



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Trabajo Académico

Asociación entre trastorno conducta alimentaria y depresión en adolescentes del centro de salud mental comunitario Honorio Delgado de Lima Perú en el periodo de enero a julio del 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autora: Cruz Villavicencio, Naida


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8712-6997>

Asesor: Dr. Pinares Carrillo, Hernan Daniel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4022>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, **CRUZ VILLAVICENCIO NAIDA**, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“asociación entre trastorno conducta alimentaria y depresión en adolescentes del centro de salud mental comunitario honorio delgado de lima Perú en el periodo de enero a julio del 2025”** Asesorado por el docente: **Doctor Mg. Hernan Pinares Carrillo**, DNI 41960747 ORCID: **0000-0003-1576-4022** tiene un índice de similitud de (12%) (doce) % con código OID: 14912:568351036 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Nombres y apellidos del Egresado
CRUZ VILLAVICENCIO NAIDA
 DNI: 47827849



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
PINARES CARRILLO HERNAN
 DNI: 41960747

Dedicatoria

Este logro también es para mí, porque se cuanto me ha costado llegar hasta aquí, porque no me rendí, incluso en los momentos más difíciles. Porque crecí, aprendí y avance paso a paso y a mi familia, mi refugio, mi fuerza y mi mayor inspiración gracias por su amor incondicional por cada palabra de aliento por estar presentes en cada etapa de este camino.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia por su apoyo constante, a mi asesor por su guía y paciencia a quienes, dé una u otra forma, contribuyeron a la realización de este proyecto.

Jurados

Presidente:

Secretario:

Vocal:

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice de contenido	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
1. EL PROBLEMA	1
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria	8
2.2.2. Depresión.....	12
3. Metodología.....	40
3.1. Método de la investigación.....	40
3.2. Enfoque de la investigación	41
3.3. Tipo de investigación.....	41
3.4. Diseño de la investigación.....	41
3.5. Población, muestra y muestreo.....	42
3.6. Variables y operacionalización	43
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.7.1. Técnica	45
3.7.2. Descripción de instrumentos	45
3.7.3. Validación	46
3.7.3. Confiabilidad	48
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	48
3.9. Aspectos éticos	49
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	50
4.1. Cronograma de actividades	50
4.2. Presupuesto.....	51
5. REFERENCIAS	53
ANEXOS.....	58
Anexo 1. Matriz de consistencia	59
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos	60

Resumen

El estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, 2025. Se sustenta en la teoría del control psicológico de Crisp y la teoría cognitiva de la depresión de Beck, que explican las interacciones entre cogniciones negativas, vulnerabilidad emocional y comportamientos alimentarios. El enfoque es cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal correlacional. La muestra está constituida por 100 adolescentes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizarán dos instrumentos: la Escala EAT-26 y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), validados mediante revisión de expertos y probados para su confiabilidad con el alfa de Cronbach. Los datos se procesarán y analizarán mediante pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, como el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según la distribución de los datos. El estudio es justificado por la alta prevalencia de comorbilidad entre TCA y depresión en adolescentes, y busca aportar evidencia científica que permita el desarrollo de intervenciones clínicas más efectivas en el contexto local, mejorando la salud mental de esta población vulnerable.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, depresión, adolescentes, correlación, salud mental.

Abstract

The study aims to determine the relationship between eating behavior disorders and depression in adolescents at the Honorio Delgado Community Mental Health Center in Lima, 2025. It is grounded in Crisp's psychological control theory and Beck's cognitive theory of depression, which explain the interactions between negative cognitions, emotional vulnerability, and eating behaviors. The research adopts a quantitative approach, employing a non-experimental, cross-sectional correlational design. The sample consists of 100 adolescents selected through non-probabilistic convenience sampling. Two instruments will be used: the EAT-26 scale and the Beck Depression Inventory (BDI-2), both validated through expert review and tested for reliability using Cronbach's alpha. Data will be processed and analyzed using descriptive and inferential statistical tests, such as Pearson or Spearman correlation coefficients, depending on the data distribution. The study is justified by the high prevalence of comorbidity between eating disorders and depression in adolescents, and it seeks to provide scientific evidence to support the development of more effective clinical interventions in the local context, thereby improving the mental health of this vulnerable population.

Keywords: eating disorders, depression, adolescents, correlation, mental health.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud pública por las múltiples complicaciones que implican, siendo los adolescentes una población vulnerable por encontrarse en una etapa de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya alerta de que trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia o el trastorno por atracones deterioran la salud general de esta población, interfiriendo en su desarrollo físico, mental y social (1) en una espiral ascendente. En Latinoamérica se ha informado de un incremento de conductas alimentarias perjudiciales, las cuales se ven afectadas por factores socioculturales, familias disfuncionales y estrés.

Un ejemplo de ello lo vivimos en Honduras durante la emergencia sanitaria por COVID-19, donde el 65% de los adolescentes modificaron sus hábitos alimentarios para mal, aumentando un 40% los TCA en comparación con periodos anteriores (2). Y no estamos exentos de esta situación en el Perú: estudios recientes en Lima Metropolitana hallaron que el 64% de estudiantes universitarios presentaban hábitos alimentarios riesgosos. Esta situación se ve también en adolescentes y jóvenes en contextos educativos y sociales diversos (3).

En lo que se refiere a la salud mental, la depresión es uno de los principales problemas en la adolescencia y su causa principal es la discapacidad en esta etapa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 1 de cada 7 adolescentes en el mundo tiene algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión uno de los más frecuentes. Esto puede llevar al aislamiento social, dificultades escolares e ideas suicidas (4). A nivel nacional, varios estudios han informado la alta prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes. En Santa Anita, por ejemplo, se halló que el 68% de los adultos con TAE también tenía depresión severa, generalmente relacionada con el hambre emocional (5). Igualmente, entre estudiantes de medicina en Tacna, el 40% presentó síntomas clínicos de depresión, patrón que se repite en el ámbito educativo (6).

Algunos estudios han hallado una asociación entre los TCA y la depresión, y que la comorbilidad de ambos empeora su gravedad clínica. En adolescentes mexicanos, 61% de los que tienen síntomas depresivos también presentan alteraciones en la alimentación

(7). Similar situación se encontró en Lambayeque, donde el 70% de los internos de medicina tuvieron riesgo de trastorno de la alimentación relacionado con síntomas depresivos clínicos, existiendo asociación entre ambas dimensiones de la salud mental (8). Esta comorbilidad interfiere con la adherencia al tratamiento, aumenta las tasas de recaída y deteriora la calidad de vida de las personas que la sufren.

La bulimia con frecuencia coexiste con trastornos de la personalidad del grupo B, especialmente el trastorno límite y el histriónico (Echeburúa, Marañón & Grijalvo, 2002). La presencia de una patología dual, entendida como la coexistencia de una adicción junto con otro trastorno psicológico, incrementa la complejidad del tratamiento y reduce las expectativas de recuperación. (9) Esto se explica por la dificultad que supone intervenir de manera simultánea en dos condiciones clínicas que se influyen mutuamente.

Asimismo, se ha identificado que durante esta etapa del desarrollo los adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos distintos a la depresión, especialmente los relacionados con la conducta alimentaria. (Losada, 2015). (10). Entre estos se incluyen prácticas como realizar dietas restrictivas, una preocupación excesiva por la delgadez y la inducción del vómito

Jóvenes con trastornos alimenticios y síntomas depresivos son frecuentes en el Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima. Si bien los datos no están publicados, en nuestros registros internos vemos que aproximadamente el 45% de los adolescentes atendidos tiene patrones alimentarios alterados y, de ellos, aproximadamente el 60% presenta cuadros depresivos de moderados a severos. Estas situaciones se complican por determinantes estructurales como la inseguridad económica, los conflictos familiares y la ausencia de una red de apoyo, que dificultan la recuperación y la continuidad terapéutica.

En este contexto clínico y social es necesario indagar la asociación entre trastornos de la alimentación y depresión en adolescentes atendidos en este centro de salud mental, para proporcionar evidencia que apoye la intervención y la toma de decisiones en enfermería especializada en salud mental.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, en el periodo de enero a julio del 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la asociación entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes ?
- b) ¿Cuál es la asociación entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes ?
- c) ¿Cuál es la asociación entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes ?
- d) ¿Cuál es la asociación entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes ?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, en el periodo de enero a julio del 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar la asociación entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.
- b) Identificar la asociación entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.
- c) Identificar la asociación entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.
- d) Identificar la asociación entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Esta investigación se apoya en tres marcos teóricos complementarios para explicar los mecanismos subyacentes de comorbilidad entre trastornos de la alimentación y depresión. Inicialmente, la teoría cognitiva de Aaron Beck propone que los esquemas negativos (sobre uno mismo, el mundo y el futuro) predisponen a los síntomas depresivos, los cuales influyen en la percepción distorsionada de la imagen corporal y los hábitos alimentarios.

En segundo lugar, el modelo vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring plantea que algunas personas están genética o psicológicamente predispuestas a desarrollar trastornos mentales (como depresión o trastornos de la alimentación) en respuesta a sucesos ambientales estresantes. El modelo de regulación emocional de James Gross plantea que las dificultades para regular emociones intensas llevan a desarrollar conductas alimentarias alteradas y deterioro del estado de ánimo.

1.4.2. Metodológica

Desde una mirada cuantitativa, el estudio es de diseño correlacional, permitiendo el análisis estadístico de la relación entre los TCA y los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes. Esta metodología es apropiada para hacer asociaciones entre factores psicoemocionales sin manipulación, por razones éticas en el trabajo con adolescentes en contextos clínicos.

Para la recolección de datos se emplearán instrumentos estandarizados en población peruana: Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Ambas cuentan con buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez para medir los constructos de estudio.

1.4.3. Práctica

Los hallazgos de esta investigación beneficiarán a los equipos interdisciplinarios que trabajan la salud mental del adolescente, específicamente al personal de enfermería en salud mental y psiquiatría. El conocimiento de la asociación entre TCA y depresión mejorará los esfuerzos de cribado clínico, guiará la intervención temprana y adaptará los planes de tratamiento.

Además, los resultados podrán mejorar continuamente las prácticas asistenciales, incluyendo criterios diagnósticos holísticos y desarrollando programas de acompañamiento emocional enfocados en las necesidades del adolescente. La divulgación de la información producida en alianza con instituciones del sector salud y educativo permitirá la toma de decisiones basada en evidencia para políticas y acciones de prevención, detección temprana y promoción del bienestar psicoemocional en esta población vulnerable.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se llevará a cabo en el segundo semestre del año 2025, de julio a diciembre. Esta etapa implica la planificación, la recogida de datos, el análisis estadístico y la interpretación de los resultados, garantizando la viabilidad operativa del proyecto en los plazos académicos y asistenciales establecidos.

1.5.2. Espacial

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado, ubicado en la ciudad de Lima. Este espacio institucional proporciona un ambiente clínico especializado y estandarizado que permite el acceso a información confiable, la aplicación de instrumentos de evaluación y las condiciones apropiadas para realizar una investigación segura, confidencial y pertinente al contexto.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La unidad de análisis serán adolescentes con diagnóstico clínico de TCA que son atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado en el periodo de enero a julio del 2025. Esta restricción poblacional permite dirigir la investigación a un grupo clínicamente determinado y homogéneo, lo que permite explorar la asociación entre los TCA y la sintomatología depresiva de forma más precisa. Además, el abordaje en esta población apoyará la generación de conocimiento aplicable a otros contextos de atención en salud mental.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Espinosa (11) en el año (2020) halló una asociación entre trastornos de la alimentación y depresión en estudiantes de preparatoria de entre 15 y 17 años en Querétaro. El estudio, de tipo cuantitativo, transeccional y comparativo, incluyó 337 adolescentes. Se emplearon instrumentos como el BDI, el EAT-26, el BITE y los criterios del DSM-5. Se demostró que el 61% de los adolescentes deprimidos tenían algún tipo de trastorno de la alimentación, siendo más frecuente la bulimia. La comorbilidad fue más frecuente en el sexo femenino. Los resultados resaltan la importancia de desarrollar intervenciones integrales para esta población vulnerable.

González (12) en el año (2022) analizó la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión, así como las diferencias en las características psicológicas transdiagnósticas entre personas con y sin TCA. Con diseño de tipo cuantitativo, transversal y correlacional, participaron 217 jóvenes, siendo mayoritariamente mujeres. Se utilizaron los instrumentos BDI-II, ISD y EDI-II. El 45% de las personas con TCA también presentaron depresión moderada o severa. Además, se encontraron diferencias en autoestima y perfeccionismo entre los grupos. La investigación destaca la importancia de la evaluación de factores transdiagnósticos para dirigir tratamientos individualizados.

Medina et al. (13) en el año (2022, Honduras) analizaron la relación entre hábitos alimentarios y actividad física y niveles de estrés, ansiedad y depresión en tiempos de COVID-19. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, con una gran muestra de 1.657 personas de diversos países de Latinoamérica. En el DASS-21 y en el C-CADEA-17 se encontraron niveles altos de depresión, ansiedad y estrés, relacionados con patrones no saludables de alimentación y actividad física. Se determinó que el encierro influyó en la salud mental por medio de modificaciones en el estilo de vida, siendo un determinante en la salud mental.

Ángeles et al., (14) en el año (2023, México) analizaron la asociación entre el estado nutricional y los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de primer nivel

de atención. De tipo cuantitativo, transversal y analítico, en la que participaron 114 adolescentes entre 10 y 19 años sin diagnóstico previo de salud mental. Se midieron en forma conjunta variables antropométricas y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Los hallazgos mostraron una asociación estadísticamente significativa entre altos niveles de ansiedad o depresión y sobrepeso u obesidad ($p < 0.001$). Se determinó que el estado nutricional influye en el bienestar psicológico de los adolescentes en atención primaria.

Tite et al. (14) en el año (2024, Ecuador) promovieron una cultura escolar que aprecie la diversidad corporal y fomente una percepción corporal positiva, cuestionando los estereotipos de belleza y promoviendo la aceptación de sí mismos y de los demás, con el objetivo de contribuir al bienestar emocional y físico de los estudiantes. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo y descriptivo, aplicado a 300 estudiantes de nivel secundario en el rango de edad de 16 a 18 años. Se determinó que el 20% de los adolescentes con trastornos alimentarios manifestaban ideación o comportamiento suicida, en comparación con el 5% que no presentaban tales trastornos. Se identificó una correlación alarmante entre la percepción negativa de la imagen corporal y el riesgo suicida en la población escolar.

