elevada prevalencia de conductas alimentarias desordenadas y señaladas como no tratadas y no señaladas de manera concisa en alumnos de la carrera profesional de medicina pertenecientes a la AUB. Asimismo, es indispensable establecer medidas de

prevención y tratamiento en el alumnado y generar campaña de conciencias en estos estudiantes de medicina humana (12).

- Chan. et al. en 2020 publicaron un trabajo “Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors” quienes realizaron una investigación de tipo transversal descriptivo en alumnos de pregrado pertenecientes a una universidad líder en Kuala Lumpur, Malasia. Se utilizó un formato que estuvo conformado por la sumatoria los siguientes segmentos: información sociodemográfica, etnia, edad, género, año de estudio actual y residencia. Se hizo de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 10 ítems, que brinda los síntomas autoinformados asociados con la depresión experimentada en la última semana, para riesgo de TCA se utilizó la escala Eating Attitude Test (EAT-26). Como resultados se obtuvo que 6,3% de las estudiantes mujeres de la carrera profesional de medicina que presentaban depresión, eran propensas al trastorno alimentario, además la depresión se asoció significativamente con el trastorno alimentario. En cuanto a la prevalencia de estudiantes universitarios con riesgo de trastorno alimentario se obtuvo un resultado de 13,9%, siendo el mayor grupo alumnos que tenían entre 20 y 21 años, siendo el 51,1% mujeres (13).
- Ortiz A et al. publicaron un trabajo de investigación de tipo transversal, cuali cuantitativo titulado “Factores de riesgo que favorecen trastornos alimentarios en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro”, que tenía como objetivo señalar los factores que podrían coadyuvar al desarrollo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de dicha universidad. Se utilizaron instrumentos que valoraron la percepción de la figura corporal, conductas alimentarias de riesgo para manifestación de trastornos de la conducta alimentaria,

calidad de vida con relación a la salud. Se realizaron también medidas en cuanto a la talla, peso, circunferencias de cadera y cintura. Los resultados mostraron que 68% del total de estudiantes muestra conductas alimentarias mientras que un 74% de insatisfacción corporal. Se logró determinar cuatro variables predictoras de riesgo: Desajuste social, dieta, índice de masa corporal y salud mental. Además, estudiantes que presentaban sobrepeso y obesidad mostraron un riesgo mayor de desarrollar un TCA. La conclusión a la que llegaron fue que las conductas alimentarias de riesgo que favorecen el origen de TCA, como las conductas de atracón y las conductas de restricción; tuvieron una alta prevalencia en los estudiantes ya mencionados. Asimismo, la insatisfacción corporal significó un factor de riesgo en hombres debido a sus deseos de incrementar su masa muscular, y en las mujeres a disminuir su peso. Ambos son factores importantes para la manifestación de TCA (14).

### **2.1.2. NACIONALES**

- Jimenez Segura et al. en el año 2023 realizaron su estudio “Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad Señor de Sipán, 2023” que tenía como objetivo establecer si la depresión y ansiedad están asociadas al riesgo de TCA en alumnos internos de medicina humana de la universidad respectiva en dicho periodo de tiempo. Fue una investigación de tipo cuantitativa, descriptivo correlacional con un diseño de corte transversal. Se utilizó el Cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en 89 participantes. Los resultados que se obtuvieron señalaron que existe una relación directa significativa de grado fuerte entre depresión y ansiedad con las dimensiones del riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria. Como conclusión se

obtuvo que mientras más alto sea el grado de depresión y ansiedad entonces habrá un incremento del riesgo de TCA en alumnos internos de medicina humana de dicha universidad (15).

- Dávila Trinidad en 2023 publicó su investigación “Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina humana en la Universidad Ricardo Palma en el año 2021” que tenía como objetivo identificar los factores asociados al riesgo de TCA en dicha población en el periodo del año 2021. El estudio fue analítico, observacional, transversal y prospectivo. En cuanto a la recolección de los datos se utilizó una plataforma virtual constituida por una ficha de recolección de datos, instrumentos tales como EAT-26 y DASS-21. En total la muestra fue de 167. Como resultado se obtuvo que 23.9% alumnos de Medicina humana de la Universidad Ricardo Palma presentaron riesgo de TCA, asimismo, se identificó que la depresión se asocia al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, con una cifra del 35.2% de los estudiantes mostraban tanto riesgo de TCA como depresión simultáneamente (16).
- Rivera Gonzales et al. en el año 2021 realizaron un trabajo de investigación titulado “Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana, 2021” el cual su objetivo era identificar la asociación entre la conducta alimentaria y los niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes universitarios procedentes de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y la Universidad de Lima. En cuanto a los resultados se obtuvo que el mayor porcentaje de estudiantes cursa carreras de ciencias de la salud (21,3%), además de que estudiantes mujeres están más propensos a tener

cuadros considerables de estrés, depresión y ansiedad, a diferencia de estudiantes hombres. De esta manera se obtuvo como conclusión de que la conducta alimentaria tiene asociación con la presencia de estrés, depresión y ansiedad en alumnos de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y la Universidad de Lima (17).

- Flores KA. et al. realizaron su estudio “Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019” que buscaba identificar los factores de riesgo asociados a los TCA en estudiantes de dicha universidad. Realizaron un estudio transversal analítico de diseño observacional. La población total fue de 264 estudiantes, se utilizó el EAT-26 y el test Body shape questionnaire. Los resultados que se consiguieron fueron que 21 estudiantes manifestaban 4 factores de riesgo: Imagen corporal, actitud alimentaria, autoestima y depresión. Además, se encontró que la prevalencia del Trastorno de Conducta Alimentaria en los estudiantes fue de 8% (n=21). Se pudo llegar a la conclusión de que hay evidencia de una relación marcada entre la imagen corporal, actitud alimentaria, autoestima, depresión y los trastornos de la conducta alimentaria (18).

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

#### **Definición**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos mentales que se distinguen por presentar un desorden del comportamiento de forma persistente o de la conducta alimentaria frente al control de peso, trayendo como consecuencia alteraciones físicas o del funcionamiento psicosocial de la persona (19).

#### **Epidemiología**

Estos trastornos abordan unos de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a nivel mundial con un marcado predominio en mujeres. En países occidentales se presenta como en el tercer lugar de las enfermedades crónicas entre las mujeres jóvenes y adolescentes. La prevalencia está entre 1% – 5% para casi todas las poblaciones exceptuando algunas que alcanzan hasta el 15%. En Estados Unidos tiene una cifra de prevalencia de 6.8%, España alcanza un 8%. En el caso de México, hubo una desmesurada elevación de casos en los últimos 20 años, se calcula una cifra de 300%, además se señala que existen 20 mil nuevos casos por año en la etapa de la adolescencia e inicios de la juventud (20).

Se ha evidenciado una elevada tasa de morbilidad y letalidad en los TCA, tres cuartas partes de las personas con anorexia nerviosa tienen una recuperación total, con una mediana de tiempo de 80 meses, y un 10 % lo logra de manera parcial. Mientras que los pacientes con bulimia nerviosa, aproximadamente la mitad logra su recuperación total y un 23 % persiste en un curso crónico de la enfermedad. Además, se ha demostrado una mayor tasa de letalidad para la anorexia nerviosa. Se valora que la incidencia de la anorexia nerviosa es de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,5 a 1 por 100.000, a diferencia de la incidencia y prevalencia de la bulimia nerviosa que ronda entre el 4 y 8 % y entre el 1 y 3 % de esta manera (19).

## Clasificación

La clasificación global de estos trastornos mentales está regida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) por parte de la American Psychiatric Association, y por la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) por parte de la OMS. Según ambos manuales de clasificación diagnóstica, los TCA se agrupan de la siguiente manera(19):

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS SEGÚN DSM - 5
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Anorexia Nerviosa: Tipo restrictivo y tipo atracones/purgas</li><li>✓ Bulimia Nerviosa</li><li>✓ Trastorno por atracón</li><li>✓ Otro trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos especificado</li><li>✓ Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos no especificado</li><li>✓ Pica</li><li>✓ Trastorno de rumiación</li><li>✓ Trastorno por evitación/restricción de la ingestión de alimentos</li></ul>

*Figura 01. Clasificación diagnóstica según DSM 5*

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN CIE 10
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Anorexia Nerviosa</li><li>✓ Anorexia Nerviosa Atípica</li><li>✓ Bulimia Nerviosa</li><li>✓ Bulimia Nerviosa Atípica</li><li>✓ Hiperfagia asociada a otras alteraciones psicológicas</li><li>✓ Vómitos asociados a otras alteraciones psicológicas</li><li>✓ Otros trastornos de la conducta alimentaria</li></ul>

*Figura 02. Clasificación diagnóstica según CIE 10*

### ○ Anorexia Nerviosa (AN)

La AN es un TCA que se desarrolla como un anhelo incontenible de estar delgado, añadido al uso voluntario de métodos para obtener tal resultado: dieta restrictiva

estricta y conductas purgativas (vómitos auto inducidos, exceso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) (21).

- **Bulimia Nerviosa (BN)**

La BN es un TCA que se pone de manifiesto por episodios de atracones (consumo devorador e incontrolado), en los que se consume una desmesurada ración de alimento en un corto tiempo y por lo general a escondidas. Los individuos que la padecen tratan de equilibrar las consecuencias de la sobre ingesta con la ayuda de vómitos provocados por el propio individuo y/o otras formas de purga (Laxantes, uso de diuréticos, etc.) y una incrementada actividad física. Además, desarrollan una intranquilidad enfermiza por su peso y figura (21).

