

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta
alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la
Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Luz Mery Miranda Común

ASESOR

Víctor Raúl Carreño Martínez

Lima – Perú

2016

DEDICATORIA

Dios gracias por darme a mi papito Miguel, mamita María, hermanos; quienes pese a las adversidades creyeron en mí, me apoyaron en momentos difíciles enseñándome a luchar, ser valiente, humilde y valorar lo que tengo; también te agradezco diosito por poner ángeles en mi camino: mis verdaderos amigos, el Dr. Carreño y una segunda familia “Larico Condori” quienes me acogieron en su hogar; a todos ellos dedico el fruto de esta investigación.

Luz Mery Miranda Común

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de la culminación del presente estudio. Mis sinceros agradecimientos están dirigidos a mi asesor Dr. Víctor Raúl Carreño Martínez, mi revisora Dra. Ana Estela Delgado Vásquez y al Ing. Hugo Larico Condori quienes con su ayuda desinteresada, me apoyaron en el desarrollo de esta investigación.

Agradezco al personal de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana que ha realizado una encomiable labor, facilitándonos paso por paso la obtención del título profesional, asimismo agradezco a la Academia Aduni-Cesar Vallejo por permitir la ejecución del estudio en su institución.

Gracias Dios, gracias a mis padres “papito Miguel y mamita María”, gracias hermanos; y en especial, gracias Huberth.

Luz Mery Miranda Común

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
2.2. BASES TEÓRICAS DE TCA	10
2.2.1. Breve reseña histórica	10
2.2.2. Definición	13
2.2.3. Etiología	14
2.2.4. Clasificación	14
2.2.5. Métodos diagnósticos	23
2.3. HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO - MUESTRA	24
3.3. VARIABLES DE ESTUDIO	24
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO	27
3.6. SELECCIÓN DE MUESTRAS	30
3.6.1. Criterios de inclusión	30
3.6.2. Criterios de exclusión	30
3.6.3. Criterios de eliminación	30
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	31
3.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	31

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	33
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	43
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
6.1 CONCLUSIONES	52
6.2. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	61
ANEXO N° 1	61
ANEXO N° 2	62
ANEXO N° 3	63

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 .Esquema sobre los trastornos de la conducta alimentarios según el DSM-IV-TR. 12
- Figura 2.Esquema de Clasificación de TCA según el DSM-V. 13
- Figura 3.Comparación en los criterios diagnósticos del trastorno pica.. 16
- Figura 4.Comparación en los criterios diagnósticos del trastorno de rumiación..... 16
- Figura 5. Comparación de los criterios diagnósticos del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos..... 17
- Figura 6. Comparación de criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. 19
- Figura 7. Cambios en los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa. 20
- Figura 8. Cambios en los criterios diagnósticos del trastorno de atracones..... 21
- Figura 9. Cambios en los criterios diagnósticos del otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. 22

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Descripción de la población según variables cualitativas. Academia Aduni-Cesar Vallejo. Enero 2016..... 34
- Tabla 2. Descripción de la población según medidas de resumen de variables cuantitativas. 35
- Tabla 3. Evaluación de asimetría, Curtosis y Shapiro Wilk para evaluación de normalidad..... 35
- Tabla 4. Distribución de puntajes obtenidos en las sub escalas de la encuesta EAT-26 en la muestra total y de riesgo. 37
- Tabla 5. Asociación de riesgo de TCA y las siguientes variables cualitativas..... 38
- Tabla 6. Prueba de Shapiro Wilk para evaluación de normalidad según riesgo de presentar TCA de acuerdo a EAT-26..... 40
- Tabla 7. Prueba U de Mann Whitney para asociación entre variables cuantitativas y grupos de riesgo de TCA. 42
- Tabla 8. Índice Alfa de Cronbach para instrumento EAT-26..... 42
- Tabla 9. Estudios realizados en Europa, Centro y Sudamérica respecto a trastornos de conducta alimentaria..... 44
- Tabla 10. Estudios realizados en Perú respecto a TCA. 45
- Tabla 11. Descripción de prevalencias de riesgo de TCA según género. 46
- Tabla 12. Puntos de corte y mediciones de consistencia interna del EAT-26. 50