Nacionales

Rivera et al. (15) en el año (2021, Lima Metropolitana) examined the correlation between eating behavior and levels of anxiety, stress, and depression among university students. A cross-sectional approach involved 371 students from two private universities. The Healthy Eating Index (IAS) and the DASS-21 scale were used. Se observó que el 64% de las personas con hábitos alimenticios poco saludables presentaban niveles elevados de ansiedad. Moreover, a greater predisposition of women towards adverse emotional manifestations was observed. The bivariate study demonstrated a significant inverse correlation between a healthy diet and psychological distress, highlighting the impact of dietary patterns on mental health.

Cotrina y Ramírez (16) en el año (2023, Lima) establecieron una correlación entre el comportamiento alimentario y el grado de depresión en individuos adultos del distrito de Santa Anita, Lima. Mediante una metodología cuantitativa, transversal y correlacional,

se involucró a 386 individuos en el rango de edad de 18 a 55 años. Se utilizaron los instrumentos AEBQ-Esp y BDI-II. Los hallazgos evidenciaron correlaciones notables entre las dimensiones de pro-ingesta, tales como el hambre ($r = 0.42$) y el sobreingesta emocional ($r = 0.45$), y los niveles de depresión. Se identificaron también correlaciones positivas con factores de antiingesta. La investigación respalda la correlación entre los patrones dietéticos y la depresión en la población adulta urbana.

Jiménez y Marlo (17) en el año (2023, Lambayeque) investigaron la relación entre la depresión, la ansiedad y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los estudiantes de medicina humana. Using a cross-sectional, correlational, and quantitative methodology, 89 inmates were included, with an average age of 24 years. Se pusieron en práctica los protocolos HADS y EAT-26. Los resultados indicaron una correlación directa significativa entre los niveles de ansiedad ($r = 0.52$) and depresión ($r = 0.48$) y el riesgo de TCA ($p < 0.01$). Se determinó que un aumento en la sintomatología ansioso-depresiva eleva la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). The study corroborates the utilization of these instruments in clinical academic contexts .

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

2.2.1.1. Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades clínicas complejas que involucran comportamientos alimentarios anormales y una imagen corporal distorsionada. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), estos trastornos involucran comportamientos como restricción alimentaria severa, atracones y conductas compensatorias inapropiadas (vómito autoinducido o uso de laxantes), con graves consecuencias físicas y psicológicas (19). Suele iniciarse en la adolescencia, con una preocupación excesiva por el peso, la imagen corporal y la alimentación, alterando el funcionamiento diario y el bienestar emocional (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como trastornos del comportamiento que interfieren en la salud física y en la sociabilidad emocional (21). Garner y Garfinkel, pioneros en el estudio de estos trastornos, los definen como marcos psicológicos caracterizados por una preocupación exagerada por el peso corporal. El EAT-

26 es una herramienta ampliamente utilizada para el screening de conductas alimentarias de riesgo (22). Fairburn y Harrison recalcan su multifactorialidad, ya que los Trastornos de la Alimentación emergen de la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales. Las más frecuentes manifestaciones clínicas son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, todas con serias consecuencias para la salud física y mental (23).

2.2.1.2. Teorías sobre los trastornos de la conducta alimentaria

- Teoría del control psicológico de Crisp

Para Arthur Crisp, los trastornos alimentarios —especialmente la anorexia nerviosa— son una forma psicológica de recuperar el control en situaciones que se sienten inestables o amenazantes. En este contexto, controlar la alimentación y adelgazar se convierten en actos de autocontrol y seguridad emocional (24). Esta teoría se apoya en investigaciones que muestran cómo estos comportamientos proporcionan a las personas sentimientos de reafirmación y una forma de controlar emociones negativas como la ansiedad. Polivy y Herman también plantean que los TCA emergen como una forma de restablecer el orden y la previsibilidad en situaciones que se perciben como impredecibles y fuera de control (25).

- Teoría sociocultural de Garner y Garfinkel

Garner y Garfinkel señalan que los ED son altamente influenciados por la presión sociocultural de los estándares de belleza actuales, donde la delgadez es un signo de éxito, aceptación y valía personal. En este contexto, las conductas alimentarias alteradas se convierten en formas adaptativas de estos estándares en personas psicológicamente o socialmente vulnerables (26). Levine y Piran agregan que el entorno más cercano (familia, amigos) refuerza los ideales estéticos internalizados, fomentando prácticas perjudiciales (27). Stice plantea que la cultura está filtrada por características individuales, como la genética y la personalidad (28). Rodgers et al. advierten que las redes sociales digitales han intensificado estas presiones, empeorando la insatisfacción corporal y promoviendo hábitos alimentarios no saludables, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (29).

2.2.1.3. Dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria

- Dimensión de comportamiento alimentario

Esta área se refiere a las conductas desadaptativas de consumo que caracterizan los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la restricción extrema de calorías, los atracones/sobreingesta y las conductas compensatorias para controlar el peso. Estas últimas prácticas abarcan desde hacer vomitar a alguien hasta tomar laxantes en exceso o hacer ejercicio en exceso. Utilizamos instrumentos como el Eating Attitudes Test (EAT-26) para determinar la gravedad del cuadro clínico (30). Factores externos asociados con normas estéticas y sociales tienden a agravar estas conductas (31).

- Dimensión de imagen corporal

Esta dimensión aborda la manera en que las personas viven, sienten y valoran su cuerpo. En los TCA es frecuente la insatisfacción corporal y la alteración en la percepción del tamaño o forma corporal, incluso en ausencia de un peso normal. Estos indicadores se asocian con el inicio de conductas alimentarias alteradas en un esfuerzo por cambiar o controlar la forma del cuerpo (32). La interiorización de los ideales estéticos propagados por los medios y redes sociales, basados en la delgadez, agrava esta distorsión y se asocia a trastornos afectivos como baja autoestima, ansiedad y síntomas depresivos, alterando el pronóstico clínico (33).

- Dimensión psicológica

Esta área abarca los factores emocionales y cognitivos que influyen en la expresión y mantenimiento de los TCA. Los principales indicadores son baja autoestima, ansiedad y depresión, y estilos de pensamiento disfuncionales como el perfeccionismo y la necesidad de control. Estas variables aumentan la vulnerabilidad al trastorno y refuerzan un ciclo de malestar emocional que mantiene las conductas alimentarias desadaptativas (34). Además, muchas personas utilizan el control corporal o alimentario como forma de regular emociones negativas, por lo que la intervención terapéutica integral es necesaria.

- Dimensión de salud física

Esta área aborda las consecuencias físicas de los Trastornos de la Alimentación (TA), que pueden poner en riesgo la salud. Los signos más comunes son alteraciones del peso corporal, cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) y complicaciones médicas

como alteraciones electrolíticas, gastrointestinales o cardiovasculares. En la anorexia nerviosa se produce una pérdida de peso importante; en cambio, en la bulimia y en el trastorno por atracón son frecuentes las oscilaciones de peso y las consecuencias negativas de las conductas compensatorias (35). Estas consecuencias físicas requieren atención clínica inmediata y seguimiento multidisciplinario.

2.2.1.4. Teorías de enfermería sobre trastornos de conducta alimentaria

- Teoría de autocuidado de Dorothea Orem

La teoría de Dorothea Orem hace énfasis en que el autocuidado es un determinante para el bienestar. Esta teoría es aplicable en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión, ya que ambas patologías interfieren en la capacidad de la persona para llevar a cabo funciones esenciales para su salud. En la depresión se disminuye la energía y la motivación para realizar actividades básicas; en los TCA, la imagen corporal alterada y las conductas alimentarias alteradas interfieren con el autocuidado (36). La intervención de enfermería se enfoca en restaurar esta capacidad a través de la educación, el apoyo emocional y la elaboración de planes de cuidado individualizados (37).

Teoría de la adaptación de Callista Roy

La visión de Callista Roy considera que la persona es un sistema en constante cambio en respuesta a los cambios del entorno. Esta teoría es fundamental para entender cómo los pacientes con TCA y depresión procesan el estrés y las emociones. Cuando se supera la capacidad de adaptación, aparecen síntomas psicológicos y conductas perjudiciales para la salud (38). Desde esta mirada, la enfermería es partícipe en brindar respuestas adaptativas apropiadas, fortaleciendo los recursos personales, favoreciendo el afrontamiento sano y promocionando redes de apoyo social que favorezcan el equilibrio emocional y conductual del paciente (38).

- Teoría de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger: El cuidado de la salud debe ser culturalmente sensible; es decir, que considere los valores, creencias y prácticas particulares de cada paciente. Esta mirada es relevante en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la depresión, ya que la cultura define la salud mental, el cuerpo y la nutrición (39). Los

valores estéticos, los roles de género y las normas sociales también cambian en función de la cultura, lo que altera la forma en que se manifiestan y se tratan estos trastornos. De tal manera, el profesional de enfermería deberá ajustar sus intervenciones a la realidad del paciente, proporcionando una atención congruente, respetuosa y culturalmente sensible (39).

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición de la depresión

La depresión es un trastorno psicopatológico muy común y grave que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en las cosas de la vida. Este trastorno se caracteriza por una serie de síntomas emocionales, cognitivos y somáticos, como cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o insuficiencia, y, en casos graves, ideación suicida. Estos síntomas impactan en el funcionamiento diario y el bienestar de la persona (40). Su etiología es multifactorial, implicando una predisposición genética, cambios neurobiológicos, experiencias psicológicas y factores ambientales adversos.

Desde una perspectiva cognitiva, Beck y Rush postularon que la depresión se sostiene a través de patrones cognitivos distorsionados, los cuales giran en torno a una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, creando una tríada cognitiva que mantiene el malestar (41). A esto se añade la evidencia genética que apoya la contribución de factores hereditarios, en interacción con factores ambientales, en la causa del trastorno (42). Por su complejidad, el abordaje clínico de la depresión requiere de una intervención integral que aborde factores biológicos, psicológicos y contextuales para lograr una recuperación funcional y sostenible (23).

2.2.2.2. Teorías que sobre la depresión

- Teoría cognitiva de la depresión

En los años 60, Aaron T. Beck desarrolló la teoría cognitiva de la depresión, la cual plantea que esta enfermedad se desarrolla y se mantiene por esquemas cognitivos disfuncionales. La tríada cognitiva —pensamientos negativos característicos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (43)— es central en esta teoría. Estas ideas automáticas, junto con errores cognitivos como la sobregeneralización o la personalización, dan lugar a una interpretación errónea de la realidad que mantiene el estado depresivo. Aunque la terapia

cognitiva basada en este modelo ha demostrado ser efectiva en la práctica clínica, se le critica el no integrar completamente las variables biológicas o afectivas implicadas.

- Teoría de la vulnerabilidad al estrés

Esta teoría plantea que la depresión es el resultado de una vulnerabilidad individual (genética, biológica, psicológica o social) en interacción con acontecimientos estresantes. La vulnerabilidad puede estar latente hasta que se expresa bajo ciertas condiciones ambientales, manifestándose como síntomas depresivos ante la incapacidad de adaptación (44). El modelo destaca que individuos con patrones negativos o historia familiar son más susceptibles al estrés, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar el trastorno. La evidencia de estudios longitudinales y neurobiológicos también respalda esta idea. Pero se le ha reprochado la ausencia de factores protectores, como el apoyo social o las habilidades de afrontamiento, que enriquecerían la prevención e intervención terapéutica (45).

- Teoría neuroquímica de la depresión

Esta perspectiva sostiene que la depresión emerge debido a alteraciones en la neurotransmisión cerebral, especialmente en los sistemas encargados de la regulación de la serotonina, noradrenalina y dopamina. Since its formulation in the 1960s, this theory has garnered widespread acceptance in the field of biomedicine (46). La serotonina está relacionada con la regulación del estado anímico, y su deficiencia se asocia con síntomas clínicos como irritabilidad and tristeza profunda. Consequently, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) have emerged as first-line pharmacological therapies (47). Además, la noradrenalina y la dopamina son fundamentales en la motivación y el sistema de recompensa, siendo beneficiosas en intervenciones terapéuticas alternativas, especialmente cuando los Inhibidores de Resistencia a la Síntesis de Sodio (ISRS) no muestran una eficacia clínica adecuada (47).

2.2.2.3. Dimensiones de la depresión

- Dimensión cognitiva

La vertiente cognitiva de la depresión abarca los estilos negativos de pensamiento que predisponen a la depresión y la mantienen. Beck y sus colaboradores definieron una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro que

intensifican la depresión (48). Diversos estudios han verificado que estas predisposiciones cognitivas, en combinación con factores hereditarios y ambientales, aumentan la vulnerabilidad personal. Además, la activación de patrones negativos de pensamiento ante situaciones estresantes favorece la manifestación de síntomas depresivos (49). Las fallas en las funciones cognitivas, como la memoria de trabajo, amplifican la rumiación, aumentando el malestar emocional. La terapia cognitiva ha probado ser efectiva en la reestructuración de estos pensamientos, aliviando los síntomas y previniendo recaídas (49).

- Dimensión afectiva-emocional

Esta arista alude a los estados emocionales alterados que definen a la depresión. Para Beck (39), los síntomas afectivos más representativos son tristeza, desesperanza y pérdida de la capacidad de sentir placer. Las investigaciones de Delgado y Moreno señalan que la predisposición afectiva puede ser el resultado de factores genéticos y ambientales (38). Gotlib y Joormann plantean que las dificultades en la regulación emocional amplifican la reactividad emocional, dificultan el retorno a estados emocionales positivos y mantienen la sintomatología depresiva (41). Monroe y Simons también señalan que las experiencias negativas tempranas y los acontecimientos estresantes actuales contribuyen al desarrollo y mantenimiento de estos síntomas.

- Dimensión somática

La parte somática de la depresión abarca los síntomas físicos más frecuentes, como la fatiga constante, los problemas para dormir, los cambios en el apetito y el peso, los dolores musculares o los problemas estomacales. Estos marcadores reflejan tanto el impacto del malestar psicológico como los cambios fisiológicos subyacentes (42). Kendler et al. plantean que los genes son determinantes en la expresión de estos signos físicos (38), mientras que Hammen propone que el estrés crónico es un factor desencadenante (47). Además, las experiencias traumáticas tempranas se asocian con cambios neuroendocrinos duraderos que pueden predisponer a manifestaciones somáticas en la edad adulta (48). Desde una perspectiva neuroquímica, la alteración de la serotonina y la norepinefrina es una de las alteraciones que explican estos síntomas, los cuales requieren una evaluación clínica con instrumentos validados (49).

