

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**Trastorno de atracción como factor asociado a conductas autolesivas en
adolescentes de la I.E. Augusto Salazar Bondy**

Área de Investigación:
Salud Mental

Autor:
Aranda Vega Tatiana Alexandra

Jurado Evaluador:
Presidente: Milko Salvador Di Natale Guevara
Secretario: Carlos Eduardo Fajardo Arriola
Vocal: Edgar Alonso Rodríguez Zanabria

Asesor:
Timana Curay Denisse Carolina
CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4361-3961>

PIURA – PERÚ
2023

Fecha de Sustentación: 17 de julio del 2023

TESIS_-_ARANDA_VEGA_TATIANA_2-1.docx

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.upao.edu.pe Internet Source	4%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	3%
3	1library.co Internet Source	1%
4	repository.usta.edu.co Internet Source	1%
5	buleria.unileon.es Internet Source	1%
6	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Student Paper	1%
7	riucv.ucv.es Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

Declaración de originalidad

Yo, *Timana Curay Denisse Carolina*, docente del Programa de Estudio de pregrado de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la Tesis titulada “*TRASTORNO DE ATRACÓN COMO FACTOR ASOCIADO A CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E. AUGUSTO SALAZAR BONDY*”, autor *Aranda Vega Tatiana Alexandra*, dejo en constancia lo siguiente:

- *El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 10%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el día 26 de Junio del 2023.*
- *He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.*
- *Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.*

Lugar y fecha: Piura, 26 de Julio del 2023.

Apellidos y nombres del asesor: Timana Curay Denisse Carolina

DNI: 45293269

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4361-3961>

FIRMA:



Denisse Carolina Timaná Curay
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 64576 - R.N.E. 44118

Apellidos y nombres del autor: Aranda Vega Tatiana Alexandra

DNI: 70784442

FIRMA:



DEDICATORIA

Le dedico el resultado de este trabajo a Dios quien ha sido mi guía y fortaleza desde siempre.

A mis padres Manuel y Leyden, quienes me apoyaron y contuvieron en los momentos más difíciles de la carrera. Gracias por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mi una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. Ustedes me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño, todo esto sin pedir nada a cambio.

A mis hermanos Fiorella y Christian por siempre creer en mi, por apoyarme cuando lo necesito, por extender su mano en los momentos difíciles y por el cariño brindado cada día, de verdad muchas gracias hermanitos, siempre los llevo en mi corazón.

Finalmente hoy cuando concluyo mi etapa universitaria, estoy orgullosa que estén a mi lado en este momento tan importante, gracias por todo.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero expresar mi gratitud a mi familia porque siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que siempre me han impulsado a perseguir mis metas y nunca abandonarlos frente a las adversidades.

Mi profundo agradecimiento a las autoridades, personal, padres de familia y alumnos de la I.E. Augusto Salazar Bondy, por confiar en mi, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso de investigación dentro del establecimiento educativo.

A todos mis docentes que han sido parte de mi camino universitario, les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí, porque sin su apoyo los conceptos serían solo palabras.

A mis cointernos y licenciado Jhon Sanchez, que me dieron la mano en la recolección de datos y me acompañaron por cada aula a donde ingresaba a realizar mis encuestas.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Marco Serrano y la Dra. Denisse Timana, principales colaboradores durante este proceso, quienes con su dirección, conocimiento y enseñanza permitieron el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar si el trastorno de atracón es un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes. Con el fin de fortalecer el sistema educativo, debido a que nuestros resultados permitirán realizar un abordaje precoz a dichas conductas, a fin de evitar consecuencias para el desarrollo psicosocial del adolescente.

Materiales y métodos: El estudio incluyó 204 participantes que cumplieron con los criterios de selección, a los cuales se les realizó una entrevista anónima de donde se obtuvo la información correspondiente a cada variable de investigación, y se determinó en un mismo tiempo la asociación entre el trastorno por atracón y la conducta autolesiva.

Resultados: El estudio informó que el 61.8% de los adolescentes presentaron trastorno por atracón; y el 38.2% no presentaron dicho trastorno. El análisis determinó que el trastorno de atracón está asociado significativamente con conductas autolesivas en adolescentes, obteniéndose $X^2 = 43,369$ y valor $p < 0,05$.