- **Trastorno por Atracón (TPA)**

La distinción fundamental entre el trastorno por atracón (TPA) y la bulimia nerviosa radica en la ausencia de comportamientos compensatorios. El TPA tiende a manifestarse en edades más avanzadas, con una edad promedio de 32 años. Este trastorno se encuentra presente en individuos con obesidad o sobrepeso que buscan tratamiento para disminuir su peso.

### **Factores de riesgo**

- **Factores socioculturales**

Los factores de riesgo en el ámbito sociocultural se centran principalmente en idealización de la cultura de la delgadez en la población femenina: la exposición a los medios de comunicación, la presión constante que se ejerce para bajar de peso, los comentarios que se originan al disminuir de peso como una mejoría en su vida como consecuencia de bajar de peso; son características que se relacionan de manera directa con la insatisfacción corporal y las dietas/ayuno (22).

Se ha identificado como factores socioculturales: familias que se rigen por la sobreprotección, rígidos y exigentes, problemáticos, familias inestables con padres separados, antecedentes familiares de trastornos afectivos y una excesiva inquietud

por el peso de parte de los padres, abuso de alcohol, costumbres en la alimentación que son irregulares en la etapa de la niñez, actividades en el transcurso de la infancia o adolescencia en donde se aprecia desmesuradamente el peso o la delgadez (23).

Además, se ha advertido que los medios de comunicación son determinantes en cuanto a la influencia que pueden ejercer sobre las personas acerca de los TCA. Son identificados como instrumentos dedicados a la información y comunicación de mensajes de manera textual, sonora, visual o de audio, por ende, se identifica que son uno de los principales medios de ideales de belleza que son complicados de obtener y se pueden considerar hasta irreales. Es aquí donde se idealiza la obtención de un cuerpo delgado para alcanzar el triunfo en los ámbitos laboral y personal (24).

- **Factores transculturales**

En cuanto a las distintas culturas existentes a nivel mundial se ha señalado que la aparición de TCA no es específico de países occidentales. Se considera como grupo de riesgo a las minorías étnicas e inmigrantes asentados en países occidentales y la razón se señala al proceso de aculturación. Mujeres y hombres de origen indígena americano e hispano-americanos muestran elevadas tasas de comportamientos alimentarios inadecuados para perder peso en comparación con personas no hispanas. Añadido a esto, se demostró que mujeres asiáticas mostraban síntomas asociados a TCA a un nivel más elevado a comparación de mujeres caucásicas (24).

- **Factores personales**

Los factores de riesgo de tipo individuales pueden clasificarse como de tipo biológico, psicológicos o también conductuales (25).

Los factores de riesgo de tipo biológico señalan como principal indicador el género femenino y la edad de inicio de la juventud. Añadido a esto, se ha asociado la insatisfacción corporal como consecuencia de obesidad premórbida y desarrollo temprano en la pubertad (25).

Los factores psicológicos son esenciales para el desarrollo de la etiopatogenia de los TCA. Se ha descrito como evidencia que la presencia de síntomas comórbidos

tales como trastornos de tipo afectivo, de la personalidad, obsesivo-compulsivos o de control de impulsos, son el comienzo de la manifestación de algún TCA (25).

Un factor de riesgo psicológico de carácter relevante es el perfeccionismo en individuos que padecen de algún trastorno de la conducta alimentaria. Dichas personas, frecuentemente manifiestan elevados niveles de perfeccionismo desadaptativo que aportan a la cronicidad de su trastorno, trayendo como consecuencia a la adhesión a reglas de carácter estricto sobre qué y cuándo deben comer, especificando un énfasis detallado en lograr el modelo de un cuerpo delgado, y siendo así sumamente autocríticos en la medida que no se cumplen sus altas expectativas (22).

Los factores conductuales se refieren al riesgo de presentar algún TCA mediante alguna conducta considerada de riesgo. Por ejemplo, las dietas de carácter restrictivo o ayunos prolongados, la ingesta de laxantes o medicamentos diuréticos, el ejercicio físico de alto rendimiento o que impliquen exposición corporal (25).

- **Factores familiares**

La familia y su contexto forma parte de un rol fundamental tanto en el desenvolvimiento como en el curso de los TCA. Dentro de los factores señalados como de riesgo, sobresalen los padres sobreprotectores, estrictos o conflictivos, familias inestables o desestructuradas, antecedentes en la familia de algún TCA o de otros trastornos de la salud mental, alimentación atípica en entorno familiar, intranquilidad por el peso y la imagen corporal proveniente de los padres, obesidad irregularidad de hábitos alimenticios adecuados en la niñez, actividades que tengan como objetivo la delgadez extrema o la baja de peso. En conclusión, el ambiente familiar interviene en la manifestación de los TCA por medio de su funcionamiento íntimo y de la manera de comunicarse con otros miembros o de la promulgación de conducta de riesgo para que se desarrolle algún TCA (25).

- **Salud mental**

La salud mental ejerce una relación con el bienestar en el aspecto mental y psicológico del individuo, se incluye además en el concepto de salud según la OMS:

“Estado completo de bienestar físico mental y social, y no solo frente a la ausencia de enfermedades”. Se relaciona mediante la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la población que padece algún trastorno mental (26).

Se considera que la ansiedad es un atributo constante en los individuos que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria, esto debido a que se ha detectado que incluso se mantiene después de su recuperación. La manifestación de este trastorno acostumbra presentarse antes que el desarrollo del TCA, y de esta manera se señala como factor predisponente para padecer un TCA ante una inicio precoz de este trastorno (19).

En cuanto a la depresión, del mismo modo tiene un rol trascendente con respecto al TCA, se señala que las personas con un trastorno de conducta alimentaria manifiestan un elevado riesgo de experimentar un trastorno depresivo mayor (19).

La emocionalidad negativa, es decir, la tendencia a sentirse infeliz y ansioso, predicen la manifestación de los TCA, además de ser un predictor significativo en el curso de cualquier TCA tanto en hombre como mujeres (22).

#### ○ **Hábitos alimentarios**

Costumbres que de manera conjunta disponen la manera en la que las personas escogen, preparan e ingieren sus respectivos alimentos, que se ven influidos de alguna manera por la disponibilidad de estos, el grado de educación que tengan en cuanto a la alimentación y el acceso que se disponga de estos. Son considerados como manifestación de la cultura de tradición y creencias con respecto al lugar geográfico y disponibilidad de alimentos de una determinada población. Los hábitos alimentarios inadecuados son característicos por conductas erróneas del control del peso y restricciones (27).

Con regularidad se señala que las personas omiten en repetidas ocasiones alguna de las cinco comidas diarias recomendadas y además de esto, consideran optar por una

dieta con el propósito de disminuir de peso, siendo las mujeres, en mayor número, quienes desarrollan estas medidas (28).

- **Estilo de vida**

Considerado como una agrupación de características y rutinas diarias que son de elección entre numerosas alternativas factibles por las personas, abarca vital relevancia, por la consecuencia que esa decisión puede desarrollar en la salud de las personas. Estas características pueden estar conformados por hábitos de alimentación, consumo de sustancias como tabaco o alcohol y la actividad física (28).

El ingreso a una nueva etapa académica como lo es la formación universitaria marca una fase determinante de transformaciones significativas. Con el pasar de los años universitarios, el alumno comienza a desempeñar su autonomía en lo que respecta a las diversas elecciones que tendrán consecuencia en su estilo de vida, entre las cuales, ciertas tendrán efecto a corto, mediano o largo plazo en su bienestar físico y mental (28).

## Diagnóstico

### ○ Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN DSM-V	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN CIE 10
<p>a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado</p> <p>b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con peso significativamente bajo.</p> <p>c) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p><b>Especificar si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tipo restrictivo:</b> Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo.</li> <li>✓ <b>Tipo con atracones/purgas:</b> Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pérdida significativa de peso (IMC &lt;17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.</li> <li>✓ La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: Evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</li> <li>✓ Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</li> <li>✓ Trastorno endocrino-gonadal generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparece la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina.</li> <li>✓ Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía se retrasa</li> </ul>
<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA SEGÚN CIE-10</b>	
<p>Casos en los que faltan una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. Además se incluyen aquí los paciente que tengan todos los síntomas importantes de la AN, pero en grado leve</p>	

*Figura 03. Criterios diagnósticos de AN (19).*

○ **Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA SEGÚN DSM-V	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA SEGÚN CIE-10
<p>a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</li> <li>- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</li> </ul> <p>b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios anorexia nerviosa</p>	<p>a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.</p> <p>b) Intento contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.</p> <p>c) Miedo morboso a engordar, con fijación de un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Pueden existir antecedentes previos de anorexia.</p>
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA SEGÚN CIE-10	
<p>Casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, sin embargo manifiestan episodios en repetición de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas</p>	

*Figura 04. Criterios diagnósticos de BN (19).*

○ **Criterios diagnósticos de trastorno por atracón**

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN SEGÚN DSM-V
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comer mucho más rápidamente de lo normal.</li> <li>✓ Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.</li> <li>✓ Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.</li> <li>✓ Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.</li> <li>✓ Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.</li> </ul> <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa</p>

*Figura 05. Criterios diagnósticos de TPA (29).*

## **Pronóstico**

### ○ **Anorexia Nerviosa**

Factores pronósticos favorables son el comienzo en una edad temprana, características de personalidad histriónica. El inicio en la etapa de la adolescencia se considera un indicador de un mejor pronóstico a diferencia del desarrollo de la anorexia en la etapa de la adultez. Como indicadores de mal pronóstico se encuentran las comorbilidades somáticas y de trastornos como ansiedad, abuso de sustancias, vómitos provocados por la misma persona, atracones o extralimitación de laxantes, características en cuanto a individuos con personalidad obsesivo-compulsiva, ajuste social y persistencia de la enfermedad (19).