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Gráfico de barras. Distribución de frecuencias de riesgo de TCA según punto de corte del EAT-26..... 36
- Gráfico 2. Gráfico circular. Distribución del grupo de riesgo de TCA según sexo..... 37
- Gráfico 3. Gráfico de barras laterales. Distribución del grupo de riesgo de TCA según mayor puntuación en las sub escalas..... 38
- Gráfico 4. Histograma de frecuencias. Distribución de edad y talla según riesgo de presentar TCA según EAT -26..... 39
- Gráfico 5. Histograma de frecuencias. Distribución de peso e IMC según riesgo de presentar TCA según EAT- 26..... 40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un tema de investigación reciente en América Latina. Actualmente se consideran un problema de salud pública debido a su creciente prevalencia en ambos géneros. **OBJETIVO:** Describir la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo; señalar posibles factores asociados y evaluar la consistencia interna del instrumento en la población de estudio. **DISEÑO:** Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. **PARTICIPANTES:** Estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en el mes de Enero del 2016. **INTERVENCIONES:** Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo 462 muestras. Se aplicó el EAT-26 y se recolectó datos sobre edad, sexo, estado civil, ocupación, área a la que postula, peso y talla. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y U de Mann Whitney; y para medir la consistencia interna del instrumento se calculó el índice alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** El 17.53% de los estudiantes presentaron riesgo de TCA (18.70% de mujeres y 16.38% de varones). El grupo etario más frecuente en el grupo de riesgo fue de 14 a 21 años (98.77%). No se evidenció asociación significativa al relacionar las variables sociodemográficas y riesgo de TCA. La consistencia interna del EAT-26 resultó óptima ($\alpha = 0.827$). **CONCLUSIONES:** La prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo se mantiene dentro del rango de frecuencias reportadas. El género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de TCA que el género masculino y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años. El EAT-26 tuvo alta confiabilidad en la población de estudio.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de conducta alimentaria, TCA, Test de actitud alimentaria, EAT-26, estudiantes preuniversitarios.

SUMMARY

INTRODUCTION: Eating behavior disorders (EBD) are recent research in Latin America. Currently they are considered a public health problem because of its increasing prevalence in both genders. **OBJECTIVE:** To describe the prevalence of risk of EBD in pre-university students Aduni-Cesar Vallejo Academy; identify possible associated factors and assess the internal consistency of the instrument in the study population. **DESIGN:** descriptive correlational cross-sectional study. **PARTICIPANTS:** Pre-University Students Aduni-Cesar Vallejo Academy in the month of January 2016. **INTERVENTIONS:** A non-probabilistic sampling was performed for convenience, obtaining 462 samples. The EAT-26 was applied and data on age, sex, marital status, occupation, area to which postulates, weight and height were collected. For bivariate analysis, the Chi-square and Mann Whitney U tests were used; and to measure the internal consistency of the instrument Cronbach's alpha index was calculated. **RESULTS:** 17.53% of the students present risk of EBD (18.70% women and 16.38% men). The age group more common was 14 to 21 years (98.77%). No significant by linking sociodemographic variables and risk of TCA association was evident. The internal consistency of EAT-26 was optimal ($\alpha = 0.827$). **CONCLUSIONS:** The prevalence of risk of eating behavior disorders in pre-university students Aduni-Cesar Vallejo Academy is maintained within the range of frequencies reported. The most commonly reported female EBD risk that the male and the average age was 17 years. The EAT-26 had high reliability in the study population.

KEYWORDS: Eating behavior disorders, EBD, eating attitudes test, EAT-26, pre-college students.

INTRODUCCIÓN

La alimentación tiene varios e importantes significados en nuestra especie, además de satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo. Es el vehículo para iniciar y mantener relaciones personales, sociales y de negocios¹. La influencia sociocultural es uno de los principales factores en la interiorización del concepto de delgadez como sinónimo de belleza, libertad, control de sí mismo y éxito^{2,3,4}. El entorno actual promueve la delgadez en tal forma que una cantidad importante de personas, principalmente jóvenes y adolescentes del sexo femenino, presentan marcada insatisfacción con la forma de su cuerpo y peso^{5,6}.