Conclusiones: Los adolescentes de la I. E. Augusto Salazar Bondy que presentan trastorno de atracón poseen mayor riesgo de desarrollar conductas autolesivas.

Palabras clave: Trastorno de atracón, conductas autolesivas (Pubmed, términos Mesh).

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to determine if binge eating disorder is a factor associated with self-injurious behavior in adolescents. In order to strengthen the educational system, because our results will allow an early approach to such behaviors, in order to avoid consequences for the psychosocial development of the adolescent.

Materials and methods: The study included 204 participants who met the selection criteria, who underwent an anonymous interview from which the information corresponding to each research variable was obtained, and the association between the binge eating disorder and self-injurious behavior.

Results: The study reported that 61.8% of adolescents presented binge eating disorder; and 38.2% did not present said disorder. The analysis determined that binge eating disorder is significantly associated with self-injurious behavior in adolescents, obtaining $X^2 = 43.369$ and p value < 0.05 .

Conclusions: Adolescents from the I.E. Augusto Salazar Bondy who present binge eating disorder have a higher risk of developing self-injurious behaviors.

Key words: Binge eating disorder, self-injurious behaviors (Pubmed, Mesh terms).

PRESENTACIÓN

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “TRASTORNO DE ATRACÓN COMO FACTOR ASOCIADO A CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E. AUGUSTO SALAZAR BONDY”, un estudio observacional de tipo transversal analítico, que tiene como objetivo determinar si el trastorno de atracón es un factor asociado a conductas autolesivas. Con la finalidad de aportar información importante que mejore las estrategias de prevención y tratamiento de este trastorno.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
PRESENTACIÓN	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	10
III. HIPÓTESIS.....	10
IV. OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	11
V. MATERIAL Y MÉTODOS	11
5.1. DISEÑO DE ESTUDIO:.....	11
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	11
5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	11
5.4. MUESTRA:	11
5.5. VARIABLES:	12
5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES:.....	1
5.7. PROCEDIMIENTO:	13
5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:	13
VI. RESULTADOS	15
VII. DISCUSIÓN	17
VIII. CONCLUSIONES	20
IX. RECOMENDACIONES	21
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios son un grupo de trastornos mentales caracterizados por hábitos alimenticios anormales. Estos trastornos ocurren con mayor frecuencia durante la adolescencia tardía y adultez temprana (1). Dentro de este grupo destacan: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (2). Este último corresponde a la ingesta de cantidades excesivas de alimentos durante un período de tiempo limitado mientras experimenta sentimientos de pérdida de control asociado a malestar intenso, y se define según los criterios del DSM-5-TR como al menos un episodio por semana durante los últimos 3 meses. El trastorno de atracón es el más común de los trastornos alimentarios, con una prevalencia que se estima entre el 1,9% al 2,8%. Así mismo es más frecuente en poblaciones con sobrepeso, donde alcanza un 30%, con tendencia predominante en el 5% de mujeres y 3% de hombres (3).

La etiología del trastorno de atracón es multifactorial; sin embargo, está fuertemente relacionado con la influencia cultural y social. Los estudios demuestran que las personas con trastornos alimentarios suelen sufrir problemas mentales como alcoholismo, depresión, estrés social, y otros problemas de ansiedad (4).

En el mismo sentido, el trastorno de atracón es una enfermedad psiquiátrica que conlleva directamente al desarrollo de comorbilidades con alta mortalidad (5). Se describen mayores resultados en incidencia de enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico en personas que padecen trastornos alimentarios, así como la presencia de tasas más altas en problemas para dormir (6).

La autolesión no suicida incluye lesiones en la piel ocasionada por cortes, fricciones o quemaduras; golpes con objetos duros en extremidades o cabeza; y tirones de cabello (7). Para motivos de investigación, el DSM-5-TR proporcionó una definición más precisa para esta conducta, que describe un comportamiento que intencionalmente cause sangrado, hematomas o dolor en la superficie corporal durante 5 o más días, pero que solo provoque lesiones físicas leves a moderadas sin causar la muerte (8).