### ○ **Bulimia Nerviosa**

Factores de pronóstico favorables son el comienzo temprano del tratamiento, siendo el mejor indicador, también lo serán el comienzo de la enfermedad en su etapa de adolescentes a diferencia del comienzo en la adultez. Los indicadores de pronóstico desfavorable serían antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes, la existencia a corta edad de disputas y/o rechazos en la comida, obesidad infantil, autoestima baja, y trastorno de la personalidad (19).

### ○ **Trastorno por atracón**

La manifestación de los atracones reiterados conlleva a un pronóstico de ganancia de peso (19).

En el aspecto de comorbilidades asociadas, el trastorno por atracón tiene una elevada asociación a patología psiquiátrica, como lo son la depresión, la ansiedad, como ejemplos de trastornos del ánimo; en los que respecta a trastornos de la personalidad, se asocia al trastorno bipolar o el límite. Asimismo, se indica como recomendación efectuar diagnóstico diferencial de las patologías ya mencionadas, además de otras como la obesidad (30).

## **Complicaciones**

### **○ Anorexia nerviosa**

La AN tienen diferentes complicaciones que se pueden agrupar según el sistema afectado.

#### **Piel**

En cuanto a las alteraciones en la piel, hay diversas complicaciones según la causa que genera estos cambios en el organismo, entre ellas tenemos por la inanición/malnutrición: Alopecia, lanugo, acné y prurito, estrías en especial en hombres, acrodermatitis y en menor frecuencia púrpura; por la inducción de vómitos: Signo de Russell, debido a la ingesta de fármacos: Fotosensibilidad causada por diuréticos tiazídicos y a consecuencia de enfermedades psiquiátricas asociadas: Cicatrices debido a conductas de automutilación en comorbilidad con un trastorno límite de la personalidad (31).

#### **Endocrino**

Se describen alteraciones en los distintos ejes endocrinos para sostener la glicemia y desviar energía libre para conservar las funciones vitales del organismo. La amenorrea es un síntoma característico, ya sea primaria o secundaria es debido a la baja pulsatibilidad de la hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRH), a consecuencia de niveles bajos de leptina. Conforme se avance en la recuperación en la ganancia de peso, volverán a la regularidad los ciclos menstruales. En los varones, los niveles disminuidos de testosterona pueden ocasionar pérdida de la potencia, de la libido y de la fuerza muscular (32).

#### **Cardiovascular**

Entre ellas tenemos la bradicardia e hipotensión, a causa de las alteraciones del sistema nervioso autónomo. En cuanto a los hallazgos en el electrocardiograma se puede apreciar arritmias auriculares y ventriculares y anomalías QT (32).

## **Renal**

Como complicaciones renales se manifiesta la caída de la tasa de filtración glomerular, que puede originar así, una falla renal en un 5% de los pacientes pasados los 20 años de trastorno. Debido a la pérdida de masa muscular, se presenta creatininemia baja, así que, cuantificar la velocidad de filtrado glomerular podría ser complicado. Es recomendado hacer el cálculo mencionado con la orina de 24 horas. En cuanto a los electrolitos, se presenta hiponatremia, hipomagnesemia e hipofosfatemia. La deshidratación de curso crónica incrementa el riesgo de padecer urolitiasis (32).

- **Bulimia Nerviosa**

## **Piel y anexos**

A consecuencia de la autoprovocación de vómitos, es característico el hallazgo del signo de Russell, que se define como la evidencia de callosidades en el reverso de la mano dominante del paciente. Es considerado un signo representativo de este trastorno, sin embargo se sugiere que no es del todo confiable ya que existe una considerable variación en el momento de la evaluación del paciente por diferentes especialistas. Además, está presente el riesgo de hemorragia subconjuntival, especialmente en arcadas extensas (31).

## **Cavidad oral y Faringe**

Además de esto, los vómitos reiterados traen consigo contenido ácido del estómago, alterando así la capacidad Buffer de la cavidad bucal. Las caries y erosiones dentales serán a causa de una alteración de Ph bucal al valor de 5.5, generando así un proceso de desmineralización del esmalte. Añadido a esto, se producen lesiones en partes blandas de la boca, a consecuencia del ph menor y del trauma que se genera por autoinducción del vómito en el paladar blando principalmente. Puede presentarse, disfonía, dolor, tos seca y disfagia como afección de la faringe y laringe. Las úlceras y enrojecimiento serán consecuencia de la inflamación (31).

## **Esófago**

Pueden presentarse síntomas de reflujo gastroesofágico debido a los vómitos reiterativos, causando una pérdida de tono del esfínter gastroesofágico. Entre ellos tenemos a la pirosis y hematemesis causada por un síndrome de Mallory Weiss o por una esofagitis hemorrágica secundaria a reflujo ácido. El esófago de Barret es representativa en este trastorno, ocasionando así un incremento del riesgo de cáncer de 30 a 125 veces (31).

## **Gastrointestinal**

Predomina el riesgo de una dilatación gástrica que podría llegar finalmente a una perforación, todo esto debido a la baja relajación post prandial, que señala de esta manera que el estómago es menos reactivo pese a no manifestar alguna alteración en el vaciamiento (32).

## **Electrolitos**

El sistema renina-angiotensina-aldosterona intenta compensar la pérdida de potasio y la deshidratación del paciente a causa de los vómitos autoprovocados. El conjunto de hipokalemia, hipocloremia y alcalosis metabólica a consecuencia de la aldosterona y su incremento de la absorción renal de sodio y bicarbonato, es denominado Síndrome de pseudo Bartter. Los laxantes que utilizan los paciente les generará diarrea, por lo cual existe habrá pérdida de agua, cloro y bicarbonato e hipokalemia, ocasionando una alcalosis metabólica. De ser el uso de corta duración, el paciente presenta una acidosis metabólica hiperclorémica. Con respecto a los diuréticos, causarán hiponatremia, asimismo los diuréticos de asa y los tiazídicos causan pérdida de cloro y potasio, a diferencia de estos, los diuréticos ahorradores de potasio aumentan el riesgo de hiperkalemia y una acidosis metabólica (31).

## 2.2.2. DEPRESIÓN

### Concepto

La depresión es un trastorno de la salud mental frecuente y crónico que obstaculiza las actividades diarias del individuo, como descansar, estudiar, trabajar, comer y gozar de la vida. En cuanto a la causa, esta enfermedad es multifactorial, puede ser un conjunto de factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales (33).

### Epidemiología

Es una afectación mental muy frecuente, según la OMS este trastorno se encuentra afectando a 300 millones de personas alrededor del mundo, además de ser la causa fundamental a nivel global de discapacidad y de coadyuvar a la morbilidad del individuo. Asimismo, se señala que las mujeres son más afectadas que los varones (34).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) perteneciente a Estados Unidos, alrededor de 17.3 millones de adultos en dicho país tuvieron por lo menos un episodio de depresión mayor en el año 2017, significando así un porcentaje del 7,1% de adultos en Estados Unidos. Asimismo, se indicó que el diagnóstico de depresión era más común en jóvenes entre las edades de 18 y 25 años, calculando un porcentaje de 13,1% (35).

En Perú, los síntomas depresivos alcanzan una prevalencia del 14% en zonas urbanas y 12,5% en rurales. Añadido a esto, en lo que respecta a las oportunidades de tratar dichos síntomas, el acceso a ellos tiene una limitación alta en países cuyos ingresos son bajos y medianos, en cifras se puede afirmar que solo 1 de 27 personas con trastorno depresivo grave puede acceder a un tratamiento (36).

### Factores de riesgo

- **Individuales**

- **Biológicos:**

- ✓ Genéticos: Antecedentes familiares de depresión o trastorno bipolar.

- ✓ Sexo y edad: Durante la adolescencia es más frecuente entre 2 – 3 veces más en mujeres que en varones.
- ✓ Problemas crónicos de salud: Se incluyen patologías médicas y también discapacidades físicas o de aprendizaje.
- **Psicológicos**
  - ✓ Otros trastornos psíquicos: Trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH.
  - ✓ Temperamento.
- **Ambientales**
- **Familiares:**
  - ✓ Trastorno psíquico en los padres: De forma considerada, depresión, abuso de sustancias psicoactivas.
  - ✓ Conflictos en las relaciones familiares: Divorcio o separación de los padres.
  - ✓ Estilos educativos negativos: Nula afectividad o muestra de rechazo, negligencia en cuanto a la crianza.
  - ✓ Maltrato/abuso: De forma sexual, emocional o física.
- **Sociales**
  - ✓ Problemas académicos.
  - ✓ Conflictos interpersonales.
  - ✓ Acoso (Bullying).
  - ✓ Otras circunstancias adversas: Personas refugiadas, emigrantes, sin hogar o en centro de acogida (37).

### **Síntomas depresivos**

- Tristeza patológica: El ánimo se encuentra a un nivel de tal modo que imposibilita de manera negativa la vida cotidiana de la persona, además de tendencia al llanto, irritabilidad.
- Alteraciones del sueño: Se señala la dificultad para poder conciliar el sueño, hipersomnia, despertar precoz.

- Ansiedad: Manifestación de inquietud, expectación, la persona se encuentra angustiada.
- Desgano y anhedonia: Pérdida del placer y apatía.
- Alteraciones somáticas: Manifestación de dolor tipo crónico, constipación, fatiga, sudoración.
- Alteraciones del comportamiento y pensamiento: Imposibilidad de toma de decisiones, dificultad para concentrarse.
- Culpa en exceso: Carga de culpa inexistente.
- Alteraciones en el peso y apetito: Con frecuencia se presenta inapetencia juntamente con pérdida de peso.
- Ideas suicidas: Preocupación de manera exagerada por la muerte contribuyendo a sentimientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: Cansancio excesivo y sin causa justificada, de manera predominante en las mañanas (38).