La población preuniversitaria y universitaria está sujeta a una serie de cambios sociales y culturales. Es un periodo de vida caracterizado por una gran cantidad de modificaciones tanto a nivel físico, psíquico y social ; y etapa crucial para el proceso de maduración; además de ser un periodo de mucha contradicción: deseo de afecto, rechazo, independencia y necesidad de protección^{7,8}. Muchos estudiantes pasan de un núcleo familiar a convertirse en personas responsables de sus hábitos y horarios de alimentación; que asociado a la presión familiar, de estudio y concepto sociocultural actual respecto a la esbeltez favorecen adoptar inadecuadas conductas alimentarias como consumir grandes cantidades calóricas, ingesta de alimentos poco variados, omisión de comidas, autoinducción de vómitos, entre otros. Esto asociado a otros factores pueden conllevar a un trastorno de conducta alimentaria (TCA) propiamente dicho^{9,10}.

Estudios realizados, en los últimos años, describen factores de riesgo de trastornos alimentarios; entre estos se menciona: el género, nivel socioeconómico, consumo de sustancias, la presión sociocultural del siglo XX, entre otros⁴. En la actualidad, los TCA se consideran una verdadera epidemia pues se evidencia un aumento en la prevalencia e incidencia de estos trastornos; incluso desde 1990 algunos autores afirmaban que la

anorexia nerviosa refleja la problemática de la mujer de fines del siglo XX^{1,6,11}.

Los TCA son patologías de salud mental que se caracterizan por presentar conductas de alimentación anómalas en respuesta a la insatisfacción de la imagen corporal¹². Estos desórdenes alimentarios son enfermedades heterogéneas y complejas en cuya etiopatogenia pueden intervenir diferentes factores: genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales¹³. Por la complejidad de estos trastornos, las “Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales” señalan la necesidad de un manejo multidisciplinario dada la resistencia al tratamiento, alto riesgo de recaídas, la creciente morbimortalidad a corto - largo plazo y comorbilidad psicosocial (consumo de sustancias psicoactivas, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, etc.)^{14,15}. La tasa de mortalidad en la población adolescente y adulto joven las tasas de mortalidad son 4 a 10 veces mayores que la población adulta¹⁶.

Se señala que la mayoría de casos de TCA se presentan en la adolescencia y que muchos casos permanecen subclínicos dado que existen individuos con presentan actitudes y comportamientos de riesgo que no reúnen los criterios suficientes para ser clasificados como patológicos, en esta zona de transición (adolescente y adulto joven) se encuentra el grupo de riesgo^{7,11}.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Se describe que la incidencia de TCA varía dependiendo del país donde se realiza, tipo de población, instrumento de evaluación, entre otros¹⁷. En 1998 un estudio realizado en países occidentales señala que la prevalencia de anorexia nerviosa (AN) fue 0.3% y de bulimia nerviosa (BN), 1%¹⁵; en el 2002, las frecuencias en el género femenino variaron entre 0.1-1% para AN y 1-2.8%, para BN^{7,18}; y en el 2004, se estimó que la incidencia anual de AN fue de 19 casos por cada 100.000 mujeres y 2 por cada 100.000 varones. En el 2006, un estudio realizado a nivel mundial reportó una incidencia de 8 por cada 1000 000 habitantes para AN y 13 por cada 100 000 habitantes para BN; también que el grupo etario más afectado se ella entre 15 a 19 años¹⁹.

En el 2010, la “Escuela Americana de Pediatría” denotó que el 0.5-1% de adolescentes en Estados Unidos presentaron anorexia nerviosa; 1-2%, bulimia nerviosa y 14%, trastornos de conducta alimentaria no especifica (TCANE)²⁰.