Factores de riesgo asociados a los TCA y la depresión en la adolescencia

La adolescencia es una etapa vulnerable de cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden predisponer a trastornos mentales como los TCA y la depresión. La literatura sugiere que la comorbilidad se explica porque comparten factores de riesgo que interactúan en una compleja relación recíproca, lo que favorece la manifestación y cronicidad de los síntomas clínicos (1,2).

A nivel personal, la baja autoestima, el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y la dificultad en la regulación emocional son factores que se reconocen como predictores de conductas alimentarias disfuncionales y síntomas depresivos. Estudios longitudinales muestran que los adolescentes con mala imagen corporal y altos niveles de autoexigencia tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos asociados a conductas alimentarias restrictivas o compulsivas (3,4). También existen antecedentes familiares de depresión o TCA, lo que refuerza la influencia de la vulnerabilidad genética y los estilos de afrontamiento transmitidos (5).

En el ámbito familiar, las dinámicas disfuncionales, la mala comunicación, la violencia doméstica, los estilos autoritarios o negligentes de crianza se han relacionado con la comorbilidad. La falta de apoyo paterno y las burlas constantes hacia el peso y la figura corporal refuerzan la internalización de ideales de delgadez, incrementando la insatisfacción corporal y empeorando los síntomas depresivos (6,7). Estas condiciones familiares, sumadas a la vulnerabilidad personal, agravan los trastornos y dificultan la búsqueda de ayuda profesional.

A nivel social, el bullying, la presión de grupo y la exposición permanente a las redes sociales son nuevos riesgos actuales. La evidencia muestra que la comparación social en redes sociales intensifica la insatisfacción corporal y se asocia con síntomas depresivos y conductas alimentarias restrictivas, especialmente en adolescentes de género femenino (8,9). En este sentido, los medios de comunicación como agentes de propagación de estereotipos de belleza son un factor estructural que favorece el desarrollo de esquemas disfuncionales de autoevaluación. Los factores contextuales como la pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a servicios de salud mental actúan como determinantes estructurales que limitan la capacidad de afrontamiento del adolescente.

Estudios latinoamericanos muestran que los contextos vulnerables económica y socialmente se relacionan con mayor frecuencia con depresión y conductas alimentarias problemáticas, al exponer a situaciones de estrés crónico (11,12). Entre los factores de riesgo en la adolescencia se encuentran los individuales, familiares, sociales y contextuales, que en su interacción dan cuenta de la elevada prevalencia y severidad de la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión. Reconocer estos elementos no solo nos permite conocer qué lo provocó, sino que también nos permite diseñar programas para prevenirlo, para que lo detecten tempranamente y desarrollen resiliencia en este período de la vida.

Consecuencias clínicas y psicosociales de la comorbilidad TCA–depresión

La asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión es una de las comorbilidades más comunes en salud mental del adolescente, con consecuencias que van más allá del individuo, extendiéndose a la familia, la sociedad y la escuela. La evidencia indica que la comorbilidad de ambos trastornos agrava los síntomas, alarga los episodios, aumenta las recidivas y reduce la respuesta al tratamiento (1,2).

A nivel clínico, la comorbilidad implica mayor gravedad y cronicidad de los síntomas. Los adolescentes con TCA y depresión tienen mayores tasas de desnutrición, alteraciones metabólicas, alteraciones gastrointestinales, alteraciones menstruales en mujeres y complicaciones cardiovasculares (3). A su vez, la depresión agudiza la imagen negativa corporal y la desesperanza, cronificando el TCA. Esta relación crea un círculo vicioso donde los síntomas depresivos empeoran las conductas alimentarias alteradas y éstas, a su vez, empeoran los síntomas depresivos (4,5). Las repercusiones psicológicas también son importantes.

La depresión asociada a los TCA multiplica el riesgo de suicidio. Estudios internacionales señalan que hasta el 20% de los adolescentes con trastornos de la alimentación presentan ideación o intento de suicidio, cifra mucho mayor que en adolescentes no comórbidos (6). Además, el aislamiento social, la irritabilidad y la pérdida de interés por las cosas del día a día alteran la capacidad para relacionarse, aumentando los sentimientos de soledad y desesperanza (7).

A nivel social y académico, la comorbilidad se asocia con bajo rendimiento académico, absentismo, deserción escolar y deterioro de las relaciones interpersonales.

Fatiga crónica, falta de concentración y desinterés dificultan el aprendizaje y la adaptación escolar. Las dificultades de integración social profundizan la exclusión y el estigma, aumentando el malestar emocional y dificultando la recuperación (8,11).

Estrategias de intervención y abordaje interdisciplinario en adolescentes con TCA y depresión. La atención de adolescentes con comorbilidad entre TCA y depresión necesita ser abordada de forma interdisciplinaria, ya que ambos trastornos afectan en conjunto el área física, psicológica y social. La evidencia científica apoya que la intervención temprana y coordinada entre profesionales de la salud mental y física mejora la eficacia del tratamiento, la adherencia y reduce el riesgo de recaídas (1,2). A nivel preventivo, los programas escolares y comunitarios son fundamentales. Promover la autoestima, la educación nutricional, la alfabetización digital para un consumo informado en redes sociales son estrategias eficaces para disminuir la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo (3,4). Las intervenciones preventivas, como talleres en colegios y campañas de sensibilización, pueden retrasar o evitar la aparición de síntomas depresivos y alimentarios en adolescentes susceptibles.

El abordaje clínico requiere un equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicólogo, enfermera, nutricionista, trabajadora social). El psiquiatra lo medicará en caso de depresión moderada a severa, y el psicólogo lo abordará con terapias cognitivo-conductuales y de regulación emocional. La enfermería de salud mental es esencial para educar al paciente, controlar signos físicos y emocionales, y brindar apoyo terapéutico. El nutricionista apoya en el desarrollo de planes de alimentación individualizados, y el trabajador social fortalece las redes de apoyo e involucra a la familia en el proceso de recuperación (5-7).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las terapias eficaces para disminuir las distorsiones cognitivas sobre la imagen corporal y los síntomas depresivos. Además, programas dirigidos a enseñar habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento han logrado reducir la impulsividad y mejorar la autoimagen (8,9). Estas intervenciones se complementan con terapias grupales para desarrollar la resiliencia y reducir el aislamiento social.

En el ámbito comunitario, los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) representan una plataforma estratégica para desarrollar programas integrales. Su forma de

atención multidisciplinaria puede engranar intervenciones clínicas con acciones preventivas y psicoeducativas para promover la salud mental de los adolescentes y disminuir las barreras de acceso a los servicios (10). La articulación con centros educativos y organizaciones juveniles permite detectar y hacer seguimiento a tiempo a casos en riesgo.

Para que las intervenciones sean sustentables, deben existir políticas públicas y protocolos estandarizados de atención. La inclusión de lineamientos específicos para el abordaje de trastornos de la alimentación y depresión en adolescentes dentro de los programas nacionales de salud mental permite la homologación de criterios clínicos y la disponibilidad de personal capacitado (12,13).

Las estrategias de intervención para adolescentes con trastornos de la alimentación y depresión deben involucrar un enfoque integral de prevención, tratamiento interdisciplinario y fortalecimiento de las redes comunitarias. La articulación entre niveles de atención y actores sociales es la mejor manera de abordar la comorbilidad y mejorar el bienestar psicoemocional de los adolescentes.

Impacto de la comorbilidad TCA–depresión en la calidad de vida del adolescente

La calidad de vida relacionada con la salud mental es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales del bienestar. En la adolescencia, etapa de cambios biológicos y psicosociales, la comorbilidad entre los trastornos de la alimentación (TA) y la depresión deteriora la percepción y el disfrute de la vida cotidiana (1,2). Algunas investigaciones señalan que esta vinculación agrava la gravedad clínica, limita la funcionalidad y reduce la capacidad de adaptación en el contexto familiar, escolar y comunitario (3).

A nivel físico, los trastornos alimentarios provocan alteraciones de peso, deficiencias nutricionales y problemas de salud como enfermedades cardíacas, metabólicas o gastrointestinales. Estos problemas son aún peores cuando coexisten con síntomas depresivos. Los adolescentes presentan fatiga, somnolencia diurna, alteraciones del sueño y falta de energía que limitan su participación en actividades escolares y de tiempo libre (4,5). Estas condiciones somáticas influyen directamente en cómo se sienten con respecto a su salud y cómo valoran su cuerpo. La depresión relacionada con los TCA

se expresa psicológicamente en forma de tristeza, desesperanza, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Preocupación excesiva por el peso y la figura, con autoevaluaciones negativas, intensifican el malestar emocional y dificultan el disfrute de actividades que antes resultaban placenteras (6). Estudios recientes muestran que los adolescentes con esta comorbilidad tienen una peor calidad de vida que aquellos que solo presentan una de las dos condiciones, ya que se refuerzan mutuamente los síntomas emocionales y los patrones de alimentación desordenados (7,8). La comorbilidad afecta el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales en el ámbito social y académico. Los adolescentes se distraen con facilidad, rinden menos en los estudios, faltan a clases y, en ocasiones, abandonan los estudios (11). El aislamiento social por sentimientos de culpa, insatisfacción corporal o retraimiento emocional deteriora las relaciones familiares y entre iguales, intensificando la soledad y empeorando la depresión (12).

La literatura también destaca que esta combinación de síntomas eleva el riesgo de conductas autolesivas e ideación suicida, lo que representa un deterioro extremo de la calidad de vida y una amenaza directa para la integridad del adolescente (13,14). Ante este panorama, la comorbilidad TCA–depresión no solo limita la capacidad funcional en la vida diaria, sino que compromete el desarrollo integral y la proyección de futuro de quienes la padecen.

Rol de la familia y la escuela en la detección temprana y prevención de la comorbilidad. La identificación precoz y la prevención de la comorbilidad entre los TCA y la depresión implican la sensibilización de los entornos más cercanos al adolescente: la familia y la escuela. Estos espacios, por la cercanía que tienen a diario, son determinantes para reconocer las señales de alarma y fortalecer los factores protectores que reducen la vulnerabilidad psicológica y social de los jóvenes (1,2).

En el ámbito familiar, el apoyo emocional, la comunicación abierta y los modelos de autocuidado son factores protectores frente a conductas alimentarias de riesgo y síntomas depresivos. Por otro lado, las burlas frecuentes por el peso, el compararse con otras personas y la violencia doméstica se han asociado con mayor riesgo de comorbilidad (3).

Estudios recientes demuestran que la participación de los padres en programas de salud mental y nutricional mejora la detección temprana de alteraciones en los hábitos alimentarios y emocionales de sus hijos, permitiendo el acceso oportuno a servicios especializados (4,5). En el ámbito escolar, maestros y orientadores son testigos privilegiados de las conductas y estados de ánimo de los adolescentes.

El bajo rendimiento escolar, el absentismo, el aislamiento social y los cambios bruscos en los hábitos de alimentación son signos que se pueden observar en el ámbito escolar (6). Las escuelas representan un lugar idóneo para implementar programas de prevención primaria, como talleres de autoestima, educación para hábitos saludables de alimentación y uso crítico de redes sociales (7,8). La evidencia internacional muestra que los programas escolares de salud mental son efectivos para disminuir la prevalencia de TCA y depresión. En Latinoamérica, las intervenciones psicoeducativas han mejorado la imagen corporal y disminuido la sintomatología depresiva en los participantes (11,12). Estos resultados resaltan la importancia de un abordaje integral donde el adolescente, la familia y la escuela son corresponsables del bienestar psicoemocional.

Perspectiva epidemiológica de la comorbilidad TCA–depresión en adolescentes

La epidemiología de los TCA y la depresión en adolescentes muestra que son un creciente problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que uno de cada siete adolescentes en todo el mundo tiene un trastorno mental, siendo la depresión uno de los más frecuentes. Además, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se hallan entre las enfermedades mentales con mayor tasa de mortalidad por complicaciones médicas y suicidio (1,2).

La superposición de estas condiciones agrava la carga mundial de morbilidad, especialmente en áreas urbanas, donde los factores socioculturales y los estilos de vida contribuyen a la vulnerabilidad. A nivel internacional se estima que la prevalencia de los trastornos de la alimentación en adolescentes oscila entre el 1% y el 4% para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, siendo el trastorno por atracón el más prevalente, con cifras cercanas al 6% (3). Al mismo tiempo, los episodios depresivos en la adolescencia afectan alrededor del 5% de los adolescentes, llegando hasta el 15% en las chicas jóvenes (4).

Los datos muestran que la comorbilidad entre TCA y depresión oscila entre el 30% y el 70%, dependiendo del tipo de TCA y del contexto cultural (5). Esta heterogeneidad puede explicarse por diferencias en las metodologías diagnósticas, la edad de la muestra y las características sociodemográficas. Las cifras epidemiológicas reflejan también diferencias por sexo y edad. La comorbilidad TCA–depresión es más frecuente en mujeres adolescentes, atribuida a mayor presión sociocultural en torno a la imagen corporal y a una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en este grupo (14).

Sin embargo, los casos en varones tienden a estar subdiagnosticados, en parte por estigmas asociados a la expresión de malestar emocional y a la menor búsqueda de ayuda (16). Estudios recientes en Latinoamérica demuestran que estas enfermedades van en aumento. Estudios multicéntricos antes y durante la pandemia por COVID-19 informaron que los comportamientos alimentarios de riesgo y los síntomas depresivos en adolescentes aumentaron debido a cambios en los patrones de alimentación, aislamiento social y exposición intensiva a los medios digitales (6,7).

En México se informó que más del 60% de los adolescentes con síntomas depresivos también presentaban alteraciones en la conducta alimentaria, mientras que en Honduras el encierro aumentó en un 40% los casos de trastornos de la conducta alimentaria en comparación con años anteriores (8). Y el caso peruano no es ajeno a esta realidad. Estudios en Lima Metropolitana muestran que el 64% de estudiantes universitarios tienen hábitos alimentarios no saludables asociados a síntomas depresivos. Estos resultados, aunque obtenidos en población joven adulta, ya anticipan la magnitud del problema en etapas tempranas de la vida (11).

En Lambayeque, un estudio en internos de medicina encontró que el 70% tenía riesgo de trastorno de la alimentación, asociado a síntomas depresivos y ansiosos clínicamente significativos (12). Informes de Tacna mostraron que 40% de estudiantes de medicina tenía depresión clínica y conductas alimentarias de riesgo (13). Aunque la mayoría de los estudios nacionales se centran en población universitaria o adulta, los resultados confirman la asociación entre ambos trastornos y su estudio en adolescentes.