Este trastorno se observa con frecuencia en pacientes con depresión o trastorno bipolar que tienen poca capacidad de regulación emocional y afrontamiento (10). La evidencia aún no es clara en sí existe una diferencia en la prevalencia según el sexo, algunos estudios informan una mayor prevalencia entre mujeres y otros no encuentran diferencia significativa; sin embargo, se logró asociarla con el estado civil, situación laboral, y situación socioeconómica (11,12). Dentro de los elementos relacionados con el diagnóstico, se han mencionado los episodios de angustia y depresión, así como otras condiciones precipitantes psicológicas caracterizadas por ansiedad e impulsividad intensa (13,14).

Si bien la definición de conductas autolesivas excluye los trastornos alimentarios, existe una fuerte relación entre este trastorno y los síndromes de conducta alimentaria, la cual se evidencia en la mayor prevalencia de autolesiones en este grupo de personas (15). Una de las posibles explicaciones de la mayor frecuencia de esta conducta en personas con atracones alimentarios, es la hipótesis de que estos pacientes son más impulsivos que la población sana (16).

Se ha evidenciado un aumento de eventos que requieren atención de urgencia en pacientes con trastorno de atracón, confirmando así la idea del aumento de la impulsividad en estos pacientes (17). Sin embargo, también se ha descrito que el trastorno por conducta alimentaria conllevaría una conducta que disfruta de conductas de riesgo, precipitada en el contexto de las emociones negativas (18).

Warne N, et al, evaluaron la ocurrencia de autolesiones y conductas alimentarias desordenadas en 5710 personas de entre 16 y 24 años, Donde informaron una asociación entre las autolesiones y los trastornos alimentarios, predominando el ayuno (47,2%), atracones (38,4%) (19). Depestele, et al, estudiaron a 53 mujeres adolescentes hospitalizadas por anorexia nerviosa, anorexia por atracones y bulimia nerviosa, donde se informó que 32 pacientes (60,4%) habían cometido al menos un tipo de conducta autolesiva en su vida, mientras que 21 pacientes (39,6%) nunca presentaron estas conductas ($p < 0.05$) (20). Buelens T, et al, investigaron el riesgo de conductas autolesivas en 189 pacientes con atracones, mostrando que la frecuencia de conductas autolesivas fue de 16% en los casos y 5% en los controles ($p < 0.05$) (21). Claes L, et al, asociaron las conductas autolesivas en pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y bulimia.

En controles sanos la prevalencia fue del 19% y en los casos fue de 39% (OR 2.80 $p < 0.05$) (22).

Los trastornos alimentarios son un espectro de alteraciones psiquiátricas que tienen una elevada prevalencia e incidencia en la población de adolescentes y jóvenes de nuestro entorno. Si bien la anorexia y la bulimia son los observados con mayor frecuencia, el trastorno de atracón es otra variante cuya frecuencia va en aumento. El presente estudio conllevaría un beneficio para el sistema educativo, debido a que nuestros resultados permitirán realizar un abordaje precoz a dichas conductas, a fin de evitar consecuencias para el desarrollo psicosocial del adolescente, siendo esta una población vulnerable al riesgo psicosocial. Por último, la finalidad de este estudio es determinar si el trastorno de atracón es un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Es el trastorno de atracón un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes de la I.E. Augusto Salazar Bondy?

III. HIPÓTESIS

Hipótesis Nula (H_0): El trastorno de atracón no es un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes de la I.E. Augusto Salazar Bondy.

Hipótesis Alterna (H_i): El trastorno de atracón es un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes de la I.E. Augusto Salazar Bondy.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si trastorno de atracón es un factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes de la I.E. Augusto Salazar Bondy.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la incidencia del trastorno de atracción en adolescentes con índice alto, moderado, o bajo para conductas autolesivas no suicidas.
- Determinar la incidencia de trastorno de atracción en adolescentes con conductas autolesivas no suicidas.
- Comparar la incidencia de conductas autolesivas con índice alto, moderado, o bajo en adolescentes según el sexo.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO: Analítico, observacional, transversal.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Estudiantes de la Institución Educativa Augusto Salazar Bondy.