En Europa, 2007 se estudió una muestra representativa de 1545 alumnos de ambos sexos con edades entre 12 a 21 años con el objetivo de calcular el de riesgo de TCA, encontrando una frecuencia de 3.43%²¹; ese año otro estudio reportó el doble porcentaje (8.8%)²². En el 2011, un estudio reportó mayor prevalencia (11.2%, 7.70% de mujeres y 3.52% de varones)²³; dos años después, estas cifras se elevaron hasta 15.1% (AN-1.7%, BN-10.7% y TCANE-2.1%)²⁴.

En América Latina los desórdenes alimentarios son un tema de reciente investigación^{6,15}. En Venezuela se realizó un estudio comparativo

entre los años 1995 y 1997, respecto al riesgo de TCA, reportando frecuencias discordantes: 5,88% y 0.79% (8.33% de mujeres y 0.46% de varones); respectivamente²⁵. En México, 2002 se evaluó a universitarios de primer año de Medicina con rango de edad entre 16-25 años mediante el instrumento EAT-26 (Eating Attitudes Test-26) detectándose una prevalencia de 5.8%²⁶; en el 2015, un estudio en estudiantes de secundaria y bachillerato con rango de edad entre 11-20 años denotó mayor cifra (9.84%, AN-0.44%, BN-2.8% y TCANE-6.6%)²⁷.

En Argentina; Bay,2005 reportó una prevalencia de 19.2% de sospecha de TCA²⁸; en el 2010, describieron un riesgo de 17% (14.1%-mujeres, 2.9%-varones) y que las mujeres estaban más insatisfechas con su imagen corporal y los hombres anhelaban más el perfeccionismo²⁹. En Chile,2010 un estudio realizado en universitarios de áreas de salud señaló que la prevalencia de riesgo de algún desorden alimentario fluctuaba entre 15-41%³⁰; sin embargo, en el 2011 se describieron menores cifras: 7.4%³¹ y 8.3%³².

En Colombia,2007 se reportó que el 39.7% de estudiantes universitarios de Cali tenían alta probabilidad de desarrollar algún trastorno alimentario, con una relación varón/mujer : 1/2³³. En el 2008, un estudio evaluó alumnos de secundaria de siete colegios mediante tests auto aplicados de depresión, ansiedad, test de figura y una entrevista estructurada para diagnóstico de desórdenes alimentarios reportando una elevada prevalencia (37.13%; AN-0.28%, BN-3.25%, TCANE-33.6%); mayores puntuaciones de ansiedad, depresión, mayor deseo de bajar de peso; y que no hubo asociación con el estrato socioeconómico³⁴. En el 2010, se describió similar riesgo (38%) y mayor frecuencia de TCANE (93%)²⁷. Los autores, de estos estudios, señalan que la encuesta de comportamiento alimentario "EAT" es útil para tamización de trastornos de comportamiento alimentario.

Existe una creciente prevalencia de estos desórdenes alimentarios, dificultades para un tratamiento exitoso y la escasez de datos que permitan

conocer la situación actual de dichas afecciones en estudiantes preuniversitarios y universitarios.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria y posibles factores asociados en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en Enero del 2016?

1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni – Cesar Vallejo en Enero del año 2016 y posibles factores asociados.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según edad, sexo, estado civil, ocupación, área profesional a la que piensa postular, IMC y condición nutricional.
- Evaluar el índice de confiabilidad del test EAT-26 versión español en la población estudiada.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud actual que implica deterioro físico, discapacidad psicosocial y aumento de costos personales y sociales³⁵. Los TCA son temas de reciente investigación y en Perú hay pocos estudios en estudiantes preuniversitarios - universitarios. La creciente prevalencia de estos trastornos requiere mayor atención pues predispone a los futuros profesionales del país a la desnutrición, obesidad, baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de morbilidad^{15,16}. De ello la importancia de

realizar un estudio que pretende conocer datos actuales respecto al tema, servir de referente para el diagnóstico y tratamiento precoz a cargo de un especialista; sugerir desarrollo de programas preventivos - promocionales orientados a reducir este problema y contribuir con el bienestar biopsicosocial y desarrollo de mejores profesionales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Diversos estudios señalan que los problemas alimentarios inician en la niñez y los TCA en la adolescencia-adulto joven, justo en la etapa de colegio y vida preuniversitaria. En Perú, estudios realizados en pacientes con anorexia nerviosa del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, entre 1982 y 1998, indicaron que la edad promedio en el que se daba este trastorno era 18.43 ± 6.64 años.