Vacíos de investigación y proyecciones en el estudio de la comorbilidad TCA–depresión. La revisión bibliográfica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y

la depresión en adolescentes indica que se ha avanzado en la identificación de factores de riesgo, consecuencias para la salud y formas de prevención. Sin embargo, todavía existen importantes limitaciones que impiden conocer en profundidad la comorbilidad y su abordaje. Estas lagunas exigen el desarrollo de investigaciones contextualizadas, particularmente en contextos latinoamericanos y peruanos, donde la evidencia es emergente.

Una de las principales lagunas es la ausencia de estudios longitudinales que nos permitan conocer cómo evoluciona la comorbilidad a lo largo del tiempo. La mayoría de los estudios son de corte transversal, lo que imposibilita hacer inferencias causales e identificar trayectorias de riesgo y protección en el desarrollo adolescente (1,2). Esta limitación metodológica impide el desarrollo de intervenciones preventivas basadas en la identificación temprana de trayectorias de vulnerabilidad. Existe también una acumulación de investigaciones en poblaciones universitarias o de adultos jóvenes, con poca evidencia entre adolescentes con diagnóstico clínico. Aunque en escolares y universitarios se han encontrado asociaciones significativas entre trastornos de la alimentación y depresión, los resultados no son extrapolables a contextos clínicos adolescentes, donde las manifestaciones son más graves y complejas (3,4).

Otra brecha importante es la falta de representatividad de las muestras latinoamericanas. La mayor parte de la evidencia proviene de Europa y América del Norte, contextos muy diferentes al nuestro en términos socioculturales y de sistemas de salud (5). En el Perú, los estudios se han centrado en estudiantes universitarios de medicina o en adultos que viven en zonas urbanas, pero no hay suficiente investigación sobre la población adolescente que acude a servicios comunitarios de salud mental (6,7). Y esto dificulta contar con datos epidemiológicos robustos para orientar políticas públicas y programas de prevención contextualizados. En la intervención, las barreras se encuentran en la integración de la evidencia empírica con la práctica clínica interdisciplinaria. A pesar de contar con modelos teóricos y psicométricos validados, la evidencia sobre la efectividad de programas integrales para adolescentes latinoamericanas con trastornos de la alimentación y depresión es escasa.

Esta brecha impide la sistematización de protocolos estandarizados que orienten a profesionales de la salud mental y enfermeras comunitarias (8,11). En el futuro, los

estudios prospectivos y multicéntricos son necesarios para determinar la incidencia y progresión de la comorbilidad en diferentes áreas geográficas del país. También es importante diseñar y evaluar programas preventivos en instituciones educativas y comunitarias, con la familia y la escuela como agentes de detección y apoyo a los adolescentes. Recomienda que la investigación se integre con las políticas públicas para que la evidencia científica informe las políticas nacionales para la promoción de la salud mental de los adolescentes (12,13).

Neurobiología de la comorbilidad entre TCA y depresión

Mientras que Nestler y Carlezon (29) encontraron que los cambios en los circuitos de recompensa, específicamente en el sistema dopaminérgico mesolímbico, explicaron la convergencia de la anhedonia depresiva y las conductas compulsivas de ingesta o restricción alimentaria en un mismo marco neurobiológico. Estos autores señalan que la caída en la liberación de dopamina afecta la motivación y el sistema de recompensa, lo que lleva a la incapacidad de sentir placer y la búsqueda de otras formas de control, como la restricción calórica extrema o el atracón compulsivo.

Esta superposición sugiere que ambos trastornos comparten una alteración subyacente en la regulación del placer y la motivación. En segundo lugar, Blier y de Montigny (27) demostraron que las alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica alteran el control del apetito y del estado de ánimo, lo que apoya la relación entre la depresión y las conductas alimentarias alteradas. Papakostas (28) también informó que la disfunción de dopamina y norepinefrina afecta los procesos de motivación y recompensa, los cuales son importantes para la estabilidad emocional y la regulación de la conducta alimentaria. Estos hallazgos explican por qué los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son efectivos en pacientes con síntomas mixtos, ya que influyen en ambos trastornos simultáneamente.

En tercer lugar, Heim y Nemeroff (36) encontraron que el trauma en la infancia es un predictor de alteraciones neuroendocrinas que predisponen a la depresión y los TCA. Desde estudios tanto preclínicos como clínicos se demostró que la exposición temprana a eventos adversos resulta en hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, haciéndolo más susceptible a respuestas emocionales maladaptativas. De manera similar, Teicher et al. (37) encontraron a través de neuroimágenes que los adolescentes maltratados

tienen un hipocampo y una corteza prefrontal más pequeños, lo que afecta directamente la memoria emocional y el control cognitivo.

Estos datos neurobiológicos apoyan la idea de que la comorbilidad entre trastornos de la alimentación y depresión no se explica solo por factores psicológicos o socioculturales. Las alteraciones dopaminérgicas y serotoninérgicas, sumadas al trauma temprano, generan el terreno biológico para la manifestación de ambos trastornos en forma simultánea. Esta perspectiva refuerza la necesidad de abordajes integrales que consideren la interacción entre vulnerabilidad genética, cambios neuroquímicos y experiencias adversas de vida. Intervenciones psicoterapéuticas integradas en TCA y depresión Fairburn et al., (30) desarrollaron una terapia cognitivo-conductual (TCC) para la anorexia nerviosa que logra disminuir las distorsiones cognitivas sobre la imagen corporal y los síntomas depresivos.

Esta terapia se dirige a los pensamientos automáticos disfuncionales, a las creencias rígidas sobre el cuerpo y la comida, y la tríada cognitiva negativa descrita por Beck. Su efectividad ha sido ampliamente documentada en adolescentes, en quienes las cogniciones disfuncionales y los estados afectivos negativos se influyen recíprocamente. Tite et al. (12) encontraron en Ecuador que los adolescentes con trastornos de la alimentación tienen un riesgo significativamente mayor de tener pensamientos y comportamientos suicidas que sus compañeros sin este diagnóstico.

Estos hallazgos respaldan la eficacia de la terapia dialéctico-conductual (TDC) para mejorar la regulación emocional y reducir la impulsividad. La TDC ofrece habilidades concretas, como mindfulness y tolerancia al malestar, útiles para adolescentes con problemas de autocontrol y alto riesgo de suicidio. La evidencia apoya que esta terapia reduce la severidad de los síntomas depresivos y la frecuencia de conductas alimentarias desadaptativas. Levine y Piran (24) destacaron el papel de las dinámicas familiares en la internalización de los ideales estéticos y la perpetuación de las conductas de riesgo en la familia.

Estos hallazgos apoyan la inclusión de la terapia familiar basada en la evidencia, la cual busca modificar patrones comunicativos, reducir la crítica hacia la imagen corporal y fortalecer el apoyo emocional. Stice (25) también evidenció que la implicación de la

family hace más eficaz la terapia, ya que la interacción entre factores culturales, personales y familiares intensifican o disminuyen los resultados de las intervenciones clínicas. La TCC, la TDC y la terapia familiar constituyen un abordaje integral para la comorbilidad TCA–depresión. Esta forma de intervención no sólo trabaja en la modificación de pensamientos o conductas, sino que también aborda la regulación emocional y el contexto relacional del adolescente, mejorando la adherencia al tratamiento y disminuyendo las tasas de recaída.

Impacto de los medios digitales en la percepción corporal y la salud emocional

En este sentido, Rodgers et al. (26) evidenciaron en un estudio longitudinal que la exposición continua a los ideales de belleza que se viralizan en redes sociales aumenta la comparación social y la insatisfacción corporal en adolescentes, lo que contribuye a aumentar la depresión y los trastornos de la alimentación. Estos resultados muestran cómo la virtualidad genera un nuevo espacio de riesgo, donde cuerpos idealizados se convierten en estándares inalcanzables que impactan la imagen corporal y la estabilidad emocional de los jóvenes.

Antes de esto, Garner y Garfinkel (23) ya afirmaron que la presión sociocultural de ser delgado es una de las principales causas de TCA. Hoy en día esto se ve agravado por la sobreexposición a redes sociales donde se viralizan imágenes de extrema delgadez o musculatura como sinónimo de éxito y aceptación. Los adolescentes, en una etapa de desarrollo de identidad, son susceptibles a estos influjos, convirtiéndose en población vulnerable para enfermedades comórbidas.

Levine y Piran (24) corroboraron que la familia y los compañeros refuerzan los ideales internalizados a través de los medios digitales, en tanto que Stice (25) destacó que la vulnerabilidad personal (perfeccionismo o baja autoestima) amplifica la influencia de estos factores externos. La evidencia muestra que no todos los adolescentes expuestos desarrollan psicopatología, pero los que tienen vulnerabilidades emocionales preexistentes tienen mayor riesgo de comorbilidad.

En definitiva, las redes sociales no solo son una herramienta de interacción social, sino también una estructura que intensifica los riesgos psicosociales. Por ello, es necesario desarrollar programas de alfabetización mediática que promuevan un consumo crítico de

los medios digitales y reduzcan la interiorización de ideales poco realistas en los adolescentes. Rol de la enfermería en la detección temprana y acompañamiento terapéutico Desde una perspectiva disciplinar, Orem (31) desarrolló la teoría del autocuidado, la cual enfatiza que las personas son capaces de mantener las funciones vitales básicas, pero que se pueden ver afectadas en situaciones de enfermedad.

Para adolescentes con trastornos alimentarios y depresión, esta restricción se evidencia en el descuido al comer, al aseo y al cuidado de sí mismo. Taylor y Renpenning (32) recalcaron que la enfermería debe desarrollar intervenciones orientadas a la restauración gradual de estas capacidades, con soporte educativo y emocional. Por otro lado, Roy y Andrews (33) desarrollaron el modelo de adaptación, el cual considera al adolescente como un sistema en constante cambio que se adapta a su entorno.

Cuando las exigencias externas superan la capacidad adaptativa, se generan respuestas desadaptativas, como la restricción alimentaria o las ideas depresivas. Más tarde, Roy (34) amplió este modelo para hacer hincapié en la función de la enfermera como guía para orientar al paciente hacia unas respuestas más saludables, potenciando los recursos personales y familiares que favorezcan el equilibrio emocional y conductual.

Leininger (35) también propuso la perspectiva transcultural, la cual plantea que la atención de enfermería debe ser congruente con los valores y creencias del adolescente y su contexto. Esto es especialmente relevante en trastornos de la alimentación y depresión, ya que las formas de ver el cuerpo, la comida y la salud mental varían según la cultura. Desde esta mirada, la enfermería debe ajustar las intervenciones a la cosmovisión del paciente y evitar los abordajes estandarizados que limitan la adherencia.

Las teóricas Orem, Roy y Leininger definen a la enfermería como una figura clave en la prevención, detección y acompañamiento terapéutico. Su rol no se limita a la ayuda clínica, sino que implica educar, apoyar emocionalmente y coordinar con la familia, creando así una práctica completa para abordar la complejidad de la comorbilidad TCA–depresión en adolescentes. Regulación emocional como factor transversal en la comorbilidad TCA–depresión La regulación emocional constituye un mecanismo central para comprender la interacción entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión en la adolescencia.

Gotlib y Joormann (43) explicaron que los déficits en la regulación emocional dificultan el retorno a estados afectivos positivos, prolongando episodios depresivos y aumentando la vulnerabilidad a conductas compensatorias alimentarias. Esta visión se conecta con la teoría cognitiva de Beck (39), que señala que las distorsiones cognitivas refuerzan estados emocionales negativos, lo cual limita la capacidad del adolescente para responder de forma adaptativa ante experiencias estresantes. Desde la perspectiva del modelo diatesis–estrés, Monroe y Simons (44) sostuvieron que la exposición a eventos vitales adversos, en interacción con vulnerabilidades cognitivas y emocionales, constituye un detonante de episodios depresivos que se entrelazan con prácticas alimentarias disfuncionales.

A esto se suma la evidencia de Hammen (45), quien documentó que el estrés prolongado aumenta la probabilidad de recurrir a mecanismos desadaptativos, como la restricción o el atracón, con el fin de obtener una falsa sensación de control sobre el malestar emocional. En conjunto, la regulación emocional deficiente refuerza el círculo vicioso entre TCA y depresión. El adolescente con baja tolerancia al malestar recurre a conductas alimentarias extremas que, lejos de aliviar el sufrimiento, agravan la percepción de minusvalía y los síntomas depresivos. Comprender este mecanismo transversal permite diseñar programas terapéuticos que prioricen el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, mejorando la resiliencia y reduciendo la severidad clínica. Factores familiares en la génesis y mantenimiento de la comorbilidad La familia desempeña un papel decisivo en la aparición y mantenimiento de la comorbilidad TCA–depresión.

Según Levine y Piran (24), la crítica recurrente hacia el peso o la apariencia corporal refuerza la insatisfacción física y aumenta la probabilidad de desarrollar patrones de alimentación disfuncional. De igual modo, la comunicación deficiente o los estilos de crianza autoritarios generan un clima de vulnerabilidad emocional que facilita la emergencia de sintomatología depresiva. En contextos latinoamericanos, estas dinámicas se ven exacerbadas por condiciones de violencia intrafamiliar y precariedad económica. Heim y Nemeroff (36) subrayaron que las experiencias tempranas de abuso o negligencia alteran los sistemas neuroendocrinos, predisponiendo a una respuesta emocional disfuncional en la adolescencia.

A su vez, Teicher et al. (37) confirmaron mediante neuroimagen que estas experiencias dejan huellas neurobiológicas que afectan la capacidad de afrontamiento y la regulación del estrés, elementos que se relacionan directamente con la comorbilidad. Además, las prácticas familiares relacionadas con la alimentación tienen un impacto crucial. Modelos parentales centrados en dietas restrictivas o en la sobrevaloración de la apariencia corporal intensifican la probabilidad de que los adolescentes internalicen estándares irreales de belleza, reforzando la conexión entre TCA y depresión. Frente a ello, intervenciones familiares basadas en la psicoeducación han demostrado ser eficaces en reducir la presión estética y fomentar prácticas de autocuidado más saludables.

Impacto académico y social de la comorbilidad en la adolescencia

La comorbilidad TCA–depresión no solo compromete la salud clínica, sino que también interfiere en la vida académica y social de los adolescentes. Jiménez y Marlo (15) documentaron que la sintomatología ansioso-depresiva se correlaciona directamente con el incremento del riesgo de TCA en internos de medicina, lo que se traduce en mayor ausentismo, bajo rendimiento y dificultad de adaptación a las exigencias académicas.