## Criterios diagnósticos

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN DSM-V
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</li><li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.</li><li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</li><li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li><li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.</li><li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li><li>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.</li><li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.</li><li>9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li></ol> <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastorno psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

*Figura 06. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor (39).*

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10	
<p><b>A. Criterios generales para episodio depresivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</li> <li>- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</li> </ul> <p><b>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li> <li>- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras</li> <li>- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</li> </ul> <p><b>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</li> <li>- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</li> <li>- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</li> <li>- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</li> <li>- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición</li> <li>- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</li> <li>- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.</li> </ul> <p>✓ <b>Episodio depresivo leve:</b> están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>✓ <b>Episodio depresivo moderado:</b> están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>✓ <b>Episodio depresivo grave:</b> deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>	

*Figura 07. Criterios diagnósticos de episodio depresivo (39).*

### **Patologías asociadas**

#### **Enfermedades médicas asociadas a depresión (40):**

- Dolor crónico 60%
- Cáncer 25-50%
- Sida y VIH 22-45%
- Enfermedad coronaria 33%
- Diabetes mellitus 20%
- Accidente vascular cerebral y enfermedades neurológicas 20%,
- Ciclo reproductivo en la mujer 5%

#### **Enfermedades mentales asociadas a depresión(40):**

- Adicciones 40%
- Trastornos de la alimentación como obesidad, anorexia y bulimia 30%
- Trastornos de personalidad 30%

- Trastornos de la atención 30%.
- Trastornos demenciales 25%
- Esquizofrenia 20%
- Trastorno bipolar 10%

### **Tratamiento**

El tratamiento consiste en abordaje farmacológico y psicológico; en cuanto a resultados a corto plazo, los dos ofrecen similares resultados, no obstante, el tratamiento psicológico obtiene mejores resultados a largo plazo debido a que producen una menor frecuencia de recaídas y abandono al tratamiento (41).

### **Tratamiento farmacológico**

Fundamentalmente, el tratamiento con fármacos consta de los antidepresivos, los cuales son los responsables de modificar la función de la serotonina o de la noradrenalina en el sistema nervioso central (41).

Los diversos grupos farmacológicos que se indican para este trastorno al igual que sus efectos clínicos y adversos están representados en la tabla 08, dichos efectos deben ser valorados en la elección del tratamiento del paciente, con especial énfasis en la interacción con otros fármacos (41).

EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LOS DISTINTOS DE ANTIDEPRESIVOS Y SU TRADUCCIÓN CLÍNICA				
GRUPO	MECANISMO DE ACCIÓN ANTIDEPRESIVO	FÁRMACOS	EFECTOS CLÍNICOS	EFECTOS ADVERSOS COMUNES
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial.
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Antidepresivo, ansiolítico	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial.
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Antidepresivo, ansiolítico	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial.
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Antidepresivo, ansiolítico	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual.
AMT	Agonismo MT1/MT2	Agomelatina	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea.
Aα2	Antagonismo α-2	Mirtazapina	Antidepresivo, ansiolítico	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión.
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo 5HT2A/2C	Trazodona	Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico.	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión.
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina.	Antidepresivo, ansiolítico	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial.
MM	Inhibición de SERT, agonista 5-HT1A/1B/1D, antagonista 5-HT7	Vortioxetina	Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico	Náusea, cefalea, mareo, boca seca.

\*AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: antidepresivo tricíclico; Aα2: antagonista de receptores α2 de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina; IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina.

*Figura 08. Efectos farmacológicos de antidepresivos (42).*

TRATAMIENTO MÉDICO SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)
<b>PLAN A PARA DEPRESIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar con Fluoxetina: 1 tableta de 20 mg por las mañanas en forma diaria.</li> <li>2. Si en la cuarta semana la puntuación del Hamilton no mejoró a 13 o menos, incrementar 1 tableta de Fluoxetina 20 mg al mediodía.</li> <li>3. Si en la sexta semana la puntuación del Hamilton no mejora a 13 o menos, derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.</li> <li>4. Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 24 meses con controles cada mes durante el primer semestre y luego al noveno mes, al año, al año y medio y a los dos años de iniciado el tratamiento.</li> <li>5. Al cabo de dos años, evaluar condiciones del paciente a fin de continuar o suspender gradualmente el tratamiento. Las consideraciones actuales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (A.P.A.) para mantener o retirar el tratamiento son las siguientes: Primer y segundo episodio de depresión: retiro gradual de medicación. Tercer episodio de depresión o ser mayor de 45 años: considerar mantener tratamiento de por vida.</li> </ol>
<b>PLAN B PARA DEPRESIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar con Sertralina a la dosis recomendada de 50 mg/día. Debe ser administrada una vez al día y en la mañana.</li> <li>2. Si en la sexta semana no se advierte modificación en la puntuación del Hamilton para depresión a 13 o menos, transferirlo al Servicio de Psiquiatría o a un centro especializado.</li> </ol>

*Figura 09. Tratamiento médico de acuerdo al MINSAL (43).*

## **Tratamiento psicológico**

- Enfoque conductual: Se basa en incrementar el número de experiencias positivas en actividades placenteras, interacciones sociales y en pensamientos saludables. Para esto se emplea un enfoque de terapia psicoeducativo para incentivar estos cambios en el individuo (40).
- Terapia cognitivo-conductual: Su finalidad abarca la intervención en el nivel cognitivo, emocional y conductual. Se trata de abordar pensamientos automáticos negativos y las ideas sobre las creencias o esquemas que persisten en el trastorno (40).
- Intervenciones positivas: Estas se encargan de provocar agrado en pacientes que son tratados para un trastorno depresivo. Por ejemplo, actividades como “saborear un día perfecto” que significa que el individuo pueda tener la elección de un día sin trabajo o estudio, en el cual pueda elegir libremente ocuparlo en actividades que le causen placer y alegría. Otros ejemplos son las actividades conocidas como “Reconocer las propias fortalezas” o “Tres cosas para agradecer a la vida” que trata en que la persona realice un listado de tres hechos agradables o positivos que ocurrieron durante su día o siete días, todo esto con el propósito de acentuar características de carácter positivo de su alrededor y de sí mismo (40).

## **Pronóstico**

Según el Ministerio de Salud (MINSA), alrededor del 50% de personas responden a la primera línea de tratamiento con monoterapia farmacológica. Mientras que el 30% faltante, responde a tratamiento con otros antidepresivos (43).

Se señala que 15% de personas con diagnóstico de depresión evolucionan a un trastorno crónico. Sin embargo, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia consigue un fundamental alivio de los síntomas de manera parcial o incluso en su totalidad, en un número importante de pacientes. Alcanzado la mejoría de síntomas se debe continuar con el tratamiento antidepresivo el tiempo prudente para así evitar probables recaídas (43).

## CAPÍTULO III

### 3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.1. HIPÓTESIS

H<sub>1</sub>: Existe asociación entre el riesgo de trastorno de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

H<sub>0</sub>: No existe asociación entre el riesgo de trastorno de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

#### 3.2. VARIABLES

**Variable dependiente: Riesgo de Trastorno de conducta alimentaria**

Definición operacional: Diagnóstico obtenido por el test de actitudes alimentarias hacia la comida (EAT -26) que evalúa la existencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

**Variable independiente: Depresión**

Definición operacional: Diagnóstico de Depresión obtenido por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), que valora los síntomas depresivos durante las últimas 2 semanas.

### 3.2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN EN CATEGORÍA
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	Características del estudiante	Sexo	Características sexuales secundarias.	0=Masculino 1=Femenino	Cualitativa nominal
		Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Edad en años cumplidos	Cuantitativa nominal
		Año de estudios	Año académico actual que se encuentra el estudiante.	1=Primer año 2=Segundo año 3=Tercer año 4=Cuarto año 5=Quinto año 6=Sexto año	Cualitativa ordinal
		Lugar de nacimiento según zona geográfica	Región natural según su nacimiento del estudiante.	0=Costa 1=Sierra 3=Selva	Cualitativa nominal
<b>RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	Probabilidad o proximidad de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Puntaje igual o mayor a 20 puntos del Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26).	0=Sí 1=No	Cualitativa nominal
<b>DEPRESIÓN</b>	Patología que afecta el ánimo con cierta disminución del humor, ocasionando daños en la parte psíquica.	Depresión	Puntaje según el Inventario de Beck- II (BDI - II), desde 0 a 63 puntos en total. 0-13 =Mínima 14-19=Leve 20-28=Moderada 29-63=Grave	0=Mínima 1=Leve 2=Moderada 3=Grave	Cualitativa nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- Según el número de observaciones, es un trabajo transversal, ya que la recopilación de los datos se hará en un solo momento.
- Según el tiempo de intervención es un trabajo retrospectivo debido a que el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ya estará presente en el momento de la investigación.

##### **4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:**

Es un trabajo de tipo correlacional, debido a que su objetivo es analizar y describir la asociación entre riesgo de los trastornos de conducta alimentaria y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.

##### **4.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Según el método epidemiológico, esta es una investigación analítica debido a que se realizará la comparación de la frecuencia del resultado de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y de depresión respectivamente.

#### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en los estudiantes de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna matriculados en el año 2023.

Esta universidad cuenta con la facultad de Ciencias de la Salud, y dentro de esta se encuentra la Escuela Profesional de Medicina Humana desde hace más de 30 años. La

Universidad Privada de Tacna está ubicada en la ciudad de Tacna, provincia Tacna, distrito de Pocollay, en la avenida Jorge Basadre Grohmann s/n.