En 1999, se evaluó a 361 escolares de colegios públicos y privados de Lima con el fin de conocer prevalencias de riesgo de TCA en nuestro medio, reportándose cifras de 10.5% y 15.2 %, respectivamente; un año después se describe que dichas cifras incrementaron a 18.6%¹¹, e incluso se reporta hasta un 43.7%, según la “Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia”(ALUBA) en el año 2000, al estudiar población femenina de varias universidades privadas.

El “Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” realizó los siguientes estudios: en el 2002 (Lima-Callao) reportó 8.3% de prevalencia de TCA (0.1%-AN, 0.8%-BN, 7.4%-TCANE)³⁶; en el 2006, 4.6%³⁷; y en el 2012, fluctuó entre 3.1-4.5%; también señaló que estos trastornos afectan principalmente a la población femenina (2.6% de varones, 4.8% de mujeres). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas del sexo masculino que lo padecen³⁸. El ministerio de Salud realizó investigaciones los desórdenes alimentarios en la sierra (2003) y selva peruana (2004) encontrando similitud de resultados respecto a los tipos de TCA: AN (0.1%) y BN (0.4%)¹.

En el 2003 al estudiar 2141 adolescentes de Lima Metropolitana, con edades entre 13-19 años, se encontró que 351(16.4%) tenían al menos un

trastorno de la alimentación, de ellos 62 casos (2.9%) tenían más de un diagnóstico¹¹. En el 2006, se evaluó a estudiantes de la Universidad Cesar Vallejo con el objetivo de correlacionar los factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los TCA utilizando la escala “EDI-2”; los resultados mostraron alto riesgo en los indicadores clínicos de insatisfacción corporal (29%), perfeccionismo (26%), conciencia interoceptiva (28%) y ascetismo (30%), mientras que presentan un riesgo medio bajo en bulimia (53%) y un riesgo bajo en obsesión por la delgadez (31%), ineficacia (29%), desconfianza intrapersonal (28%), miedo a la madurez (30%), impulsividad (27%) e inseguridad social (32%); también señalaron asociación significativa entre los factores de riesgo (psicológicos, familiares y socio-culturales) con cada uno de los indicadores clínicos mencionados¹. En el 2007, se realizó un estudio en Lima Metropolitana con el objetivo de ver la asociación de factores psicosociales con TCA; los resultados mostraron que 22,2% tiene riesgo de algún desorden alimentario (según el EAT-26 modificado el cual validan) y que la ansiedad y disfunción familiar representan factores de riesgo significativos⁸.

El 2011 se realizó un estudio en la Universidad San Martín de Porres-Filial Norte (carrera de Medicina Humana), el cual indicó un riesgo de 34,9% (3.2%-AN, 4.8%-BN y 26.9%-TCANE)³⁹; un año después otro estudio, en la Universidad San Juan Bautista, describe que dicha cifra aumentó hasta 48.6% (mujeres-34.9%, varones-13.7%; consumía alguna sustancia psicoactiva-82.5% y la mayoría tenía entre 16-22 años)^{34,40}. En el 2015, se realizó un estudio, en 3 centros educativos del distrito de la Victoria, con el objetivo de medir el riesgo de TCA mediante el test EAT-26; se describe que el 13,9% presentaron alto riesgo y que no hay asociación significativa entre año de estudio, tipo de colegio (público/privado), edad e IMC con el riesgo de padecer TCA⁴¹.

Existen pocos estudios sobre el riesgo de padecer desórdenes alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes en nuestro medio lo cual crea la necesidad de investigar el tema y desarrollar estrategias de

promoción- prevención y diagnóstico temprano ante la elevada persistencia de estos trastornos en nuestro medio^{1,11}.