5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos adolescentes (De 13 años a 16 años).
- Alumnos que cursan el año académico 2022.
- Alumnos de 3º, 4º y 5º de secundaria.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos con diagnóstico de depresión.
- Alumnos con diagnóstico de autismo.
- Alumnos con diagnóstico de trastorno bipolar.
- Alumnos con diagnóstico de retraso mental.

5.4. MUESTRA:

El tipo de muestreo empleado es el no probabilístico, la unidad de análisis son los estudiantes de la Institución Educativa Augusto Salazar Bondy, la unidad de muestreo son los pacientes de la unidad de análisis que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, el tamaño de muestra se obtuvo según la proporción de la variable de estudio en la población de referencia, obteniendo un valor de 204 sujetos.

5.5. VARIABLES:

Nombre	Efecto	Tipo	Registro
Conducta autolesiva no suicida	Dependiente	Cualitativa / Nominal	Bajo / Moderado / Alto.
Trastorno de atracón	Independiente	Cualitativa / Nominal	Sí / No.
Sexo	Interviniente	Cualitativa / Nominal	Femenino / Masculino.

5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Trastorno por atracón:** Definido como un comportamiento alimentario caracterizado ingesta de cantidades excesivas de alimentos durante un período de tiempo limitado mientras experimenta sentimientos de pérdida de control asociado a malestar intenso, sin intentos de compensación con vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno, al menos una vez a la semana durante tres meses. Para el estudio se considerará el diagnóstico por medio de los criterios del DSM-5-TR (Anexo 2) (24).

- **Conductas autolesivas:** Actos de autolesión intencional a través de cortes, quemaduras o golpes, que no conllevan a un riesgo de muerte, y tienen la finalidad de ocasionar consuelo ante sentimientos negativos. Para el estudio se valorará por medio de la Escala de Autolesión Shager (Anexo 3), que incluye tres categorías que son: bajo, moderado, y alto. Tiene como objetivo identificar autolesión en adolescentes y es de administración individual o colectiva, con un tiempo de aplicación de 20 minutos aproximadamente. Asimismo, cuenta con validez de constructo y confiabilidad de 0.912. La escala cuenta con 30 ítems distribuidos en siete dimensiones: Influencia Interpersonal, Autocastigo, Antisuicidio, Sexual, Regulación del Afecto, Disociación y Límites Interpersonales. Contiene cinco opciones de respuesta con escala de tipo Likert, que va desde uno (Nunca) hasta cinco (Siempre). Además, para fines de la investigación se establecieron las normas de tipo percentil para la categorización de la variable y sus dimensiones en la población objeto de estudio (25).
- **Sexo:** Género del estudiante en función del fenotipo característico al momento de la entrevista.

5.7. PROCEDIMIENTO:

Se presentó la solicitud correspondiente a la dirección de escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, para la inscripción y aprobación del proyecto de tesis, así mismo se requirió la autorización de la Institución Educativa Augusto Salazar Bondy para el ingreso a sus ambientes y la realización del estudio. Posterior a la aprobación, se revisó el total de estudiantes y se eligió a los que cumplan con los criterios de selección, a los cuales se les entregó el asentimiento y consentimiento informado para ser firmado por sus padres, debida su condición de menores de edad. Inmediatamente, se realizó la entrevista anónima a todos los estudiantes incluidos en el estudio, cumpliendo con el tamaño de nuestra muestra. Por último, se obtuvieron los valores registrados para cada participante a fin de extraer la información correspondiente a cada variable de investigación y

determinar en un mismo tiempo la asociación entre el trastorno por atracón y la conducta autolesiva.

5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos fueron procesados mediante el programa de análisis IBM SPSS STATISTICS 27.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA:

Para el análisis de las variables de interés se utilizó la medida estadística Chi-Cuadrado, con pruebas de comparaciones múltiples ajustadas por Bonferroni, con una significancia estadística de: valor $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se realizó con la autorización del Comité de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego, y respetando el principio de la confidencialidad descrito en la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud. En conformidad al Art. 15 “Toda persona, merece el respeto de su dignidad e intimidad; y de exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica” (26,27).