La Escuela Profesional de Medicina Humana pertenece a la Facultad de Ciencias de la Salud, los estudiantes llevan cursos de ciencias básicas hasta el tercer año de estudio, para posteriormente pasar al área de cursos clínicos hasta el 6to año de estudios. El aprendizaje hasta el año 2022 ha sido de manera virtual debido a la pandemia del Covid-19, por lo que las clases y prácticas de cursos de ciencias básicas y clínicas fueron de manera remota. Esto ha determinado un reto desafiante para el estudiante, manifestando de esta manera diversas dificultades con respecto al equilibrio entre un buen desempeño académico y su salud mental.

### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

##### **Muestra**

<b>AÑO DE ESTUDIOS</b>	<b>ESTUDIANTES</b>	<b>MUESTRA</b>
1° AÑO	52	46
2° AÑO	102	81
3° AÑO	67	57
4° AÑO	63	54
5° AÑO	48	43
6° AÑO	52	46
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>327</b>

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde:

N = Número de estudiantes

d = 0.05 (5% de error de precisión)

Z = 1.96 (95% de confianza)

p = 0.5 (50% de probabilidad de ocurrencia estimado)

### **PRIMER AÑO MUESTRA**

$$n = \frac{52 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (52 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = 45,90$$

### **SEGUNDO AÑO MUESTRA**

$$n = \frac{102 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (102 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = 80,76$$

### **TERCER AÑO MUESTRA**

$$n = \frac{67 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (67 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = 57,17$$

### **CUARTO AÑO MUESTRA**

$$n = \frac{63 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (63 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = 54,24$$

### QUINTO AÑO MUESTRA

$$n = \frac{48 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (48 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$
$$n = 42,76$$

### SEXTO AÑO MUESTRA

$$n = \frac{52 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.05^2 \times (52 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$
$$n = 45,90$$

De este modo se determinó que para alcanzar un nivel de confianza del 95%, la muestra total debe ser de 327 estudiantes de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna durante el semestre 2023 – I. Posterior a la determinación del tamaño muestral, se debe mencionar que se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en donde ingresaron al estudio los estudiantes que aceptaban participar voluntariamente hasta completar el número mínimo detallado por cada año de estudios.

#### 4.3.1. Criterios de inclusión

- ✓ Estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Medicina Humana que estén matriculados durante el semestre 2023 – I.
- ✓ Estudiantes que acepten participar en el estudio.

#### 4.3.2. Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes que no completaron la ficha de recolección de datos.

#### **4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

##### **TÉCNICA**

Se utilizó una encuesta virtual autoaplicada a través del software gratuito “Formulario de Google”. De esta manera se envió el link de la encuesta por medio de aplicaciones de mensajería instantánea a cada uno de los estudiantes de la carrera de Medicina Humana matriculados en el semestre 2023 – I de la Universidad Privada de Tacna.

##### **INSTRUMENTOS (ver anexos)**

###### **Test de actitudes alimentarias hacia la comida (EATING ATTITUDES TEST EAT – 26)**

El test de actitudes alimentarias hacia la comida fue diseñada por Garner y Garfinkel en 1979 para la detección de la existencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria. Fue validada por Constaín et al. en el 2016 en población de jóvenes varones, y en el 2014 en población femenina de Medellín Colombia, en donde se aplicó validación tipo cultural, semántica, factorial, evaluación de confiabilidad. Se obtuvo como resultados sensibilidad del 100%, especificidad 97,8%, alfa de Cronbach de 0,89, valor predictivo positivo de 91,3% y negativo de 100% (44)(45). El EAT – 26 se subdivide 26 ítems agrupados en tres dimensiones:

- ✓ Dieta (evitamiento del alimento): Ítems 1 – 10
- ✓ Conducta bulímica y preocupación por la comida: Ítems 11 – 17
- ✓ Control oral: Ítems 18 – 26

Las respuestas se dan mediante una escala tipo Likert compuesta de 6 respuestas:

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Existen 6 opciones de respuesta: nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo y siempre. Los puntos son de 0 en caso la respuesta sean “nunca”, “raramente” y “a veces”; de 1 punto en el caso de que la respuesta sea “a menudo”, de 2 puntos con una respuesta de “muy a menudo” y 3 puntos respondiendo “siempre”. Excepto el ítem 25, ya que su puntaje se obtiene de manera opuesta, es decir 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3).

La obtención de resultados permite determinar si una persona está considerada en riesgo de adquirir trastornos de conducta alimentaria, será considerada de esta manera si obtiene una puntuación mayor o igual de 20, y por el contrario se considera sin riesgo con una puntuación menor a 20 puntos (46).

### **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

El BDI – II diseñada por Beck, Steer y Brown en 1996 es un instrumento que se basó en la evaluación de la depresión según la nueva actualización del diagnóstico del DSM-5. Fue validada por el investigador Carranza en el 2013, en una población de estudiantes universitarios de la ciudad de Lima, donde se realizó una evaluación psicométrica, descriptiva; utilizando un diseño no-experimental de carácter transversal. Se obtuvo como resultados un índice alfa de Cronbach de 0.878. Se llegó como conclusión que el BDI – II obtuvo validez de contenido y de constructo (47).

Es una prueba que consiste en evaluar la presencia y la gravedad de personas que alcanzan la adultez y jóvenes a partir de los 13 años. Está compuesto por 21 ítems que

reflejan síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos indicados por el DSM-5 y CIE-10.

Cada ítem consta de un total de 4 puntos, enumerados del 0 a 3, como única excepción los ítems 16 que abarca los cambios en el patrón de sueño y el 18 que indica los cambios en el apetito los cuales tendrán 7 categorías.

De esta manera se clasifica los resultados:

- ✓ 0-13, mínima depresión
- ✓ 14-19, depresión leve
- ✓ 20-28, depresión moderada;
- ✓ 29-63, depresión grave (48).

## **4.5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS**

### **4.5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

Para la recopilación de la información se requirió autorización al director de la Escuela Profesional de Medicina Humana para obtener los números de celulares de estudiantes que se encuentren matriculados en el semestre 2023 – I. Se procedió a enviar dicho link (<https://forms.gle/ZXtjjP2eEoJ6oUv4A>) a los estudiantes ya mencionados en los que en primer lugar se incluyó el consentimiento informado y si deseaban ser parte de esta investigación. La recolección de datos fue de manera anónima.

### **4.5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Luego de culminado la recolección de datos se hizo uso del programa Microsoft Excel versión para Windows 2021, para la elaboración de una hoja de cálculo para la tabulación de los mismos. Finalizado el desarrollo de este procedimiento se empleó

el programa IBM SPSS v.28 para en primera instancia etiquetar las variables, categorizarlas y calcular los resultados de los cuestionarios en cada caso. Posterior a ello, se realizó el análisis estadístico univariado con la presentación de tablas de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas; y bivariado en el que utilizó la prueba estadística de chi cuadrado para valoró la asociación entre las variables del estudio, considerando significativo un valor p menor a 0,05.

#### **4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El docente dictaminador de la universidad fue el encargado de aprobar el proyecto.

Posteriormente el proyecto de investigación fue evaluado por el CEI-FACSA dando su aprobación para ejecutar y así proseguir con la recolección de datos.

Los alumnos universitarios fueron debidamente notificados sobre la relevancia del estudio, pidiendo de tal manera su intervención de manera voluntaria.

Por lo que respecta a los alumnos menores de edad, se les notificó previamente de que debían tener consentimiento de sus padres de manera verbal para la realización de la encuesta.

En cuanto a la obtención de resultados se garantizó la total confidencialidad de los datos y/o respuestas de los alumnos participantes, para dicho proceso toda la información recogida será anónima.

Los resultados finales fueron tratados con fines rigurosamente científicos, protegiendo la confidencialidad de los estudiantes.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

Características sociodemográficas	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	157	47,7
Femenino	172	52,3
<b>Edad</b>		
De 17 a 18 años	25	7,6
De 19 a 20 años	62	18,8
De 21 a 22 años	93	28,3
De 23 a 24 años	87	26,4
De 25 años a más	62	18,8
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Costa	301	91,5
Sierra	22	6,7
Selva	6	1,8
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

El 47,7% de los estudiantes participantes fueron varones y el 52,3% mujeres; el grupo de edad de 17 a 18 años correspondieron al 7,6%, los de 19 a 20 años fueron el 18,8%, los de 21 a 22 años el 28,3%, de 23 a 24 años el 26,4% y los de 25 años a más fueron el 18,8%; respecto al lugar de nacimiento el 91,5% nacieron en la costa, el 6,7% en la sierra y el 1,8% en la selva.

**Tabla 2.** Distribución por año de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

<b>Año de estudios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primer año	47	14,3
Segundo año	77	23,4
Tercer año	58	17,6
Cuarto año	54	16,4
Quinto año	45	13,7
Sexto año	48	14,6
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

En relación al año de estudios de los participantes el 14,3% estaban en primer año, el 23,4% en segundo año, el 17,6% en tercer año, el 16,4% en cuarto año, el 13,7% en quinto año y el 14,6% en sexto año.

**Tabla 3.** Distribución del riesgo de trastorno de conducta alimentaria según el EAT – 26 de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

<b>Riesgo de trastorno de conducta alimentaria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin riesgo	277	84,2
Con riesgo	52	15,8
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

En relación al riesgo de trastorno de conducta alimentaria el 84,2% calificaron sin riesgo y el 15,8% con riesgo.

**Tabla 4.** Distribución del nivel de depresión según el inventario de Beck II de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

Nivel de depresión	n	%
Mínima depresión	127	38,6
Depresión leve	108	32,8
Depresión moderada	72	21,9
Depresión grave	22	6,7
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

En cuanto al grado de depresión el 38,6% tenía mínima depresión, el 32,8% depresión leve, el 21,9% depresión moderada y el 6,7% depresión grave.