2.2. BASES TEÓRICAS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

2.2.1. Breve reseña histórica

Siglos atrás, se describieron posibles casos de TCA catalogados con diferentes términos: “anorexia histérica”, “trastorno anoréxico”, “neurosis nutricional”, “caquexia de Simmonds”, entre otros. En 1874, en un comunicado de Medicina en Oxford, se señaló el desorden alimentario como una enfermedad peculiar que se producía en mujeres jóvenes caracterizadas por ausencia de apetito y emaciación (usando como referente a la anorexia nerviosa)⁴².

Desde 1978, se describieron definiciones más concretas sobre el desorden alimentario; en 1980, incluyeron el término “anorexia nerviosa” en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - tercera edición); en 1987, el término “bulimia nerviosa”⁴³; y en 1994, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publicó el DSM-IV (cuarta edición) donde añade el término “trastornos de conducta alimentaria no especificada” y engloba la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa dentro de los trastornos de conducta alimentaria específicos. Los conceptos de TCA y su respectiva clasificación se han modificado hasta el 2013, fecha en que el APA publica el DSM-V (quinta edición)²³.

Desde la mitad del siglo XX se ha incrementado progresivamente los estudios sobre trastornos alimentarios en la literatura médica, debido a la creciente prevalencia de estos trastornos en distintos medios. Incluso se señaló como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma⁴⁴.

Respecto a los tipos de desorden alimentario, Molina mencionó que la falta de adecuados conocimientos etiopatogénicos determinó que en un inicio la clasificación de los TCA se haya basado en criterios descriptivos, diferenciándose en trastornos cuantitativos y cualitativos. El primero comprendía anomalías por exceso de ingesta (bulimia, potomanía) y por defecto (rechazo alimentario, anorexia nerviosa); y el segundo incluía a la pica y rumiación; respectivamente⁴⁵. Posteriormente en 1992, el CIE-10 (décima versión de la clasificación internacional de enfermedades) y en 1994, el DSM-IV describieron tres categorías de TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de conducta alimentaria no especificada (según el DSM-IV) o trastornos alimentarios atípicos (según el CIE-10).

En el 2002, el APA publicó el DSM-IV-TR (cuarta edición texto revisado), donde describe una clasificación según la etapa del desarrollo en que se presentaban dichos trastornos: infancia o adolescencia. El primero incluía trastornos de pica, rumiación y trastornos de la ingestión alimentaria de la niñez; el segundo se dividía en trastornos específicos (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) y no específicos⁴⁶. *Figura 1*