VI. RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 204 sujetos, de los cuales, el 61.8% presentaron trastorno de atracón; y el 38.2% no presentaron dicho trastorno. Se determinó que el porcentaje de conductas autolesivas de nivel bajo y moderado es menor en los adolescentes con trastorno de atracón en comparación de los que no tienen, sin embargo, el porcentaje de conductas autolesivas de nivel alto es mayor en los adolescentes con trastorno por atracón, estas diferencias son estadísticamente significativas (Tabla N°1).

Tabla N°1

Trastorno de atracón como factor asociado a conductas autolesivas en adolescentes

Conductas Autolesivas	Trastorno por atracón			
	Si		No	
	n	61.8%	n	38.2%
Bajo	14	11.1%	28	35.9%
Moderado	35	27.8%	38	48.7%
Alto	77	61.1%	12	15.4%
Total	126	100.0%	78	100.0%

Prueba X^2 y de comparaciones de columnas con ajuste de Bonferroni

El estudio mostró que el trastorno de atracón está asociado significativamente con conductas autolesivas en adolescentes, obteniéndose $X^2 = 43,369$ y valor $p < 0,05$ (Tabla N° 2).

Tabla N°2: Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para trastorno de atracón como factor asociado a conducta autolesiva en adolescentes.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
Trastorno por atracón		
Conductas Autolesivas	Chi-cuadrado	43.369
	df	2
	Sig.	,000*

Igualmente, se determinó que la presencia de conductas autolesivas de nivel alto fue mayor en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino, no obstante, en conductas autolesivas de nivel moderado no se encontraron diferencias significativas y en conductas autolesivas de nivel bajo fue mayor en el sexo masculino en comparación al sexo femenino (Tabla N° 3).

Tabla N° 3

Conductas autolesivas según sexo en adolescentes

Conductas Autolesivas	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Bajo	6 ^a	5.9%	36 ^b	35.3%
Moderado	37 ^a	36.3%	36 ^a	35.3%
Alto	59 ^a	57.8%	30 ^b	29.4%
Total	102	100.0%	102	100.0%

Prueba X² y de comparaciones de columnas con ajuste de Bonferroni

El estudio mostró que el trastorno de atracón está asociado significativamente con conductas autolesivas en adolescentes de sexo femenino, obteniéndose X² = 30.892 y valor p < 0,05 (Tabla N° 4).

Tabla N°4: Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para conducta autolesiva en adolescentes según el sexo femenino.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		Sexo femenino
Conductas Autolesivas	Chi-cuadrado	30.892
	df	2
	Sig.	,000*

VII. DISCUSIÓN

Nuestros resultados evidenciaron las tasas de prevalencia alarmantemente altas de conductas autolesivas en adolescentes con trastorno alimentario, las cuales ya se habían descrito en otras investigaciones. El 61.8% de los estudiantes informó haber cometido algún acto autolesivo en su vida, y el 38.2% no lo informó. Con solo algunos pocos estudios previos, nuestra información proporciona evidencia de asociación significativa para una mayor incidencia de cortes, golpes, mordeduras y quemaduras en pacientes con trastorno de atracón en comparación con personas sanas (28).

Curiosamente, investigaciones describieron que las personas hospitalizadas por algún trastorno alimentario, experimentaban una pérdida de control cuando eran presionados para comer (29). Esta pérdida de control conllevaría a una afección en la sensación de dominio o poder sobre su cuerpo, ya sea por voluntad propia de comer excesivamente o por la presión de los padres o amigos para hacerlo, los pacientes con atracón pierden el sentido del dominio sobre sí mismos, y a menudo requiere compensar esta situación con otro dominio, en este último surgen los actos de autolesión (30,21).

En busca de un mecanismo multifactorial para las conductas autolesivas no suicidas, se investigó las dimensiones del temperamento y el carácter, y se determinó que estos pacientes tenían mayor tendencia a buscar experiencias nuevas y arriesgadas, posiblemente tomando decisiones impulsivas y peligrosas al hacerlo (31). Además, tenían menos actitud de perseverar y superar la frustración, y, por el contrario, se sentían abrumados la mayor parte del tiempo. De igual forma, tanto la búsqueda de experiencias novedosas como la baja persistencia emocional, indican la desregulación de los impulsos, que estudios anteriores ya habían atribuido a pacientes con trastorno por atracón (32).