Este hallazgo puede extrapolarse a contextos escolares adolescentes, donde la exigencia académica intensifica los cuadros de estrés y contribuye al agravamiento de la comorbilidad. Por otro lado, Tite et al. (12) mostraron que hasta un 20 % de adolescentes con TCA reportan ideación suicida, en comparación con un 5 % en quienes no presentan estos trastornos. Esta situación refleja un deterioro significativo en la integración social, ya que el aislamiento, la vergüenza por la imagen corporal y la desesperanza obstaculizan la construcción de vínculos con pares y familiares. Dichos factores profundizan la exclusión social y perpetúan la depresión.

En este escenario, la comorbilidad TCA–depresión adquiere la dimensión de un problema de salud pública, ya que no solo afecta la calidad de vida del individuo, sino que también genera repercusiones en el sistema educativo y en las dinámicas sociales. Abordar esta problemática implica diseñar programas escolares y comunitarios de detección temprana, que articulen el acompañamiento académico con el soporte emocional, a fin de reducir el impacto funcional de la comorbilidad en la adolescencia.

Perspectiva de género en la comorbilidad TCA–depresión

La comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la depresión en adolescentes no puede desligarse de la perspectiva de género. Múltiples estudios internacionales han demostrado que la prevalencia de ambos trastornos es significativamente mayor en mujeres adolescentes en comparación con los varones. Ello responde no solo a factores biológicos, sino también a una construcción social donde la imagen corporal femenina es constantemente evaluada y presionada bajo estándares estéticos rígidos. La internalización de estos ideales conduce a una vulnerabilidad mayor hacia la insatisfacción corporal, que a su vez se vincula estrechamente con la emergencia de conductas alimentarias de riesgo y síntomas depresivos (1).

En el caso de los varones adolescentes, la situación adquiere matices distintos. Aunque la prevalencia registrada es menor, diversos estudios sugieren que este grupo presenta un subregistro significativo, debido a estigmas culturales que asocian la búsqueda de ayuda emocional con debilidad. En este contexto, muchos jóvenes varones invisibilizan sus síntomas o los enmascaran mediante conductas compensatorias, como la hipermusculación o el ejercicio excesivo, prácticas que también pueden detonar cuadros de TCA y depresión. Esta invisibilización agrava la detección temprana y retrasa la intervención, lo que aumenta la carga clínica cuando finalmente acceden a servicios de salud mental (2).

Desde una perspectiva psicosocial, el género influye en la forma en que se construyen los síntomas, en la búsqueda de apoyo y en la adherencia al tratamiento. Las adolescentes mujeres suelen reportar con mayor claridad sentimientos de tristeza o ansiedad, lo que facilita la identificación clínica. En cambio, los varones manifiestan la depresión a menudo en forma de irritabilidad, impulsividad o conductas de riesgo, rasgos que tienden a no ser reconocidos como indicadores depresivos en las evaluaciones convencionales. Esta diferencia diagnóstica tiene implicaciones directas en la investigación y en el diseño de programas preventivos (3).

En consecuencia, la perspectiva de género debe ser integrada de manera transversal en el estudio y abordaje de la comorbilidad TCA–depresión. Esto implica ajustar los protocolos diagnósticos, adaptar los instrumentos de medición a las experiencias diferenciales de varones y mujeres, y diseñar estrategias preventivas que consideren estas especificidades. Solo de este modo será posible construir intervenciones

sensibles al género, capaces de responder a las necesidades reales de la población adolescente y de disminuir las brechas de acceso y atención en salud mental (4).

Impacto de los determinantes sociales de la salud en adolescentes

El análisis de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud permite reconocer que estos fenómenos exceden el ámbito individual y se inscriben en contextos socioeconómicos amplios. La pobreza, la inseguridad alimentaria, la violencia familiar y la exclusión social son factores que configuran un terreno de alta vulnerabilidad para la adolescencia. En tales escenarios, la exposición prolongada a situaciones de estrés crónico no solo afecta la salud física, sino que también predispone al desarrollo de TCA y depresión, creando un círculo de malestar difícil de revertir (5).

Los adolescentes de entornos urbanos periféricos enfrentan barreras adicionales como el limitado acceso a servicios de salud mental y la carencia de programas comunitarios de prevención. La desigualdad estructural agrava la problemática: familias con bajos ingresos tienden a priorizar necesidades básicas inmediatas y relegan la atención psicológica, generando un subdiagnóstico sistemático. Este vacío asistencial perpetúa la invisibilidad de los síntomas, de modo que los trastornos suelen detectarse cuando ya se encuentran en fases avanzadas, lo que compromete la eficacia del tratamiento (6). No menos importante es la influencia de la cultura en la forma en que se experimenta la salud mental.

En contextos latinoamericanos, los roles de género, las normas sociales sobre la alimentación y los ideales de cuerpo aceptados culturalmente inciden en la percepción de normalidad o anormalidad de ciertos comportamientos. Así, prácticas como las dietas restrictivas o el sobreentrenamiento físico son naturalizadas en ciertos grupos, sin que se reconozca el riesgo clínico asociado. Estas construcciones socioculturales refuerzan la internalización de estándares poco realistas y aumentan el riesgo de depresión ante la imposibilidad de alcanzarlos (7).

En este sentido, abordar la comorbilidad TCA–depresión desde los determinantes sociales implica no solo atender al adolescente en consulta clínica, sino también transformar las condiciones estructurales que perpetúan la vulnerabilidad. Políticas públicas que reduzcan la inseguridad alimentaria, fortalezcan la equidad educativa y

amplíen la cobertura de servicios de salud mental comunitarios son esenciales para reducir la prevalencia de estas comorbilidades. Reconocer la dimensión social permite pasar de una visión centrada en la patología individual hacia una perspectiva de salud colectiva que promueva la justicia social (8).

Estrategias de salud pública y prevención primaria

El impacto de la comorbilidad entre TCA y depresión en adolescentes obliga a pensar en estrategias de prevención primaria, diseñadas desde la salud pública. La evidencia internacional muestra que las intervenciones más eficaces son aquellas que combinan la promoción de la autoestima, la educación nutricional y la alfabetización mediática. Estos programas, implementados en escuelas y comunidades, han logrado reducir los niveles de insatisfacción corporal y han retrasado la aparición de conductas alimentarias de riesgo, disminuyendo a su vez la sintomatología depresiva (9).

Un aspecto crucial es el rol de las instituciones educativas como espacios de detección temprana y acompañamiento. Los docentes y orientadores escolares, al estar en contacto directo con los adolescentes, son actores clave para identificar signos iniciales como cambios bruscos de peso, retraimiento social o bajo rendimiento académico. Involucrar a la escuela en el diseño e implementación de programas psicoeducativos ha demostrado ser una medida costo-efectiva que potencia la resiliencia y fomenta el bienestar emocional de los jóvenes (10).

A nivel comunitario, los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) representan una oportunidad estratégica para integrar la atención clínica con intervenciones preventivas. Estos espacios permiten articular el trabajo interdisciplinario de profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y nutricionistas, junto con acciones de educación y sensibilización dirigidas a las familias y a la comunidad en general. Esta integración refuerza el impacto de las estrategias preventivas y mejora la adherencia al tratamiento en los casos que ya requieren atención especializada (11).

La inclusión de programas de salud mental adolescente en las agendas nacionales de salud, con un enfoque en la prevención de TCA y depresión, resulta indispensable. Sin estas políticas, las intervenciones aisladas pierden continuidad y alcance. La salud pública, en este escenario, debe asumir un rol transformador, no solo curativo, orientado a garantizar el derecho de los adolescentes a un desarrollo físico y emocional pleno (12).

Transición adolescente y vulnerabilidad psicoemocional La adolescencia es una etapa de transición marcada por intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que configuran un terreno de especial vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales. La reorganización neuroendocrina propia de la pubertad, junto con la búsqueda de identidad y autonomía, genera un estado de inestabilidad emocional que incrementa la susceptibilidad a cuadros depresivos y a la aparición de conductas alimentarias de riesgo (1).

Esta etapa de reorganización vital explica en parte por qué los TCA y la depresión tienden a emerger o consolidarse en la adolescencia temprana y media. Los adolescentes enfrentan simultáneamente presiones académicas, expectativas familiares y demandas sociales, lo que puede sobrepasar sus recursos de afrontamiento. Cuando las exigencias externas exceden la capacidad de regulación emocional, se favorece la adopción de conductas compensatorias como el control rígido de la alimentación o el retraimiento social, que constituyen síntomas cardinales de la comorbilidad TCA–depresión (2).

La falta de estrategias de afrontamiento adaptativas se convierte en un factor que perpetúa los síntomas y aumenta la cronicidad. Otro aspecto relevante es la sensibilidad al juicio de pares y adultos. Durante la adolescencia, la validación externa adquiere un peso considerable en la construcción de la autoestima. La crítica al cuerpo, el bullying escolar o la comparación constante en redes sociales intensifican la insatisfacción corporal, aumentando la probabilidad de instaurar un TCA, mientras que el rechazo social o la exclusión refuerzan la sintomatología depresiva (3). Estos factores interactúan de manera dinámica, configurando un círculo vicioso que deteriora el desarrollo psicosocial.

Por ello, comprender la adolescencia como etapa crítica permite situar los TCA y la depresión no como fenómenos aislados, sino como expresiones de una vulnerabilidad estructural. Esta perspectiva orienta a diseñar intervenciones preventivas centradas en la resiliencia, el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales y el acompañamiento familiar y escolar, reconociendo que la adolescencia es un momento clave para la consolidación de la salud mental futura (4).

Estigma y barreras de acceso a la atención en salud mental

El estigma asociado a los trastornos mentales constituye uno de los principales obstáculos para la detección temprana y el tratamiento oportuno de adolescentes con TCA y depresión. En muchos contextos, persiste la idea de que los síntomas emocionales son manifestaciones de debilidad o falta de carácter, lo que retrasa la búsqueda de ayuda y promueve el ocultamiento de las dificultades emocionales (5).

Este fenómeno se amplifica en los adolescentes, quienes temen ser etiquetados o discriminados en entornos escolares y sociales. La estigmatización tiene efectos directos en la adherencia al tratamiento. Muchos adolescentes interrumpen las terapias psicológicas o farmacológicas por temor a ser señalados por sus compañeros o familiares, lo que aumenta las recaídas y agrava la comorbilidad. Este panorama es aún más complejo en comunidades con acceso limitado a servicios especializados, donde el estigma se combina con barreras estructurales como costos elevados, lejanía de centros de atención o escasa disponibilidad de profesionales capacitados (6).

Las familias, a su vez, pueden reproducir estereotipos que refuerzan la negación del problema. En algunos casos, los padres atribuyen la depresión a la “falta de disciplina” o interpretan los TCA como simples “modas juveniles”, lo que impide que los adolescentes reciban apoyo oportuno. Esta minimización perpetúa la invisibilidad de los síntomas y reduce las posibilidades de intervención temprana (7). Superar estas barreras requiere un enfoque integral que combine estrategias educativas para disminuir el estigma con políticas que amplíen el acceso a servicios de salud mental. Campañas comunitarias, programas escolares de sensibilización y la inclusión de la salud mental en los planes nacionales de atención primaria son medidas necesarias para transformar el imaginario social.

De esta forma, se facilita un acceso equitativo y libre de prejuicios, condición indispensable para reducir la carga de la comorbilidad TCA–depresión en adolescentes (8). Innovaciones terapéuticas y uso de tecnologías digitales La última década ha sido testigo de un avance significativo en la incorporación de tecnologías digitales al tratamiento de los trastornos mentales, incluyendo los TCA y la depresión en adolescentes. Programas de telepsicología, aplicaciones móviles de seguimiento y terapias basadas en realidad virtual han demostrado eficacia en la detección temprana y en la promoción de la adherencia al tratamiento (11).

Estas herramientas ofrecen una alternativa viable en contextos donde las barreras geográficas o sociales limitan el acceso a servicios presenciales. El uso de aplicaciones móviles permite a los adolescentes registrar síntomas diarios de alimentación, estado de ánimo y niveles de actividad, generando datos que retroalimentan al equipo terapéutico. Esta práctica no solo facilita la personalización del tratamiento, sino que también empodera al adolescente al hacerlo partícipe activo en el monitoreo de su salud mental. Asimismo, la gamificación aplicada en algunas plataformas promueve la motivación y reduce la sensación de rigidez en el tratamiento (12).

Otra innovación relevante es la implementación de intervenciones grupales en entornos digitales, como foros moderados y grupos de apoyo virtual. Estas plataformas ofrecen un espacio seguro para compartir experiencias y disminuir el aislamiento, uno de los factores más perjudiciales en la comorbilidad TCA–depresión. Sin embargo, también plantean retos relacionados con la privacidad, la supervisión ética y el riesgo de exposición a contenidos nocivos, como la promoción de conductas alimentarias extremas (13).

El reto para la salud pública y los servicios clínicos es integrar estas innovaciones de manera regulada, ética y culturalmente sensible. Ello implica capacitar a profesionales en el uso de herramientas digitales, garantizar la seguridad de los datos y adaptar los contenidos a las necesidades de los adolescentes latinoamericanos. De este modo, las tecnologías emergen como un complemento eficaz al tratamiento tradicional, ampliando la cobertura y ofreciendo nuevas oportunidades de intervención preventiva y terapéutica (14).

Enfoque transdiagnóstico cognitivo-conductual en TCA y depresión

El marco transdiagnóstico propone que múltiples síntomas —restrictivos, atracones, rumiación o desesperanza— derivan de procesos cognitivos y conductuales compartidos, más que de categorías diagnósticas rígidas. En TCA, los sesgos hacia el control del peso y la forma corporal funcionan como reglas de autoevaluación que sustentan el ciclo de restricción y sobreingesta. Este mismo andamiaje cognitivo se enlaza con la pérdida de refuerzo positivo y el afecto negativo propio de la depresión en

adolescentes. Bajo este prisma, intervenir procesos nucleares comunes mejora dos cuadros a la vez (33).

La teoría cognitiva subraya esquemas estables y creencias centrales —“no valgo” o “solo valgo si soy delgado/a”— que alimentan pensamientos automáticos y conductas de seguridad. En la adolescencia, tales esquemas son especialmente plásticos, lo que vuelve a esta etapa crítica para reestructurarlos antes de que se cristalicen en trayectorias de cronicidad. La tríada cognitiva ofrece una guía concreta para mapear blancos de tratamiento en ambos trastornos (42).