**Tabla 5.** Distribución del grado de depresión según el nivel del riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

Grado de depresión	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria				Total		p
	Sin riesgo		Con riesgo		n	%	
	n	%	n	%			
Mínima depresión	122	96,1%	5	3,9%	127	100,0%	< 0,001
Depresión leve	89	82,4%	19	17,6%	108	100,0%	
Depresión moderada	55	76,4%	17	23,6%	72	100,0%	
Depresión grave	11	50,0%	11	50,0%	22	100,0%	
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>84,2%</b>	<b>52</b>	<b>15,8%</b>	<b>329</b>	<b>100,0%</b>	

De los estudiantes que tenían mínima depresión el 96,1% no tenían riesgo y el 3,9% con riesgo, de los que tenían depresión leve el 82,4% estaba sin riesgo y el 17,6%, de los que tenían depresión moderada el 76,4% estaba sin riesgo y el 23,6% tenían riesgo de trastorno de conducta alimentaria; finalmente, entre los que tenían depresión grave se distribuyeron 50,0% en las categorías con y sin riesgo.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, obtenemos un valor  $p < 0,001$ , lo que nos indica que la asociación entre las variables analizadas es muy significativa.

**Tabla 6.** Distribución de las características generales según el nivel del riesgo de trastorno de conducta alimentaria de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

Características generales	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria				Total		p
	Sin riesgo		Con riesgo		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	140	89,2%	17	10,8%	157	100,0%	0,023
Femenino	137	79,7%	35	20,3%	172	100,0%	
<b>Edad</b>							
De 17 a 18 años	22	88,0%	3	12,0%	25	100,0%	0,749
De 19 a 20 años	50	80,6%	12	19,4%	62	100,0%	
De 21 a 22 años	77	82,8%	16	17,2%	93	100,0%	
De 23 a 24 años	73	83,9%	14	16,1%	87	100,0%	
Más de 25 años	55	88,7%	7	11,3%	62	100,0%	
<b>Nacimiento</b>							
Costa	254	84,4%	47	15,6%	301	100,0%	0,904
Sierra	18	81,8%	4	18,2%	22	100,0%	
Selva	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%	

<b>Año de estudio</b>						
Primer año	39	83,0%	8	17,0%	47	100,0%
Segundo año	67	87,0%	10	13,0%	77	100,0%
Tercer año	52	89,7%	6	10,3%	58	100,0%
Cuarto año	40	74,1%	14	25,9%	54	100,0%
Quinto año	37	82,2%	8	17,8%	45	100,0%
Sexto año	42	87,5%	6	12,5%	48	100,0%
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>84,2%</b>	<b>52</b>	<b>15,8%</b>	<b>329</b>	<b>100,0%</b>

0,262

De los varones el 10,8% tuvo riesgo de TCA y de las mujeres el 20,3%; de los grupos de edad el que mayor porcentaje de riesgo tuvo fue el de 19 a 20 años, seguido por el de 21 a 22 años con 19,4% y 17,2% respectivamente; los estudiantes que nacieron en la sierra fueron los que presentaron mayor riesgo con el 18,2%; y respecto al año de estudios el orden en mayor frecuencia de riesgo fue el estar en cuarto año, quinto y primer año con 25,9%, 17,8% y 17,0% respectivamente.

Al evaluar la asociación de las variables mediante la prueba de chi cuadrado, encontramos que sólo el sexo presenta asociación estadísticamente significativa con el riesgo de TCA ( $p = 0,023$ ).

**Tabla 7.** Distribución de las características generales según el nivel el grado de depresión de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre 2023 – I.

Características generales	Grado de depresión								Total	p	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>											
Masculino	60	38,2%	50	31,8%	35	22,3%	12	7,6%	157	100,0%	0,910
Femenino	67	39,0%	58	33,7%	37	21,5%	10	5,8%	172	100,0%	
<b>Edad</b>											
De 17 a 18 años	5	20,0%	9	36,0%	9	36,0%	2	8,0%	25	100,0%	0,406
De 19 a 20 años	25	40,3%	17	27,4%	18	29,0%	2	3,2%	62	100,0%	
De 21 a 22 años	38	40,9%	35	37,6%	14	15,1%	6	6,5%	93	100,0%	
De 23 a 24 años	32	36,8%	27	31,0%	20	23,0%	8	9,2%	87	100,0%	
Más de 25 años	27	43,5%	20	32,3%	11	17,7%	4	6,5%	62	100,0%	
<b>Nacimiento</b>											
Costa	118	39,2%	103	34,2%	66	21,9%	14	4,7%	301	100,0%	0,001
Sierra	7	31,8%	4	18,2%	6	27,3%	5	22,7%	22	100,0%	
Selva	2	33,3%	1	16,7%	0	0,0%	3	50,0%	6	100,0%	
<b>Año de estudios</b>											
Primer año	13	27,7%	13	27,7%	19	40,4%	2	4,3%	47	100,0%	0,001
Segundo año	34	44,2%	26	33,8%	14	18,2%	3	3,9%	77	100,0%	
Tercer año	25	43,1%	21	36,2%	7	12,1%	5	8,6%	58	100,0%	
Cuarto año	15	27,8%	26	48,1%	9	16,7%	4	7,4%	54	100,0%	
Quinto año	16	35,6%	17	37,8%	11	24,4%	1	2,2%	45	100,0%	
Sexto año	24	50,0%	5	10,4%	12	25,0%	7	14,6%	48	100,0%	
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>38,6%</b>	<b>108</b>	<b>32,8%</b>	<b>72</b>	<b>21,9%</b>	<b>22</b>	<b>6,7%</b>	<b>329</b>	<b>100,0%</b>	

Los estudiantes de sexo masculino tuvieron en el 38,2% de los casos mínima depresión y depresión leve en el 31,8%, depresión moderada en el 22,3% y depresión grave en el 7,6%, las mujeres tuvieron 39,0% de depresión mínima, 33,7% de depresión leve, 21,5% depresión moderada y 5,8% depresión grave; en relación a los grupos de edad los que tuvieron mayor porcentaje de depresión grave fueron los que tenían de 23 a 24 años, seguido de los que tenían de 17 a 18 años y los que tenían mayor porcentaje de depresión mínima fueron los de 25 años a más con 43,5%; de los nacidos en la costa el 39,2% tenían depresión mínima, el 34,2% depresión leve, el 21,9% depresión moderada, el 4,7% depresión grave, de los que nacieron en la sierra el 31,8% depresión mínima, el 18,2% depresión leve, el 27,3% depresión moderada, el 22,7% depresión grave, de los que nacieron en la selva el 33,3% depresión mínima, el 16,7% depresión leve y el 50,0% depresión grave; respecto al año de estudios los alumnos que estaban en sexto año son los que mayor frecuencia de depresión grave presentaron con 14,6%, seguido de los que estaban en tercer año con el 8,6%; asimismo, el 50,0% de los de sexto año tuvieron depresión mínima, siendo los más frecuentes en esta categoría, seguidos de los estudiantes de segundo año con 44,2%.

Al evaluar las variables con la prueba estadística de chi cuadrado, encontramos que el lugar de nacimiento y el año de estudios resultaron tener una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,001$  en ambos casos) en relación al grado de depresión.

## DISCUSIÓN

Los estudiantes de medicina a menudo se enfrentan a una carga académica y emocional abrumadora, lo que puede llevar a altos niveles de estrés y presión. Esta presión puede desencadenar o exacerbar trastornos de conductas alimentarias, como la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracón. Estos trastornos, a su vez, están relacionados con el desarrollo de la depresión.

La depresión en estudiantes de medicina puede manifestarse con síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas, cambios en el apetito y el sueño, falta de concentración y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas pueden verse agravados por la presencia de un trastorno de conductas alimentarias, lo que crea un ciclo negativo que afecta tanto la salud física como mental de los estudiantes.

En la presente investigación la población estudiada fueron 329 estudiantes de medicina de los seis años que involucran el pregrado, excluyendo los estudiantes que estaban cursando el año de internado médico. La cantidad de participantes de esta investigación es superior a estudios como el de Silva do Nascimento (10) con 271, Bizri (12) con 124, Dávila Trinidad (16) con 167 o Flores KA (18) con 264, pero apenas sería la tercera parte de la población estudiada por Arbúes R (11) que evaluó a 1055 estudiantes.

En relación al sexo, poco menos de la mitad de estudiantes fueron de sexo masculino; más de la mitad de participantes oscilan entre edades de 21 a 24 años (media de 22,5 años) y nueve de cada diez estudiantes nacieron en alguna ciudad ubicada en la costa del país. Similar distribución en relación al sexo tuvo el estudio de Bizri (12), pero contrario al estudio de Silva do Nascimento (10) que tuvo seis mujeres por cada diez participantes; sin embargo, esta última investigación mencionada tuvo una media de edad similar a la nuestra.

En relación al riesgo de trastorno de conducta alimentaria, aproximadamente el 15% de los estudiantes presentaron riesgo. En este sentido, los estudios revisados presentan similares reportes entre 13% y 18% de riesgo (11,12,13), menores porcentajes de riesgo entre 7% y 8% (10,18) y también mayor riesgo en la población estudiada, como el de Dávila Trinidad (16) con casi 24%.

El grado de depresión en los estudiantes tuvo casi en un 40% una calificación de mínima; sin embargo, también es importante mencionar que de grado moderado resultaron poco más del 20% y que casi el 10% con depresión grave. Estos resultados difieren con lo reportado con Siva do Nascimento (10), en el que indica que menos del 20% de su población estudiada tiene depresión; pero nuestros resultados son similares a los de Dávila Trinidad (16) que indicó que el 48% de su población tenían una marcada depresión.