Por otra parte, los pacientes con trastorno de atracón que comenten actos autolesivos, experimentan un menor control sobre sus propias emociones, y luchan por equilibrarse a sí mismos para alcanzar sus metas, lo que se conoce como una autodirección baja (33). También se asoció a estos pacientes con una alta sensación de ansiedad en situaciones de interacción social, así como a

inseguridad excesiva con respecto a los demás. Los pacientes con trastorno de atracón que practican actos autolesivos tienen una tendencia más alta a estar preocupados por cumplir las expectativas propias y de los demás, en comparación con pacientes sanos (34). En entrevistas, pacientes en tratamiento para el trastorno por atracón describieron cómo usarían la autolesión para castigarse a sí mismos cuando sentían que no estaban cumpliendo con sus propios estándares o cuando creían que habían decepcionado a sus padres o terapeutas. En concordancia, el perfil temperamental de pobre autodirección y frustración continua caracteriza a los pacientes con trastorno de atracón que comete cualquier tipo de acto autolesivo (35).

De hecho, también se ha descrito que después de los primeros actos de autolesión con uno o varios métodos, las personas a menudo siguen interesados en buscar una nueva sensación o experiencia (36). En consecuencia, una vez que el comportamiento sobrepasa la simple experimentación y se transforma en una estrategia para afrontar la angustia, la función de búsqueda de sensaciones nuevas que habíamos descrito anteriormente pierde terreno (37). Y en contraparte, la función de la regulación de emociones tomaría mayor importancia y se destacaría en la medida que aquellos pacientes continúen cometiendo estos actos para evitar y regular el efecto negativo abrumador de las circunstancias de su vida. Aunque actualmente se desconoce si una adicción patológica estaría interviniendo en estos pacientes (38).

Aunque la presente investigación trata de contribuir a comprender la asociación que existe entre los pacientes con trastorno de atracón con la conducta autolesiva, no estamos exentos de limitaciones. Nuestros hallazgos están basados únicamente en cuestionarios a adolescentes escolares. La recopilación de información a partir de una sola herramienta de datos podría conllevar a un sesgo de información. Por otra parte, la práctica de conductas autolesivas es usualmente reservada, y su notificación mediante entrevista no siempre será confiable (21).

Agregado a lo anterior, se utilizó el DSM-5-TR para medir la variable del trastorno de atracón, el cual aún no tiene su versión oficial en español, sin embargo debido a que no se modificaron los criterios diagnósticos se utilizó los criterios del DSM-

5 para el momento de la entrevista. La muestra de nuestro estudio estuvo conformada únicamente por adolescentes escolares de la institución educativa Salazar Bondy, los hallazgos encontrados no pueden ser generalizados a otras poblaciones, como personas más jóvenes o mayores, o aquellos hospitalizados que reciben algún tratamiento psiquiátrico. Por último, nuestras conclusiones en cierto modo están restringidas por la condición transversal de nuestro estudio.

VIII. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes de la I. E. Augusto Salazar Bondy que presentan trastorno de atracón poseen mayor riesgo de desarrollar conductas autolesivas.
2. Los adolescentes de la I. E. Augusto Salazar Bondy que no presentan trastorno de atracón poseen menor riesgo de desarrollar conductas autolesivas.