En términos técnicos, la terapia cognitivo-conductual exige hacer visibles las cadenas estímulo-pensamiento-emoción-conducta que mantienen el problema. La psicoeducación, el monitoreo y la experimentación conductual interrumpen evitaciones, mientras que la reestructuración desafía inferencias sesgadas y estándares perfeccionistas inviábiles. Este abordaje, cuidadosamente secuenciado, favorece cambios sostenibles en adolescentes y familias (46).

Además, la evidencia sobre sesgos atencionales y de memoria sugiere que quienes cursan depresión filtran de modo preferente información congruente con el estado de ánimo, intensificando autocrítica, culpa y vergüenza. Cuando estos filtros se acoplan a ideales corporales rígidos, se refuerzan conductas alimentarias de riesgo y se reduce la capacidad para experimentar placer o agencia. Por ello, trabajar con sesgos cognitivos y regulación emocional en paralelo es clave en población joven (46).

Modelo diatesis-estrés y experiencias adversas tempranas

El modelo diatesis-estrés explica por qué algunos adolescentes desarrollan TCA y depresión ante eventos vitales comunes. La vulnerabilidad —biológica, cognitiva o interpersonal— permanece latente hasta que el estrés supera los recursos de afrontamiento, precipitando síntomas. Esta lectura integra factores de riesgo personales y contextuales, y orienta intervenciones que fortalezcan protección y resiliencia (47).

El estrés crónico altera la carga alostática y deteriora la recuperación emocional tras contratiempos cotidianos. En quienes ya presentan perfeccionismo o baja tolerancia al malestar, la presión académica, el juicio de pares o la exposición a estándares corporales

irreales actúan como disparadores. Reducir estrés acumulado y entrenar habilidades de afrontamiento disminuye recaídas y mejora la adherencia terapéutica (48).

La historia de trauma infantil añade una capa biológica: la hiperreactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y patrones de amenaza persistente facilitan respuestas de control rígido de la alimentación o rumiación depresiva. Reconocer esta huella permite ajustar el ritmo terapéutico, priorizar seguridad y evitar intervenciones que se vivan como coercitivas. Un enfoque sensible al trauma es, por tanto, indispensable en clínica adolescente (39).

Los estudios de neuroimagen muestran que la adversidad temprana se asocia con diferencias en subcampos hipocampales y circuitos prefrontales, con efectos en memoria contextual y control ejecutivo. En la práctica, esto se traduce en mayor dificultad para actualizar creencias o sostener nuevas rutinas de autocuidado. Diseñar tareas breves, reforzar logros y usar apoyos visuales facilita el cambio en este perfil neurocognitivo (40).

Aportes de la enfermería: autocuidado, adaptación y competencia cultural

La teoría del autocuidado orienta a identificar déficits concretos en alimentación, sueño, higiene y uso de soporte social, y a co-construir con el adolescente planes factibles para restaurar estas capacidades. En TCA y depresión, el objetivo no es solo “que coma” o “que mejore el ánimo”, sino que recupere agencia para gestionar su salud cotidiana con apoyos graduados y verificables (34).

Desde la ciencia del autocuidado se recomienda traducir metas clínicas en conductas observables y medibles, con retroalimentación frecuente y adaptada a la etapa de cambio. Esto hace visible el progreso y facilita prevenir recaídas, especialmente cuando la motivación fluctúa. La claridad en roles —adolescente, familia y equipo— evita sobrecargas y alinea expectativas realistas (35).

El modelo de adaptación plantea que la persona responde a demandas del entorno mediante subsistemas fisiológico, de autoconcepto, rol e interdependencia. Si las exigencias superan la capacidad adaptativa, emergen respuestas desorganizadas como restricción alimentaria o aislamiento. La enfermería actúa modulando estímulos,

reforzando recursos y facilitando transiciones saludables en escuela, familia y servicios (36).

Actualizar este marco a necesidades actuales implica integrar prioridades globales —equidad, redes comunitarias y continuidad de cuidados— en protocolos locales. En CSMC, esto se traduce en tamizaje sistemático, educación para familias y rutas de derivación claras para riesgo médico o suicida. La perspectiva adaptativa favorece planes flexibles y culturalmente pertinentes para cada adolescente (37).

Consideraciones metodológicas para estudiar la asociación TCA–depresión en adolescentes. Medir la relación entre TCA y depresión exige alinear preguntas, diseño y análisis con la teoría subyacente. Un estudio transversal puede estimar asociación y gradientes de severidad, pero no dirección causal; por ello conviene explicitar supuestos, controlar confusión y reportar precisión de estimadores. La transparencia metodológica fortalece la inferencia y la utilidad clínica de los hallazgos (50).

El marco de vulnerabilidad cognitiva sugiere que variables como perfeccionismo, rumiación y sesgos de atención actúan como mediadores o moderadores de la asociación. Incluir estas medidas en el cuestionario permite probar modelos más informativos que una sola correlación global, y orientar intervenciones hacia procesos modificables en contexto escolar y familiar (44).

La genética familiar y los ambientes compartidos pueden sesgar estimaciones si no se consideran antecedentes de depresión u otros trastornos afectivos en cuidadores. Registrar estos datos como covariables mejora la interpretación y evita atribuir a la conducta alimentaria lo que podría explicarse por carga hereditaria o clima emocional del hogar. Este control es especialmente relevante en muestras clínicas (43).

Por último, la integración teoría-método debe reflejarse en la síntesis de resultados: estimar tamaños de efecto, explorar no linealidades y reportar incertidumbre apoya decisiones clínicas prudentes. En adolescentes, presentar resultados en lenguaje claro para usuarios y familias —sin perder rigor— potencia la transferencia a la práctica y facilita la adopción de acciones preventivas y terapéuticas (46).

La regulación emocional es un mecanismo central en la comorbilidad TCA–depresión. Las dificultades para modular emociones negativas prolongan estados de tristeza y ansiedad, lo que refuerza conductas de control rígido de la alimentación o episodios de atracón como estrategias de afrontamiento ineficaces (46). Este déficit emocional no solo mantiene el malestar, sino que reduce la capacidad de los adolescentes para recuperar estados positivos, generando un ciclo de vulnerabilidad.

El modelo diatesis–estrés describe cómo la exposición a eventos adversos interactúa con la vulnerabilidad emocional, desencadenando síntomas depresivos y conductas alimentarias disfuncionales. En la práctica clínica, se observa que adolescentes con historias de crítica corporal o rechazo social recurren a la restricción alimentaria como falsa forma de control, lo que intensifica la depresión (47).

Los estudios sobre estrés crónico muestran que su acumulación interfiere en el funcionamiento ejecutivo y la capacidad para tomar decisiones adaptativas. Esto explica por qué adolescentes con entornos altamente demandantes o poco contenedores presentan mayor riesgo de recaídas en TCA y depresión (48). Reconocer el rol del estrés en la regulación emocional abre camino a intervenciones centradas en resiliencia.

El entrenamiento en habilidades socioemocionales, mindfulness y tolerancia al malestar ha mostrado eficacia en reducir la impulsividad y mejorar la autoimagen en población joven. Incorporar estas prácticas en la escuela y la familia refuerza los factores protectores, disminuye la sintomatología clínica y facilita la construcción de trayectorias de recuperación más estables (46).

Neurobiología de la motivación y el sistema de recompensa

Las alteraciones en los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos ayudan a explicar por qué los adolescentes con TCA y depresión experimentan anhedonia y búsqueda compulsiva de control alimentario. Una disminución en la liberación de dopamina interfiere en la capacidad de sentir placer, intensificando la desesperanza y favoreciendo conductas extremas como el ayuno prolongado o el atracón (33).

El déficit en la neurotransmisión serotoninérgica también desempeña un papel en la modulación del apetito y el estado de ánimo. Esta disfunción contribuye a la

coexistencia de síntomas depresivos y alimentarios, razón por la cual los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) tienen efectos positivos en ambos cuadros clínicos (30).

Además, la disfunción noradrenérgica y dopaminérgica afecta los procesos de motivación y recompensa, comprometiendo tanto la regulación del ánimo como el control de los impulsos relacionados con la alimentación. Esta evidencia apoya intervenciones psicofarmacológicas personalizadas en adolescentes que no responden adecuadamente a un solo tipo de tratamiento (31).

La integración de estos hallazgos neurobiológicos con la clínica permite comprender que la comorbilidad TCA–depresión no se reduce a factores psicológicos o sociales. Se trata de un entramado de vulnerabilidades biológicas que interactúan con experiencias vitales, justificando la necesidad de abordajes terapéuticos multidimensionales que incluyan farmacoterapia y psicoterapia combinadas (39).

Estigma social y barreras de acceso a la atención

El estigma en torno a los trastornos mentales constituye una barrera crítica para la detección temprana y la adherencia terapéutica en adolescentes con TCA y depresión. En muchos entornos, la depresión es interpretada como debilidad y los TCA como “caprichos” o “modas”, lo que retrasa la búsqueda de ayuda (5). En consecuencia, los síntomas suelen abordarse en etapas avanzadas, con mayor cronicidad.

La estigmatización afecta también a la continuidad de los tratamientos. Adolescentes que logran acceder a servicios de salud mental a menudo interrumpen la terapia por temor a ser señalados en su escuela o comunidad. Este abandono aumenta la probabilidad de recaídas y empeora el pronóstico (6).

Las familias pueden reforzar el estigma al minimizar los síntomas o atribuirlos a falta de disciplina. Esto genera invisibilidad clínica y limita la creación de entornos de apoyo. En adolescentes, esta falta de validación impacta directamente en la autoestima y agrava tanto la restricción alimentaria como la ideación suicida (7).

Superar estas barreras requiere programas de sensibilización escolar y comunitaria, acompañados de políticas que integren la salud mental en la atención primaria. Campañas que promuevan un discurso libre de prejuicios permiten mejorar la detección, facilitar la adherencia terapéutica y disminuir el sufrimiento asociado a la comorbilidad TCA–depresión (8).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

Ho: No existe una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

2.3.2. Hipótesis específicas

Ha₁: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

Ha₂: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

Ha₃: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

Ha₄: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.

3. Metodología

3.1. Método de la investigación

La investigación se enmarca en el método hipotético-deductivo, que parte de la formulación de hipótesis previas que serán contrastadas con datos empíricos recogidos sobre el terreno. Este método permite verificar la validez de las hipótesis planteadas y aceptarlas o rechazarlas de acuerdo a los resultados encontrados. Su aplicación hará posible estudiar asociaciones entre TCA y depresión en adolescentes, apoyándose en

teorías previas y poniéndolas a prueba. Este es un método característico de la investigación cuantitativa, que permite hacer inferencias a poblaciones similares (50).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación será de enfoque cuantitativo, ya que se recolectarán y analizarán datos numéricos. Esta metodología permitirá evaluar de manera objetiva la asociación entre Trastornos de la Alimentación (TA) y depresión en adolescentes, con instrumentos estandarizados y validados. El propósito es determinar la fuerza, dirección y significancia estadística de la asociación entre las dos variables, usando el Beck Depression Inventory-II (BDI-II) y el EAT-26, instrumentos ampliamente usados en contextos clínicos y poblacionales (50).

3.3. Tipo de investigación

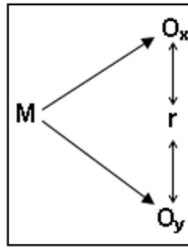
Esta investigación será de tipo aplicada, también conocida como investigación activa o dinámica. Se enfocará en la resolución de problemas concretos dentro de circunstancias y características específicas (51). La investigación aplicada mantiene una estrecha relación con la investigación básica, ya que se apoya en sus resultados y progresos. Por ello, en la investigación empírica el interés principal del investigador se centra en las consecuencias prácticas, las cuales permiten observar la realidad de manera directa.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño metodológico es no experimental, transversal y correlacional. No se manipularán las variables independientes y dependientes; se observarán tal cual se presentan en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Lima. La recolección de datos se hará en un solo momento en el tiempo, lo que permitirá hacer asociaciones estadísticas entre las variables sin inferir relaciones de causa y efecto. Como diseño correlacional, intentará establecer la magnitud y dirección de la relación entre los TCA y los síntomas depresivos en la muestra estudiada (50).

Figura 1

Diagrama del diseño de investigación



Donde:

M: Muestra de adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario de Lima.

Ox : Medición de la variable 1 (trastornos de la conducta alimentaria), usando la escala EAT-26.

r : Grado de relación entre las variables.

Oy : Medición de la variable 2 (depresión), utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

3.5. Población, muestra y muestreo

Adolescentes que acudieron al Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado en Lima en el año 2025 y fueron diagnosticados con TCA. Esta cohorte incluirá aproximadamente 100 pacientes. La muestra será elegida mediante muestreo no probabilístico intencionado o por conveniencia, siendo elegibles solo los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

Criterios de inclusión

- Adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años.
- Usuarios que hayan sido atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, 2025.
- Adolescentes con diagnóstico clínico de trastorno de la conducta alimentaria, establecido por un profesional de salud mental, de acuerdo con criterios diagnósticos vigentes (DSM-5-TR o CIE-11).
- Adolescentes con diagnóstico clínico de depresión o con sintomatología depresiva clínicamente significativa, evaluada mediante instrumentos validados o valoración clínica especializada.

- Historias clínicas completas y legibles, que contengan información suficiente sobre las variables de estudio.
- Adolescentes que cuenten con consentimiento informado del padre, madre o tutor legal, así como asentimiento del adolescente, cuando corresponda.