Finalmente, al comparar porcentualmente nuestros resultados de las variables principales de este estudio, encontramos un aumento del riesgo a medida que se incrementaba el grado de depresión. Lo que se demuestra al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, que indica que existe una asociación muy significativa entre las variables. Este hallazgo es concluyente y acorde a la literatura revisada, ya que los estudios de Chan, Dávila Trinidad, Rivera González y Flores KA (13,16,17,18) refrendan esta relación. Inclusive, el estudio de Jiménez Segura (15) indica que es una correlación (fuerza de asociación) de carácter fuerte. También es importante mencionar que el estudio revisado con la mayor población reporta que encontró no sólo una relación entre TCA y depresión sino entre la alimentación no saludable y la depresión; es decir, un escalón considerado por muchos no patológico (a pesar que si lo es) ya está relacionado con la presencia de este importante problema en la salud mental de los estudiantes universitarios. De este estudio, entonces se desprende en base a los resultados y antecedentes relacionados, la posibilidad de apoyar no sólo la importancia de la salud mental, sino también la importancia de una cultura de estilos de vida saludable, que en los últimos años quedaba inmersa sólo como recomendación de trabajos relacionados al área de enfermedades no transmisibles.

Finalizado el estudio se deben determinar ciertas limitaciones que tendrían que tomarse en cuenta a la interpretación de los resultados de esta investigación. En primer lugar, la totalidad de los resultados fueron autoinformados, lo cual podría ocasionar un sesgo de recuerdo. A pesar de ello, la utilización de escalas autoinformadas para medir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria y grado de depresión es frecuente por su provecho en cuanto a bajo costo. En segundo lugar, este fue un estudio transversal, por lo que no se pudo observar el cambio en el tiempo a raíz de la evaluación realizada a los alumnos (al ser informados de sus hallazgos habría la posibilidad de generar cambios). En tercer lugar, existe la posibilidad de que los resultados de la investigación no se puedan generalizar a otras habitantes. Ya que las variables evaluadas dependen mucho del entorno y ambiente social en el que se desenvuelve cada sujeto. En cuarto lugar, sólo se consideró evaluar la relación entre dos variables, que, si bien son importantísimas, en su desarrollo o complicación clínica están inmersos otros factores igual de importantes y que pueden ser perfectamente variables de estudio o confusores. Por último, se debe indicar la posibilidad de sesgo de autoselección inherente al estudio. Era probable que los alumnos que se sientan “con menos probabilidad de tener depresión” (variable que lleva implícita un gran impacto) prefirieran por contestar los cuestionarios para incorporarse al estudio.

## CONCLUSIONES

1. De los estudiantes que tenían mínima depresión el 3,9% tenían riesgo de TCA, de los que tenían depresión leve el 17,6%, de los que tenían depresión moderada el 23,6% tenían riesgo y, entre los que tenían depresión grave se distribuyeron 50,0% en las categorías con y sin riesgo. Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, obtenemos un valor  $p < 0,001$ , lo que nos indica que la asociación entre las variables analizadas es muy significativa.
2. El 84,2% no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el 15,8% sí.
3. El 38,6% de los estudiantes de medicina tenía mínima depresión, el 32,8% depresión leve, el 21,9% depresión moderada y el 6,7% depresión grave.
4. El 47,7% de los estudiantes participantes fueron varones; el grupo de edad de 21 a 22 años con el 28,3%, seguido de los que tenían 23 a 24 años con el 26,4% fueron los de mayor porcentaje; respecto al lugar de nacimiento el 91,5% nacieron en la costa.
5. Los estudiantes de sexo masculino tuvieron en el 38,2% de los casos mínima depresión y depresión leve en el 31,8%, depresión moderada en el 22,3% y depresión grave en el 7,6%.
6. En cuanto al año de estudios, alumnos de cuarto año obtuvieron el mayor número y porcentaje siendo de riesgo de trastorno de conducta alimentaria 25,9%; mientras que, en cuanto a los casos de depresión grave, fueron los alumnos de sexto año con 14,6%.

## RECOMENDACIONES

1. Establecer un entorno de apoyo: Los estudiantes de medicina necesitan un ambiente de estudio y trabajo saludable que promueva el bienestar emocional y hábitos alimentarios adecuados. La universidad en base a los resultados de este estudio podría fortalecer los servicios de tutoría y consejería, apoyo psicológico y promover la formación de un área de salud mental. Además, es importante fomentar una cultura de apoyo entre los compañeros, donde se promueva el diálogo abierto y se reduzca el estigma asociado con los problemas de salud mental.
2. Incentivar a que se pueda realizar una investigación exhaustiva en la misma población estudiantil para determinar las múltiples causas de TCA, además de especificar los diversos tipos: como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, siendo estas las más frecuentes. Contando con estos resultados poder tomar las medidas preventivas adecuada a favor del bienestar de los alumnos.
3. La depresión y los trastornos de conducta alimentaria son patologías que no deben ser tomadas a la ligera, por ello la recomendación personal sería organizar una conferencia a cargo de médicos psiquiatras docentes de nuestra universidad con el fin de explicar las diversas formas de solicitar ayuda profesional, como los centros de salud mental comunitarios donde se ofrece una atención integral por un equipo de profesionales capacitados.
4. Realizar por medio del equipo de salud que labora en el tópico de la universidad una evaluación mediante diversos tests para detectar a los estudiantes que requieran tratamiento médico y psicológico, sobre todo los que son corren riesgo de autolesionarse, y ocupan el mayor porcentaje de gravedad, tanto en riesgo de TCA como en depresión grave, enfocado en estudiantes masculinos con depresión grave, de sus respectivos años académicos. De esta manera contrarrestar los hallazgos de este estudio para que puedan se les brinde la ayuda de manera oportuna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILERA MORENO L. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/228656466-Facultad-de-trabajo-social.html>
2. LOZADA TRIANA L. CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO UNIVERSITARIO [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1587>
3. Torres CFP, Espinoza KAT, Perez CES, Condori LFV, Aguilar JRC, Rondán ÁRT. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD DE PERÚ. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 27 de septiembre de 2017 [citado 25 de mayo de 2023];43(4). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/824>
4. Vilca Cotacallapa D de la F. Trastornos de la conducta alimentaria. prevalencia y características clínicas en adolescentes del Centro Pre Universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP\\_fd8451c64b97269b87d9810f8154aeea](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP_fd8451c64b97269b87d9810f8154aeea)
5. Cerquera Plaza MF. Prevalencia y factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de primer semestre - cohorte 2010 - de la carrera Nutrición y Dietética de la Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá. 9 de junio de 2020 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/49705>
6. Ramírez Ríos SC. Incremento de anorexia en adolescentes de 15 a 19 años de edad pertenecientes al sector socio económico A-B de Lima Metropolitana,

como consecuencia del fenómeno influencer en Instagram. 2019 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/d4da1106-113d-4fce-a6fc-abe7aad2f804>

7. Paredes Benites JK. Asociación entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes de medicina durante aislamiento social. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2020 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6901>

8. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA - MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_440\\_TCA\\_Cataluya.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf)

9. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO Y DEL TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc\\_episodio\\_depresivo\\_adultos.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf)

10. Nascimento VS do, Santos AVD, Arruda SB, Silva GA da, Cintra JD de S, Pinto TCC, et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. *Einstein Sao Paulo Braz.* 2020;18:eAO4908.

11. Ramón Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp.* diciembre de 2019;36(6):1339-45.

12. Bizri M, Geagea L, Kobeissy F, Talih F. Prevalence of Eating Disorders Among Medical Students in a Lebanese Medical School: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:1879-87.

13. Chan YL, Samy AL, Tong WT, Islam MA, Low WY. Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors. *Asia Pac J Public Health*. 1 de septiembre de 2020;32(6-7):334-9.
14. Ortiz Estrella ALO. Factores de Riesgo que favorecen Trastornos Alimentarios en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro. diciembre de 2016 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/670>
15. Segura BJ, Judith A, Manayay BM, Takky LZ. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADAS AL TRASTORNO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2023. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10842/Jimenez%20Segura%2c%20Alexandra%20%26%20Marlo%20Manayay%2c%20Liang.pdf?sequence=11&isAllowed=y>
16. Dávila Trinidad DJ. RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA EN EL AÑO 2021. *Univ Ricardo Palma [Internet]*. 2023 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6293>
17. Rivera Gonzales AL, Camacho Gómez WDC, Reynoso Caballero MR, Lazo Canales S. Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana, 2021. *Univ Peru Cienc Apl UPC [Internet]*. 15 de febrero de 2023 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/667432>
18. Flores karen LA, Yuca KEA, Phuyo leyla F, Figueroa BT. Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019. *Yachay - Rev*

Científico Cult. 12 de diciembre de 2019;8(1):550-2.