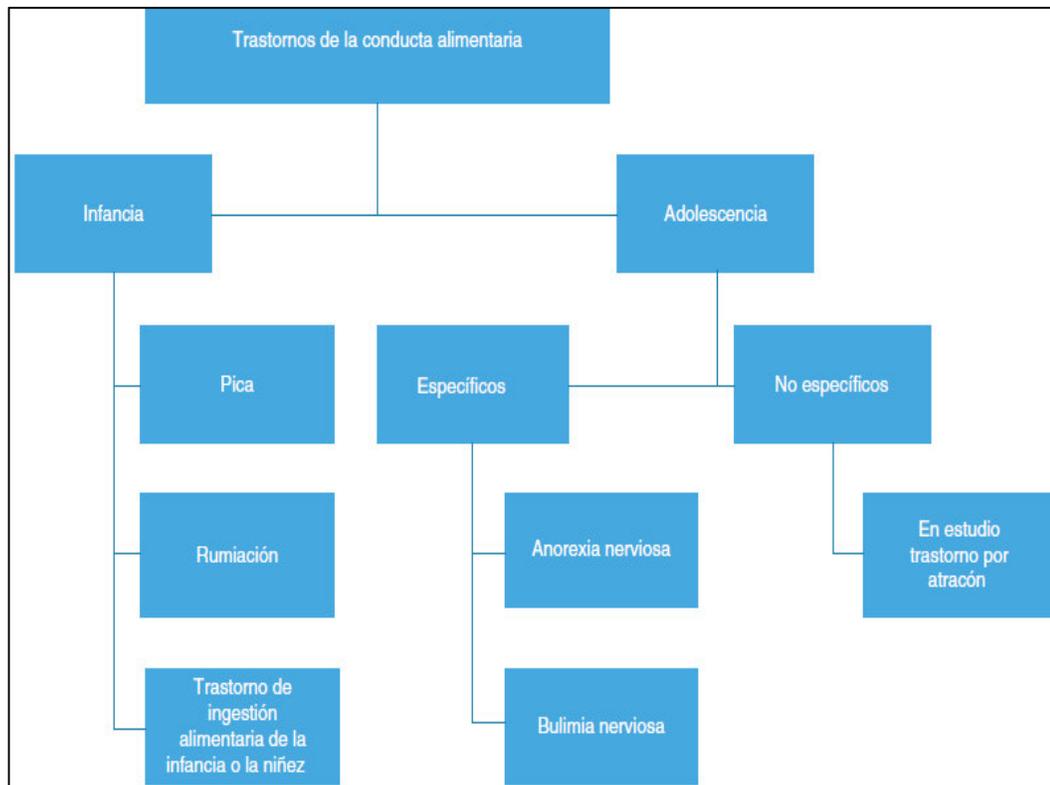


Figura 1 .Esquema sobre los trastornos de la conducta alimentarios según el DSM-IV-TR. Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2002).

Durante muchos años lo temas más estudiados fueron los trastornos específicos, relegando importancia a los otros tipos de desorden alimentario. Sin embargo ante la creciente prevalencia de TCANE surgieron estudios que cuestionaron la clasificación del DSM-IV, señalando que no focalizó una adecuada clasificación para los individuos que no satisfacían todos los criterios diagnósticos, entre otros aspectos^{47,48}. En el 2013, el APA propuso en el DSM-V cambios relevantes respecto a la clasificación del DSM-IV-TR y es la que se haya vigente. *Figura 2*

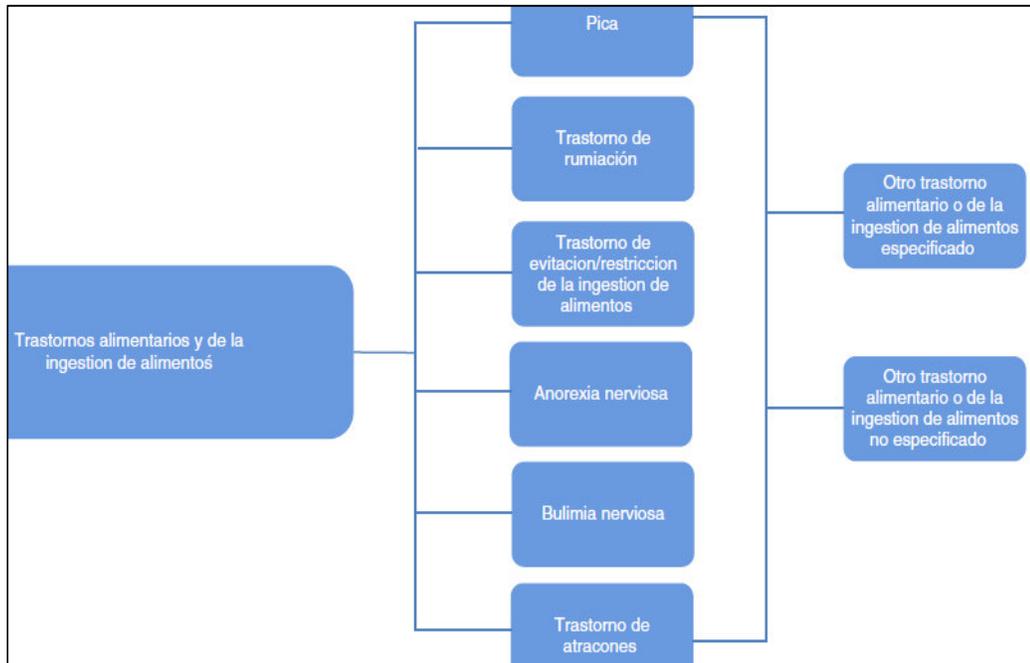


Figura 2. Esquema de Clasificación de TCA según el DSM-V.
 Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2013).