IX. RECOMENDACIONES

1. Estudios posteriores en el mismo tema podrían realizar entrevistas estructuradas con un enfoque multi-metodológico.
2. Se deberían realizar estudios en adolescentes con actos autolesivos, usando medidas conductuales.
3. Se deben realizar estudios longitudinales sobre la asociación entre el trastorno por atracón y las conductas autolesiva.
4. Se deben realizar estudios observacionales que analicen los efectos del temperamento en pacientes con trastorno por atracón y conductas autolesivas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jung J-Y, Kim K-H, Woo H-Y, Shin D-W, Shin Y-C, Oh K-S, Shin E-H, Lim S-W. Binge eating is associated with trait anxiety in Korean adolescent girls: a cross sectional study. *BMC Womens Health*. 2017;17:8.
2. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: a review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274.
3. Hutson PH, Balodis IM, Potenza MN. Binge-eating disorder: clinical and therapeutic advances. *Pharmacol Ther*. 2018;182:15–27.
4. Saleh RN, Salameh RA, Yhya HH, Sweileh WM. Disordered eating attitudes in female students of an-Najah National University: a cross-sectional study. *J Eat Disord*. 2018;6:16.
5. Herman BK, Deal LS, DiBenedetti DB, Nelson L, Fehnel SE, Brown TM. Development of the 7-item binge-eating disorder screener (BEDS-7). *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;18(2):10.
6. West CE, Goldschmidt AB, Mason SM, Neumark-Sztainer D. Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: findings from project EAT. *Int J Eat Disord*. 2019; 52(6):659–68.
7. Kiekens G. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An Update on What We Do and Do Not Know. *Current Psychiatry Reports* 2020; 22: 68
8. Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Compr Psychiatry*. 2018;80:170–8.
9. Kiekens G, Hasking P, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, Boyes M, et al. The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: prevalence and associations with 12- month mental disorders

- and suicidal thoughts and behaviors. *Depress Anxiety*. 2018;35(7):629–37.
10. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20.
 11. Baiden P, Stewart SL, Fallon B. The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse Negl*. 2017;69:163–76.
 12. Benjet C, González-Herrera I, Castro-Silva E, Méndez E, Borges G, Casanova L, et al. Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *J Affect Disord*. 2017;215:1–8.
 13. Weintraub MJ, Van de Loo MM, Gitlin MJ, Miklowitz DJ. Self-harm, affective traits, and psychosocial functioning in adults with depressive and bipolar disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(11):896–9.
 14. Fang J, Li W. Investigation of status and risk factors in major depressive disorder patients with non-suicidal self-injury. *J Clin Psychiatry (Chinese)*. 2019;29(1):19–21.
 15. Lang J, Yao Y. Prevalence of nonsuicidal self-injury in chinese middle school and high school students: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(42): e12916.
 16. Calhoun PS, Van Voorhees EE, Elbogen EB, Dedert EA, Clancy CP, Hair LP, et al. Nonsuicidal self-injury and interpersonal violence in U.S. veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2017;247:250–6
 17. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899–911.

18. Galmiche M, Dechelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402–13.
19. Warne N. Comorbidity of self-harm and disordered eating in young people: Evidence from a UK population-based cohort. *J Affect Disord.* 2021;282:386-390.
20. Depestele L. PARENTAL AUTONOMY-SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL CONTROL IN EATING DISORDER PATIENTS WITH AND WITHOUT BINGE-EATING/PURGING BEHAVIOR AND NON-SUICIDAL SELF-INJURY. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2017; 36 (2): 126-141.
21. Buelens T. Temperament and Character Traits of Female Eating Disorder Patients with(out) Non-Suicidal Self-Injury. *J. Clin. Med.* 2020; 9: 1207.
22. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, JimenezMurcia S, Granero R, Agüera Z, et al. The Relationship between Non-Suicidal Self-Injury and the UPPS-P Impulsivity Facets in Eating Disorders and Healthy Controls. *PLoS ONE* 2016, 10(5): e0126083.
23. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* 2005; 11(1-2): 333-338.
24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022: 570-574
25. Dávila Obando, S.G. Diseño y Validación de una Escala de Autolesión en escolares del distrito de los Olivos 2015, Institutional Repository.
26. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.

27. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.
28. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2019.
29. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019.
30. Son Y, Kim S, Lee JS. Self-Injurious Behavior in Community Youth. *Int J Environ Res Public Health.* 2021.
31. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr.* 2021.
32. Khutoryanskaya JV, Pozdnyak VV, Grechanyy SV. Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova.* 2022.
33. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Update on Binge Eating Disorder. *Med Clin North.* 2019.
34. Walenda A, Bogusz K, Kopera M, Jakubczyk A, Wojnar M, Kucharska K. Emotion regulation in binge eating disorder. *Psychiatr Pol.* 2021.
35. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2022.
36. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2021.
37. Farhat LC, Roberto AJ, Wampler J, Steinberg MA, Krishnan-Sarin S, Hoff RA, Potenza MN. Self-injurious behavior and gambling-related attitudes, perceptions and behaviors in adolescents. *J Psychiatr Res.* 2020.