Criterios de exclusión

- Adolescentes con trastornos neuropsiquiátricos graves (como discapacidad intelectual moderada o severa, trastornos del neurodesarrollo graves o psicosis activa) que dificulten la evaluación clínica de los trastornos de interés.
- Usuarios con patologías médicas crónicas severas (por ejemplo, enfermedades endocrinas o neurológicas no controladas) que puedan interferir con la interpretación de los síntomas depresivos o alimentarios.
- Adolescentes con consumo activo de sustancias psicoactivas que comprometa la validez de la evaluación diagnóstica.
- Historias clínicas incompletas, inconsistentes o con información insuficiente para el análisis de las variables.
- Usuarios que no cuenten con el consentimiento informado correspondiente o que hayan retirado su autorización para el uso de la información clínica.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Variable 2: Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	Desórdenes de naturaleza clínica que se manifiestan a través de hábitos alimentarios inadecuados y una marcada preocupación por el control del peso y la percepción corporal, los cuales generan repercusiones negativas tanto en el bienestar físico como en el psicológico.	La valoración de estas actitudes y comportamientos se realizará empleando el instrumento EAT-26, aplicado a adolescentes que reciben atención en el Centro de Salud Mental Comunitario de Lima.	Comportamiento alimentario	- Restricción intencional de la ingesta - Episodios de sobrealimentación compulsiva - Conductas compensatorias (vómito inducido, laxantes, ejercicio excesivo)	Ordinal	0-10 = Bajo riesgo ≥11 = Alto riesgo
			Imagen corporal	- Grado de aceptación o inconformidad con la apariencia física - Distorsión perceptiva del tamaño o forma corporal - Internalización de estereotipos socioculturales de belleza		
			Psicológica	- Manifestaciones de ansiedad y depresión - Baja autoestima - Esquemas cognitivos disfuncionales		
			Salud física	- Peso corporal - Índice de masa corporal (IMC)		
Depresión	Trastorno del estado de ánimo definido por la presencia continua de sentimientos de tristeza, falta de interés o disminución de la motivación para realizar actividades habituales, acompañado de manifestaciones cognitivas y somáticas que afectan el desempeño cotidiano.	La intensidad de esta sintomatología depresiva en adolescentes será evaluada mediante el BDI-II.	Cognitiva	- Estado persistente de tristeza - Expectativas negativas hacia el futuro - Sentimiento de fracaso personal - Culpabilidad excesiva - Sensación de castigo - Inconformidad con uno mismo - Autocrítica severa - Indecisión - Percepción de minusvalía - Pensamientos o deseos suicidas	Ordinal	0-13 = Mínima 14-19 = Leve 20-28 = Moderada 29-63 = Grave
			Afectivo-emocional	- Tristeza intensa - Pesimismo - Sentimiento de fracaso - Pérdida de disfrute - Sentimientos de culpa y autoinculpción - Sensación de castigo - Disconformidad consigo mismo - Autocrítica constante - Ideas suicidas - Manifestaciones emocionales: llanto, irritabilidad, desinterés - Inseguridad en la toma de decisiones - Minusvalía percibida		
			Somática	- Agotamiento o falta de energía - Alteraciones en el sueño - Cambios en el apetito y peso corporal - Dificultades de concentración - Fatiga constante - Agitación psicomotora - Llanto recurrente - Desinterés en actividades habituales		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En esta investigación se utilizará la encuesta estructurada, con dos instrumentos autoadministrados: el Eating Attitudes Test (EAT-26) y el Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II). Esta metodología permitirá recolectar datos de manera estandarizada, lo que garantizará la objetividad en las respuestas y facilitará la aplicación de estadísticas correlacionales para determinar si existe una asociación entre los trastornos de la alimentación y los síntomas depresivos.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: Escala EAT-26

El EAT-26 es un cuestionario de autoevaluación para identificar conductas alimentarias de riesgo clínico de TCA. El cuestionario consta de 26 ítems que exploran las actitudes de las personas hacia la comida, el control de peso y la imagen corporal. Cada parte tiene 5 respuestas posibles. La puntuación es la siguiente: "Nunca" y "Casi nunca" valen 0 puntos, "A menudo" 1 punto, "Muy a menudo" 2 puntos y "Siempre" 3 puntos. En el ítem 25 la calificación es inversa. El resultado final se obtiene sumando el valor de todas las partes.

Las personas que obtienen una puntuación igual o superior son consideradas en riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Como criterio de clasificación, de 0 a 10 es de bajo riesgo, de 11 a 20 de riesgo moderado y de 21 en adelante de alto riesgo. Esta escala es utilizada a nivel mundial para tamizaje de conductas alimentarias alteradas, permitiendo una intervención temprana y previniendo el desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria.

Instrumento 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

El BDI-II es un instrumento de autoevaluación para medir la severidad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Consta de 21 elementos agrupados en tres dimensiones: cognitiva, emocional-afectiva y somática. Cada pregunta presenta cuatro opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, con una puntuación de 0 a 3. El individuo evaluado debe marcar la afirmación que mejor represente cómo se ha sentido emocionalmente durante las últimas dos semanas, el día de la prueba incluido. Su

validez psicométrica y su capacidad para graduar la severidad del cuadro depresivo lo convierten en un instrumento muy utilizado en la práctica clínica y en la investigación.

La forma de puntuación del BDI-II permite agrupar fácilmente los síntomas depresivos en categorías: 0-13= mínima depresión, 14-19= leve, 20-28= moderada, 29-63= severa. Esta escala permite una evaluación estandarizada de los síntomas, dando un criterio objetivo que ayuda en la toma de decisiones clínicas y en el seguimiento del tratamiento.

3.7.3. Validación

Cuestionario EAT-26

El Eating Attitudes Test (EAT-26) es un instrumento de autoinforme compuesto por 26 ítems, desarrollado inicialmente por Garner et al. (1982) y posteriormente traducido y validado al español por Gandarillas et al. (2003). El cuestionario evalúa actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación y se organiza en tres dimensiones: Dieta (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25), Bulimia y preocupación por la comida (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26) y Control oral (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20).

La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de los ítems, los cuales se califican mediante una escala tipo Likert de cinco alternativas que van desde “Nunca” hasta “Siempre”. En los ítems del 1 al 24 y el 26, la puntuación es directa, mientras que el ítem 25 se califica de forma inversa. El rango total de puntuación oscila entre 0 y 78; un puntaje superior a 20 sugiere riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria y la necesidad de una evaluación clínica más exhaustiva. Cabe señalar que este cuestionario no tiene fines diagnósticos, ya que el diagnóstico debe ser realizado por un profesional especializado. El EAT-26 ha sido validado en múltiples estudios internacionales y adaptado al contexto hispanohablante.

Escala DASS-21 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Autores: Aaron T. Beck et al. (1996)

El Inventario de Depresión de Beck fue diseñado con el objetivo de medir de manera

objetiva las manifestaciones de la depresión. Su finalidad principal es determinar el nivel de severidad o intensidad del trastorno depresivo.

Adaptación: Adaptado por Katherine Milagros Ponte Narro (2019) para su aplicación en trabajadores de la Municipalidad Provincial de Pataz.

Administración: Puede aplicarse de forma individual o colectiva.

Nivel de aplicación: Dirigido a población jóvenes y adultos.

Duración: Aproximadamente 25 minutos.

Materiales: Cuestionario compuesto por 21 ítems.

Dimensiones e ítems:

El inventario evalúa 20 categorías de síntomas y conductas, cada una conformada por 4 o 5 afirmaciones. Los evaluados deben seleccionar la opción que mejor describa su situación actual.

Dimensiones: Cognitivo-afectiva: Comprende los síntomas vinculados al procesamiento cognitivo y a las respuestas emocionales. Incluye los ítems 1 al 15.

- Somático-vegetativa: Hace referencia principalmente a manifestaciones físicas de la depresión. Está integrada por los ítems 16, 17, 18, 19 y 20.

(Mayor detalle en el Anexo 03).

Corrección e interpretación:

Cada uno de los 21 ítems presenta diversas alternativas de respuesta, de las cuales el evaluado debe elegir una. Las respuestas se califican con puntajes que oscilan entre 0 y 3. Posteriormente, se suman los valores obtenidos en todos los ítems para calcular el puntaje total, el cual permite identificar el nivel de depresión: mínima, leve, moderada o grave. Para la versión de 21 ítems no se establece un punto de corte único.

Rangos de puntuación:

- 0 a 13: Ausencia de depresión.
- 14 a 19: Depresión leve.
- 20 a 28: Depresión moderada.
- 29 a 63: Depresión grave.

3.7.3. Confiabilidad

Confiabilidad del EAT-26

El EAT-26 presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.937, manteniéndose estable incluso tras la eliminación de ítems con baja homogeneidad, lo que confirma su elevada confiabilidad.

Confiabilidad del DASS-21

(Para mayor información, véase el Anexo 3).

- Escala cognitivo-afectiva: Confiabilidad = 0,762
- Escala somático-vegetativa: Confiabilidad = 0,629

(mayor detalle anexo 03)

Inventario de Depresión de Beck (BDI) – Ficha técnica

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado por Aaron T. Beck et al. (1996), es una escala diseñada para evaluar de manera objetiva la intensidad y profundidad de los síntomas depresivos. En el contexto peruano, fue adaptado por Katherine Milagros Ponte Narro (2019) para trabajadores de la Municipalidad Provincial de Pataz. Puede aplicarse de forma individual o colectiva a personas mayores de 11 años, con una duración aproximada de 25 minutos. El instrumento consta de 21 ítems.

El inventario evalúa 20 tipos de síntomas y conductas, presentando entre cuatro y cinco alternativas por ítem, de las cuales el evaluado debe seleccionar la que mejor represente su situación actual. Se estructura en dos dimensiones: cognitivo-afectiva, que incluye los ítems del 1 al 15 y evalúa aspectos emocionales y cognitivos; y somático-vegetativa, compuesta por los ítems 16 al 20, orientada a síntomas físicos.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos seguirá una secuencia de fases metodológicas. En primer lugar, el Centro de Salud Mental Comunitario de Lima otorgará las autorizaciones institucionales y las aprobaciones éticas necesarias, asegurando el cumplimiento de los principios de respeto y resguardo de los derechos de los participantes. Posteriormente, los adolescentes y sus tutores legales firmarán el consentimiento informado, tras recibir una explicación detallada sobre los objetivos del estudio, los procedimientos previstos y las medidas de confidencialidad aplicadas a la información recolectada. Una vez garantizados los aspectos éticos, se administrarán los instrumentos estandarizados (BDI-II y EAT-26) a

los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión. Se empleará SPSS versión 28 para el procesamiento de datos.

En el análisis descriptivo, las variables sociodemográficas, así como los puntajes obtenidos en TCA y depresión, serán presentados mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar, de acuerdo con la naturaleza de los datos. Para el análisis inferencial, se evaluará primero la distribución de normalidad aplicando pruebas estadísticas como Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. En caso de que los datos presenten una distribución normal, se empleará el coeficiente de correlación de Pearson para establecer la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión. Si los datos no cumplen con dicho supuesto, se utilizará el coeficiente Rho de Spearman. De esta forma será posible determinar la dirección y magnitud de la asociación entre ambas variables.

3.9. Aspectos éticos

El estudio se desarrollará conforme a las normas del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y la Declaración de Helsinki. Para preservar la confidencialidad, los participantes serán identificados mediante códigos alfanuméricos y los datos se almacenarán en sistemas digitales seguros, accesibles solo al equipo investigador. Se obtendrá consentimiento informado de los adolescentes y sus tutores legales, explicando objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos y el carácter voluntario de la participación. Se aplicarán los principios de beneficencia, equidad y respeto a las personas, asegurando un trato justo, minimizando riesgos y ofreciendo seguimiento clínico en casos que lo requieran.

4.2. Presupuesto

El graduado dirigirá el estudio, con el apoyo y acompañamiento de un guía para el procesamiento manual de la información, con la supervisión del asesor. El graduado también estará a cargo de la preparación, recolección y análisis de la información, también sobre la presentación del informe final, según lo planeado.

a. Recursos institucionales.

- ✓ Biblioteca de los centros universitarios.
- ✓ Sala de cómputo.
- ✓ Los mobiliarios.
- ✓ Internet.

Tesista: **Cruz Villavicencio Naida**

Financiero			
Descripción	Cantidad	P. Unitario S/	Total S/
Almuerzo y meriendas	30 días	20.00	600.00
Fotocopia	1000 copias	0.20	200.00
Viáticos	20 viajes	30. 00	600.00
	Total		1,400.00
Materiales			
Descripción	Cantidad	P. Unitario S/	Total S/
Hoja bond	2 ½ millar	30,00	60.00
Útiles de oficina	Total	200,00	200.00
USB	2 USB	30,00	60.00
Computadora	Una Lenovo	2,900	2,900
Sillas	2 sillas	90.00	180.00
Programa	Sps	140,00	140.00
CD Y DVD	4 CD/ DVD	2,00	8.00

Bocaditos	---	500,00	500.00
Libros	10 libros	60,00	600.00
Wed ciber espacio	400 h.	1.00	400.00
Tinta de impresora	2 tintas	60.00	120.00
Telefonía	50	5.00	250.00
	comunicación		
Encuadernado	10 pastas	20.00	200.00
Global			5,618.00

Presupuesto			
	DISPONIBLES	NO DISPONIBLES	TOTAL
Financieros	S/800.00	S/600.00	S/1,400.00
Materiales	S/3,618.00	S/2,000.00	S/5,618.00
TOTAL	S/4,418.00	S/2,600.00	S/ 7,018.00

Financiamiento.

Autofinanciado.

Este proyecto de investigación será autofinanciado por la Tesista.