19. Pérez Rodríguez A. Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2017 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=149085>
20. Guerrero-Castellón MP, Barajas-Cortés LL, Aguiar-Fuentes EG, Negrete-Castellanos MA, Gutiérrez-Rojo JF. Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Rev Tamé. 7 de febrero de 2020;7.8(23):951-5.
21. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - REVISIÓN DE TEMA [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.osecac.org.ar/ARCHIVOS/CLI\\_RNT\\_51\\_TRASTORNOS\\_DE\\_LA\\_CONDUCTA\\_ALIMENTARIA\\_160.PDF](https://www.osecac.org.ar/ARCHIVOS/CLI_RNT_51_TRASTORNOS_DE_LA_CONDUCTA_ALIMENTARIA_160.PDF)
22. Gismero González E. Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. Rev Psicoter. 2020;31(115):33-47.
23. Olarte Jimenez ML. Influencia sociocultural como predisponente a trastornos de conducta alimentaria en mujeres de 17 a 25 en carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016 [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24466>
24. LÓPEZ HERRERA I. FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD EN TCA [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/93072733-Factores-de-riesgo-y-vulnerabilidad-en-tca.html>
25. González Gómez J, Madrazo del Río-Hortega I, Gil Camarero E, Carral Fernández L, Benito González M del P, Calcedo Giraldo JG, et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la

Comunidad de Cantabria. REV MED VALDECILLA 201721 [Internet]. mayo de 2017 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/13792>

26. OMS. SALUD - OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

27. Salas Ramos HP. Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de secundaria de una Institución Educativa Estatal, Los Olivos 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7398>

28. Castelao Naval MO. Estudio del estilo de vida y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de ciencias de la salud [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Europea de Madrid; 2017 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157434>

29. Trastornos por atracón | SETCA [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.setcabarcelona.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2/que-tratamos/trastornos-por-atracon/>

30. SÁNCHEZ CRESPO C, BLANCO FERNÁNDEZ MA. Intervención en un caso clínico de Trastorno por Atracón. Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2376/SANCHEZ%20CRESPO%20Maria%20Del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2017;28(6):893-900.

32. MUÑOZ CALVO MT. Complicaciones crónicas de los trastornos del comportamiento alimentario – Adolescere SEMA [Internet]. [citado 25 de mayo de

2023]. Disponible en: <https://www.adolescere.es/complicaciones-cronicas-de-los-trastornos-del-comportamiento-alimentario/>

33. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

34. Depresión - OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

35. Corea del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Médica Hondureña. 3 de mayo de 2021;89(Supl.1):46-52.

36. Instituto Peruano de Orientación Psicológica. Tendencias de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú [Internet]. Instituto Peruano de Orientación Psicológica. 2020 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://ipops.pe/depresion\\_en\\_peru/](https://ipops.pe/depresion_en_peru/)

37. Factores de riesgo, protectores y evaluación de la depresión mayor - SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA [Internet]. GuíaSalud. 2020 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-factores-riesgo/>

38. Bresolin JZ, Dalmolin G de L, Vasconcellos SJL, Barlem ELD, Andolhe R, Magnago TSB de S. Síntomas depresivos en estudiantes universitarios del área de la salud. Rev Lat Am Enfermagem. 14 de febrero de 2020;28:e3239.

39. Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos - SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA [Internet]. GuíaSalud. 2020 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>

40. Schnaas F. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171e.pdf>

41. Betancor ÁET, Gonzalez Vicent G. LA DEPRESIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA: UNA REVISIÓN TEÓRICA. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19465/LA%20DEPRESION%20DESDE%20LA%20PSICOLOGIA%20POSITIVA%20UNA%20REVISION%20TEORICA.pdf?sequence=1>
42. PÉREZ ESPARZA R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007)
43. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DEPRESIÓN - MINSA PERÚ [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
44. Constaín GA, Rodríguez-Gázquez M de los Á, Ramírez Jiménez GA, Gómez Vásquez GM, Mejía Cardona L, Cardona Vélez J. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 1 de abril de 2017;49(4):206-13.
45. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez M de los Á, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2014;46(6):283-9.
46. Cañardo Yebra A, Tosat Mancho C. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/85813/files/TAZ-TFG-2019-525.pdf>
47. Esteban RFC. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck universitarios de Lima. *Rev Psicol Trujillo*. 30 de diciembre de

2013;15(2):170-82.

48. Sánchez-Villena AR, Cedrón EF. Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en Universitarios Cajamarquinos. *Interacciones Rev Av En Psicol* [Internet]. 2019 [citado 25 de mayo de 2023];5(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5605/560567815003/html/>

## **ANEXOS**

### **ANEXO 01**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado estudiante de medicina, usted ha sido seleccionado para participar en el estudio denominado “ASOCIACIÓN ENTRE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL SEMESTRE 2023 – I”.

El objetivo del estudio es determinar la asociación entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina humana de la UPT en el presente semestre.

Con los resultados esperados se desea ayudar a identificar y generar estrategias que promuevan el bienestar mental. La decisión de participar en este estudio es voluntaria, lo que significa que es libre de elegir si desea o no participar en el estudio. Usted puede negarse a participar si así lo desea. Este estudio no representa riesgo para su salud o integridad. Los beneficios que se tendrán serán a largo plazo, de encontrarse algún resultado positivo se le comunicara al término del estudio.

Sus respuestas serán tratadas de forma estrictamente confidencial y no se divulgarán de manera individualizada. Solo los investigadores tendrán acceso a los datos recopilados y estos se utilizarán exclusivamente para los fines de esta investigación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el investigador a través de los siguientes medios de comunicación:

Nombre del investigador: María Victoria Montesinos Sagredo

Correo electrónico: [mvms96@gmail.com](mailto:mvms96@gmail.com)

- Sí acepto
- No acepto

## ANEXO 02

### Test de actitudes alimentarias hacia la comida (EATING ACTITUDES TEST EAT – 26)

Nº	ÍTEMS	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
<b>Dimensión: Dieta</b>							
1	Me angustia la idea de estar demasiado gorda.						
2	Procuro no comer cuando tengo hambre.						
3	La comida es para mí una preocupación habitual.						
4	He sufrido crisis de atracón en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6	Conozco la cantidad de las calorías de los alimentos que como.						
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papa).						
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.						
9	Vomito después de comer.						
10	Me siento muy culpable después de comer.						
<b>Dimensión: Conducta Bulímica y preocupación por la comida</b>							
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.						
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado.						
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo.						

15	Tardo más tiempo que los demás en comer.						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17	Consumo alimentos dietéticos.						
<b>Dimensión Control oral</b>							
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.						
19	Me controlo en la cantidad de las comidas.						
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.						
21	Paso demasiado tiempo pensando en la comida.						
22	No me siento bien después de haber comido dulces.						
23	Me comprometo a hacer dieta.						
24	Me gusta sentir el estómago vacío.						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.						

## ANEXO 03

### Inventario de depresión de Beck

ÍTEMS	
<b>1. Tristeza</b>	
No me siento triste.	0
Me siento triste gran parte del tiempo.	1
Me siento triste todo el tiempo.	2
Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.	3
<b>2. Pesimismo</b>	
No estoy desalentado respecto al futuro.	0
Me siento más desalentado respecto al futuro que lo que solía estarlo.	1
No espero que las cosas funcionen para mí.	2
Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.	3
<b>3. Fracaso</b>	
No me siento como un fracasado.	0
He fracasado más de lo que hubiera debido.	1
Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	2
Siento que como persona soy un fracaso total.	3
<b>4. Pérdida de placer</b>	
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.	0
No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	1
Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	2
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	3
<b>5. Sentimientos de culpa</b>	
No me siento particularmente culpable.	0
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	1
Me siento culpable la mayor parte del tiempo.	2
Me siento culpable todo el tiempo.	3
<b>6. Sentimientos de castigo</b>	
No siento que esté siendo castigado.	0
Siento que tal vez pueda ser castigado.	1
Espero ser castigado.	2
Siento que estoy siendo castigado.	3
<b>7. Disconformidad con uno mismo</b>	
Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	0

He perdido la confianza en mí mismo.	1
Estoy decepcionado conmigo mismo.	2
Me detesto.	3
<b>8. Autocrítica</b>	
No me critico ni me culpo más de lo habitual.	0
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	1
Me critico a mí mismo por todos mis errores.	2
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	3
<b>9. Pensamientos o deseos suicidas</b>	
No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
A veces pienso en suicidarme pero no lo cometería.	1
Desearía suicidarme.	2
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	3
<b>10. Llanto</b>	
No lloro más de lo que solía llorar.	0
Ahora lloro más que antes.	1
Lloro continuamente.	2
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3
<b>11. Agitación</b>	
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	0
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	1
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	2
Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	3
<b>12. Pérdida de interés</b>	
No he perdido el interés en otras actividades o personas.	0
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	1
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	2
Me es difícil interesarme por algo.	3
<b>13. Indecisión</b>	
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	0
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	1
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	2
Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	3
<b>14. Desvalorización</b>	
No siento que yo no sea valioso.	0
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	1
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	2
Siento que no valgo nada.	3
<b>15. Pérdida de energía</b>	
Tengo tanta energía como siempre.	0
Tengo menos energía que la que solía tener.	1

No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	2
No tengo energía suficiente para hacer nada.	3
<b>16. Cambios en los hábitos de sueño</b>	
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	0
Duermo un poco más que lo habitual.	1a
Duermo un poco menos que lo habitual.	1b
Duermo mucho más que lo habitual.	2a
Duermo mucho menos que lo habitual.	2b
Duermo la mayor parte del día.	3a
Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	3b
<b>17. Irritabilidad</b>	
No estoy tan irritable que lo habitual.	0
Estoy más irritable que lo habitual.	1
Estoy mucho más irritable que lo habitual.	2
Estoy irritable todo el tiempo.	3
<b>18. Cambios en el apetito</b>	
No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	0
Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	1a
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	1b
Mi apetito es mucho menor que antes.	2a
Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	2b
No tengo apetito en absoluto.	3a
Quiero comer todo el día.	3b
<b>19. Dificultad de concentración</b>	
Puedo concentrarme tan bien como siempre.	0
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	1
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	2
Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	3
<b>20. Cansancio o fatiga</b>	
No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	0
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	1
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	2
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	3
<b>21. Pérdida de interés en el sexo</b>	
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	0
Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estarlo.	1
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	2
He perdido completamente mi interés por el sexo.	3