38. Zinchuk MS, Avedisova AS, Voinova NI, Kustov GV, Pashnin EV, Gulyaeva NV, Guekht AB. Pain perception and nonsuicidal self-injurious behavior. Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova. 2020.

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN. DSM-5 (APA, 2013).

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

– *En remisión parcial:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

– *En remisión total:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

– *Leve:* 1-3 atracones a la semana.

– *Moderado:* 4-7 atracones a la semana.

– *Grave:* 8-13 atracones a la semana.

– *Extremo:* 14 o más atracones a la semana.

ANEXO 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO DE ATRACÓN DSM-5-TR (2022)

Binge-Eating Disorder

Diagnostic Criteria	F50.81
<p>A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).	
<p>B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Eating much more rapidly than normal.2. Eating until feeling uncomfortably full.3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward.	
<p>C. Marked distress regarding binge eating is present.</p>	
<p>D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 months.</p>	
<p>E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.</p>	
<p><i>Specify if:</i></p> <p>In partial remission: After full criteria for binge-eating disorder were previously met, binge eating occurs at an average frequency of less than one episode per week for a sustained period of time.</p> <p>In full remission: After full criteria for binge-eating disorder were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.</p>	
<p><i>Specify current severity:</i></p> <p>The minimum level of severity is based on the frequency of episodes of binge eating (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.</p> <p>Mild: 1–3 binge-eating episodes per week.</p> <p>Moderate: 4–7 binge-eating episodes per week.</p> <p>Severe: 8–13 binge-eating episodes per week.</p> <p>Extreme: 14 or more binge-eating episodes per week.</p>	

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOLESIÓN SHAGER Sharon Geraldine, Dávila Obando (2015)

Grado de instrucción: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación aparecen frases que describen diversas situaciones, lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas. No hay respuestas correctas ni incorrectas, responda con la máxima sinceridad. Coloque una equis (X)

Responda teniendo en cuenta las siguientes alternativas de respuesta.

NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

Ítems	1	2	3	4	5
1. Te has sentido presionado(a) o influenciado(a) por otras personas para hacerte daño					
2. Alguna vez has tenido la necesidad de hacerte daño.					
3. Has pensado en autolesionarte.					
4. Tomas laxantes para adelgazar					
5. Alguna vez te has inducido el vómito.					
6. Hay por lo menos dos personas a las que les puedo hablar si me quiero hacer daño					
7. Puedes conversar sin sentirte muy incómodo(a) de la autolesión con al menos compañeros (as) de clase con tal de conseguir ayuda.					
8. Cuentas con un listado de cosas que puedes hacer para lastimarte.					
9. Cuando tienes deseos de hacerte daño, sueles perderte en tu mente.					
10. Sientes nervios o ansiedad antes de pensar en hacerte daño.					

11. Alguna vez han abusado físicamente de ti.					
12. Te has cortado intencionalmente en alguna ocasión.					
13. Has ofrecido en algún momento intercambio sexual por afecto.					
14. En ocasiones has atentado contra tu vida					
15. Has pensando en hacerte perforaciones o tatuajes en el cuerpo					
16. Alguna vez han abusado sexualmente de ti					
17. Suelas bloquearte con frecuencia.					
18. Existen ocasiones en que no te puedes controlar y empiezas a tirar cosas o a insultarte.					
19. Tienes un lugar a donde ir si deseas salir de tu casa para no tener que hacerte daño.					
20. Suelas contar a personas desconocidas que te lastimas.					
21. Suelas perderte en tus pensamientos negativos.					
22. Uso información de redes como videos, foros, blogs que me sirven de ejemplo para autolesionarme.					
23. A veces piensas que cortándote o haciéndote daño será lo mejor para ti.					
24. Cuando sientes que la vida no tiene sentido, sueles lastimarte.					
25. A veces no quieres comer por miedo a engordar y que no te quieran.					
26. Tus amigas (os) te presionan para lastimarte.					
27. Tienes pensamientos suicidas.					
28. Alguna vez he sufrido un accidente o me herido gravemente intencionalmente.					
29. Alguna vez he consumido alguna sustancia tóxica.					
30. Cuando te lastimas sientes satisfacción.					