Según Mateo (2010), la dificultad para conseguir financiación es el principal obstáculo que enfrentan los emprendedores para realizar sus proyectos. Mateo señala que las Pymes pueden financiar sus inversiones con recursos propios o externos, y detalla las principales fuentes de financiamiento.: (52)

- a. Aportaciones propias.
- b. Bancos e instituciones de crédito.
- c. Ayudas a la pequeña y mediana empresas

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adolescent mental health [Internet]. 2020 [consultado 14 ago 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Espinosa A. Asociación entre la depresión y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro [Tesis de Licenciatura]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2020. Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2030>
3. Medina-Guillen LF, Cáceres Enamorado CR, Medina Guillen MF. Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. MHSalud Rev Cienc Mov Hum Salud [Internet]. 2022;19(2):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.15359/mhs.19-2.6>
4. Rivera A, Camacho M, Reynoso S, Mamani-Urrutia V, Espinoza-Rojas R. Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana, 2021. Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet]. 2022;28(4):1-10. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-22-0047._Mnuscrito_final.pdf
5. Cotrina J, Ramírez A. Relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima—Perú, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/35117>
6. Jiménez A, Marlo L. Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad Señor de Sipán, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/10842>
7. Montesinos M. 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. [Tesis de Licenciatura]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12969/3010>
8. Espinosa A. Asociación entre la depresión y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro. [Tesis de Licenciatura]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2020. Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2030>

9. Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. 513-525.
10. Losada V, Leonardelli E, 2015. Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala en adolescentes social*, vol. 18(1).
11. González M. Depresión y características psicológicas transdiagnósticas en los trastornos de la conducta alimentaria. [Tesis de Maestría]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2022. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28411>
12. Medina-Guillen LF, Cáceres Enamorado CR, Medina Guillen MF. Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. *MHSalud Rev Cienc Mov Hum Salud* [Internet]. 2022;19(2):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.15359/mhs.19-2.6>
13. Ángeles-Rodríguez Y, Vilchis-Chaparro E, Polaco-de La Vega T, Maravillas-Estrada A. Trastorno de ansiedad y depresión en adolescentes y su asociación con el estado nutricional. *Atención Familiar* [Internet]. 2023;25(1):30-34. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187141>
14. Tite Haro AC, Bonifaz Díaz DR, Haro Lara AP, Poaquiiza Aguilar PA. Trastornos alimenticios y pensamientos o conductas suicidas. *Rev Cientif Arbitr Cienc Soc Trab Soc Tejedora* [Internet]. 2024;7(13ep):207-219. Disponible en: <https://doi.org/10.56124/tj.v7i13ep.013>
15. Rivera A, Camacho M, Reynoso S, Mamani-Urrutia V, Espinoza-Rojas R. Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana, 2021. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2022;28(4):1-10. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-22-0047._Mnuscrito_final.pdf
16. Cotrina J, Ramirez A. Relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima—Perú, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/35117>
17. Jimenez A, Marlo L. Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad Señor de Sipán, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/10842>

18. Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. [Internet]. APA Publishing; 2013 [consultado 14 ago 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
19. National Institute of Mental Health. Eating Disorders. [Internet]. 2021 [consultado 14 ago 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
20. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11^a ed. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
21. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* [Internet]. 1979;9(2):273-279. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
22. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* [Internet]. 2003;361(9355):407-416. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
23. Crisp AH. Anorexia nervosa: Let me be. Academic Press; 1980. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(80\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(80)80036-4)
24. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2002;53:187-213. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
25. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* [Internet]. 1980;10(4):647-656. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291700045165>
26. Levine MP, Piran N. Reflections on the role of prevention in the link between sociocultural factors and eating disorders. *Eat Disord* [Internet]. 2001;9(3):239-250. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10640260127525>
27. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull* [Internet]. 2002;128(5):825-848. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
28. Rodgers RF, McLean SA, Paxton SJ. Longitudinal relationships among internalization of media ideals, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. *Dev Psychol* [Internet]. 2015;51(5):706-713. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/dev0000013>

29. Blier P, de Montigny C. Current advances and trends in the treatment of depression. *Trends Pharmacol Sci* [Internet]. 1994;15(7):220-226. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0165-6147\(94\)90311-5](https://doi.org/10.1016/0165-6147(94)90311-5)
30. Papakostas GI. Dopaminergic-based pharmacotherapies for depression. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2006;16(6):391-402. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.01.004>
31. Nestler EJ, Carlezon WA. The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2006;59(12):1151-1159. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.018>
32. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* [Internet]. 2003;41(5):509-528. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
33. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
34. Taylor SG, Renpenning KM. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer; 2011.
35. Roy C, Andrews HA. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
36. Roy C. Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. *Nurs Sci Q*. 2011;24(4):345-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
37. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: A foundational science. *Nurs Sci Q*. 2001;14(1):48-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>
38. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2001;49(12):1023-1039. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01157-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X)
39. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2003;100(7):9039-9044. Disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.1537146100>
40. Delgado PL, Moreno FA. Role of norepinephrine in depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2000;61(S1):5-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10703757/>

41. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Teoría cognitiva de la depresión. 20^a ed. [Internet]. Desclée De Brouwer; 1967 [consultado 14 ago 2024]. Disponible en: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
42. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):109-114. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.109
43. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. Guilford Press; 1998. doi:10.1023/A:1022590730752
44. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. Wiley; 1994. p. 428-466. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1994-97069-009>
45. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
46. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychol Bull* [Internet]. 1991;110(3):406-425. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
47. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2005;1:293-319. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
48. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1977;86(2):103-126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103
49. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. Guilford Press; 1998. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1022590730752>
50. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. 6.^a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018.
51. Rodríguez E. Metodología de la investigación {Internet}. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2005 (Revisado 2005; consultado 2025 agosto de 2025). Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=r4yrEW9Jhe0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=metodologia+de+la+investigacion&ots=8CgKIbi2&sig=BqRLNyYEVScdf6RwtDmT3CMgD58#v=onepage&q=metodologia%20de%20la%20investigacion&f=false>
52. Mateo, D. (2010). *Gestión emprendedora, Estrategias y habilidades para el emprendedor actual* (Primera ed.). Bogotá: Ediciones de la U.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

ASOCIACION ENTRE TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HONORIO DELGADO DE LIMA PERU EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2025.

Formulación Del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, en el periodo de enero a julio del 2025?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, en el periodo de enero a julio del 2025.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la asociación entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Identificar la asociación entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Identificar la asociación entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Identificar la asociación entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, Perú, en el periodo de enero a julio del 2025.</p> <p>Ho: No existe una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima, en el año 2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ha1: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de comportamiento alimentario de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Ha2: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de imagen corporal de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Ha3: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p> <p>Ha4: Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de salud física de los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes.</p>	<p>Variable 1</p> <p>V1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)</p> <p>Dimensiones</p> <p>Dimensión de comportamiento alimentario</p> <p>Dimensión de imagen corporal</p> <p>Dimensión psicológica</p> <p>Dimensión de salud física</p> <p>Variable 2</p> <p>V2. Depresión</p> <p>Dimensiones</p> <p>Cognitiva</p> <p>Afectiva-emocional</p> <p>Somática</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica</p> <p>Método:</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental, transversal</p> <p>Alcance:</p> <p>Asociativo - correlacional</p> <p>Población:</p> <p>100 adolescentes (12 a 17 años) atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario.</p> <p>Muestra:</p> <p>Muestreo no probabilístico por conveniencia</p> <p>Técnica:</p> <p>Encuesta autoadministrada</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Escala EAT-26</p> <p>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), DASS-21</p>

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO EAT-26, PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Asociación entre Trastorno Conducta Alimentaria y Depresión en Adolescentes del del Centro de Salud Mental comunitario , Lima- 2025. Estimados, el propósito de esta encuesta es recabar información para poder evaluar el riesgo de padecer algún tipo de Trastornos en la Conducta Alimentaria, por tal motivo les solicito llenar el cuestionario para participar, tiene derecho a la confidencialidad. Instrucciones: Coloque los indicadores como respuestas a cada pregunta de acuerdo con la siguiente tabla:

Siempre (S)	Casi siempre (CS)	A veces (AV)	Casi nunca (CN)	Nunca (N)
----------------	-------------------	--------------	--------------------	-----------

N°	ITEMS	S	CS	AV	CN	N
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre.					
3	La comida es para mí una preocupación habitual.					
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños.					
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.					
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos.					
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.					
9	Vomito después de comer.					
10	Me siento culpable después de comer.					
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/a.					
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis.					
15	Tardo más tiempo que los demás en comer.					

-
- 16 Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
 - 17 Como alimentos dietéticos.
 - 18 Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
 - 19 Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
 - 20 Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
 - 21 Paso demasiado tiempo pensando en comida.
 - 22 No me siento bien después de haber comido dulces.
 - 23 Estoy haciendo dieta.
 - 24 Me gusta tener el estómago vacío.
 - 25 Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
 - 26 Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.
-

Interpretación

Garner et al. (1982) y posteriormente traducido y validado al español por Gandarillas et al. (2003) (El EAT-26 presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.937)

Subescalas	Pregunta
Dieta	1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25
Bulimia y preocupación por la comida	3,4,9,18,21,26
Control oral	2,5,8,13,15,19,20

Score	Sin Riesgo	Con Riesgo
Puntaje	< 20	≥ 20

Puntaje: _____

Puntaje total: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

Ítems:

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3 Soy un fracaso total como persona.

4. Pérdida de placer

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Sentimiento de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimiento de castigo

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 No estoy descontento de mí mismo.
- 1 Estoy descontento de mí mismo.

2 Estoy a disgusto conmigo mismo.

3 Me detesto.

8. Autocritica

0 No me considero peor que cualquier otro.

1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2 Continuamente me culpo por mis faltas.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamiento o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2 Desearía poner fin a mi vida.

3 Me suicidaría si tuviese oportunidad

10. Llanto

0 No lloro más de lo normal.

1 Ahora lloro más que antes.

2 Lloro continuamente.

3 No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

11. Agitación

0 No estoy especialmente irritado.

1 Me molesto o irrito con más facilidad que antes.

2 Me siento irritado continuamente.

3 Ahora me irritan cosas que antes no me molestaban.

12. Pérdida de interés

0 No he perdido el interés por los demás.

1 Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 He perdido gran parte del interés por los demás.

3 He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1 Evito tomar decisiones más que antes.

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3 Me es imposible tomar decisiones.

14. Desvaloración

0 No creo tener peor aspecto que antes.

1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Pérdida de energía

0 Trabajo igual que antes.

1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 Duermo tan bien como siempre.

1 No duermo tan bien como antes.

2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual

y me cuesta volverme a dormir.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

17.Irritabilidad

0 No me siento más cansado de lo normal.

1 Me canso más que antes.

2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.Cambios en el apetito

0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito.

3 He perdido completamente el apetito.

19 Dificultad de concentración

0 No he perdido peso últimamente.

1 He perdido más de 2 kilos intencionadamente.

2 He perdido más de 4 kilos.

3 He perdido más de 6 kilos.

20.Cansancio o fatiga

0 No estoy preocupado por mi salud.

1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc., el malestar de estómago o la gripe.

2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1 La relación sexual me atrae menos que antes.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3 He perdido totalmente el interés sexual.

Puntuación Total: _____

• Estoy tratando de perder peso comiendo menos.

Sí..... No.....

Ítem	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item 20	1,50	2,446	,408	,181	,562

Anexo: 04

I. Protocolo / Información sobre la participación

Estimado participante:

Se le ha invitado a participar en la investigación “Asociación entre trastorno conducta alimentaria y depresión en adolescentes del centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima Perú en el periodo de enero a julio del 2025”, conducida por la Lic. En enfermería: Naida Cruz Villavicencio, estudiante de la Universidad Norbert Wiener de Lima.

Este documento tiene por finalidad darle información relativa a la investigación en mención para que pueda decidir libremente si desea participar en ella.

La presente investigación tiene como objetivo Determinar la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario.

Se le ha seleccionado porque usted cumple con los criterios de selección para esta investigación: Criterios para la selección u otro dato. Cabe precisar que su participación en la investigación es completamente libre y voluntaria. Usted puede interrumpirla en cualquier momento.

Si accede a participar, su colaboración en la investigación será a través de un cuestionario en que se le plantearán diversas preguntas relacionadas al tema del proyecto mencionado. Su participación tomará aproximadamente 35 minutos. Con la finalidad de poder registrar apropiadamente la información, se solicitará su autorización para realizar el cuestionario, entre otros.

La participación en la presente investigación no implica ningún costo económico para los participantes. Asimismo, no se otorgará ningún tipo de compensación económica, se le entregará el cuestionario en material físico para su participación.

La participación no representa riesgos físicos ni psicológicos para los participantes; sin embargo, en caso de que alguna pregunta genere incomodidad, el participante podrá abstenerse de responder o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello conlleve consecuencia alguna

La información obtenida será únicamente utilizada para fines de la investigación mencionada. Para preservar la confidencialidad de los datos, se adoptarán las siguientes medidas de seguridad: indicar las personas que tendrán acceso a los datos durante y después de la investigación, procesamiento y uso de los datos, entre otros.

Si usted tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede solicitar información o recurrir a:

- Naida Cruz Villavicencio, al correo xxxx@aloe.ulima.edu.pe.

II. Consentimiento informado de padres de menores de edad

Nosotros, _____ con DNI/CE/pasaporte n.o _____, autorizamos que nuestro hijo _____, de ___ años de edad, participe en la investigación “Asociación entre trastorno conducta alimentaria y depresión en adolescentes del centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima Perú en el periodo de enero a julio del 2025”, a cargo del estudiante Naida Cruz Villavicencio.

Declaramos haber sido informados claramente sobre la investigación y su objetivo, los riesgos y beneficios de su participación, la voluntariedad de la participación de nuestro menor hijo y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. También hemos recibido información acerca del investigador responsable y la persona a la que puedo recurrir ante alguna consulta.

Autorizamos que la participación de nuestro menor hijo sea de la siguiente forma:

Modo de participación	Marque con una X según el modo de participación seleccionada
Entrevista	
Cuestionario de preguntas	
Dinámica de grupo	
Indicar cualquier otro modo de participación	

Tenemos conocimiento de que el tratamiento de los datos y su confidencialidad serán preservados, y autorizamos que la información de nuestro menor hijo se utilice de manera anónima en esta investigación y sus productos científicos (informes, artículos, pósteres, entre otros).

Nombre completo de la madre o padre, tutor o curador		Firma
Correo electrónico	Teléfono	Fecha

Nombre completo de la investigador/a responsable		Firma
Correo electrónico		Fecha

III. Asentimiento informado para niños, niñas y adolescentes

Hola:

Mi nombre es Naida Cruz Villavicencio, egresada de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD de la Universidad Norbert Wiener. Soy responsable del proyecto “Asociación entre trastorno conducta alimentaria y depresión en adolescentes del centro de Salud Mental Comunitario Honorio Delgado de Lima Perú en el periodo de enero a julio del 2025”, y quiero invitarte a participar en él.

Nuestra investigación tiene como objetivo principal Determinar la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario. Te pedimos que nos apoyes participando en Actividad de realizar el cuestionario de preguntas.

Toda información que nos brindes será confidencial, por lo que nadie conocerá tus respuestas. Solamente los miembros de la investigación podrán verla y no se la entregarán a nadie. Tu participación es libre y voluntaria. Si tu papá, mamá o apoderado te autorizó a participar, pero tú no lo deseas hacer, puedes decirnos con toda confianza. O si decides participar y en el transcurso de la investigación ya no deseas continuar, también puedes comunicárnoslo.

Marca con una X en la opción que prefieras:

Deseo participar.

No deseo participar.

En caso de que desees participar en esta investigación, coloca tus datos:

Nombre _____ del _____ participante:

Edad (en años y meses): Años: _____ Meses: _____

Fecha: _____




12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-16	3%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
3	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-25	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Internet	www.researchgate.net	<1%
7	Internet	psiquiatria.com	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-06-01	<1%
9	Internet	repositorio.upao.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Maria Auxiliadora SAC on 2024-03-26	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad San Ignacio de Loyola on 2026-01-25	<1%