2.2.2. Definición

Según la OMS, los TCA se definen como enfermedades complejas y multicausales que afectan mayoritariamente a adolescentes y mujeres jóvenes⁴⁹. El DSM-IV amplía la definición descriptiva de la OMS (Organización Mundial de la Salud) al considerar que son alteraciones mentales relacionadas a la ingesta alimentaria caracterizados por una fuerte preocupación por el peso, los alimentos y la figura corporal⁵⁰. El DSM-V propuso cambiar la denominación “trastornos de conducta alimentaria” por “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” pues consideraron que éstos abarcan conceptos más amplios y no solo involucran la parte conductual. Por ello, actualmente se definen como trastornos persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado a la comida que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud en sus tres esferas: biológico, psicológico y social⁴³.

Otros autores definen los TCA como desviaciones de los hábitos alimentarios caracterizados por el excesivo miedo a engordar, insatisfacción con el cuerpo, tendencia a tener pensamientos o atracones incontrolables de comida; acompañado de rasgos psicológicos de perfeccionismo e inseguridad⁷.

2.2.3. Etiología

La etiología de los TCA es compleja y no está totalmente resuelta. Se señala que sería producto de la combinación de distintos factores: biológicos, psicológicos, familiares y sociales; los cuales actúan como predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la alteración.

Entre los factores predisponentes se describen la vulnerabilidad genética (los familiares de primer grado de pacientes con AN tienen mayor riesgo de sufrir AN y/o BN), edad puberal, sexo femenino, dieta (factor predictor más importante), sobrepeso/obesidad, “insatisfacción general con la vida y el yo”, ansiedad/depresión/trastornos de personalidad, tendencia al perfeccionismo, experiencias sexuales adversas, factores familiares como la sobreprotección y la rigidez, entre otros⁵¹.

Los factores precipitantes son aquellos que determinan el inicio de la enfermedad, se consideran factores estresores. Entre estos se describen la influencia sociocultural principalmente (comentarios sobre el cuerpo y la figura), cambios corporales y psicológicos de la adolescencia, entre otros¹⁵.

Dentro de los factores de mantenimiento o perpetuantes se señalan, principalmente, los procesos biológicos relacionados con la desnutrición y la realimentación (cambios en tasas metabólicas, función gastrointestinal, sistema endocrino, entre otros) e interacciones sociales anómalas (aislamiento social, baja autoestima, etc.)⁵².

2.2.4. Clasificación

El DSM-V señaló 8 tipos de trastornos alimentarios: Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de alimentos, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones, Trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado²³. Asimismo, describe modificaciones de los criterios diagnósticos de cada uno respecto al DSM-IV-TR.

Pica es un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria que mayormente se presenta en la infancia. Se define como el consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos un mes, que no favorecen el desarrollo y cuya práctica no esté sancionada culturalmente⁵³. Como se puede observar en la *figura 3*, en el criterio A se añade la frase “sustancias no alimentarias” lo cual hace referencia a que todo lo consumido no es alimento (Ejemplo: cabellos, papel, arena, entre otros).

El trastorno de rumiación es la regurgitación y masticación repetida de alimentos que no se asocia a náuseas, arcadas, disgusto o alguna enfermedad gastrointestinal, que dura por lo menos un mes. Esta alteración se presenta a cualquier edad siendo más frecuente en individuos que tengan alguna discapacidad intelectual asociada. En la *figura 4* no se evidencia mayor modificación en los criterios diagnósticos.

DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2014)
Pica	Pica
<p>A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes</p> <p>B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo</p> <p>C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente</p> <p>D. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente</p>	<p>A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes</p> <p>B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo</p> <p>C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa</p> <p>D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional</p> <p><i>Nota de codificación:</i> el código CIE-9-MC para pica es 307.52 y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10 para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><i>En remisión:</i> después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado</p>

Figura 3. Comparación en los criterios diagnósticos del trastorno pica.

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2014)
Rumiación	Rumiación
<p>A. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos un mes después de un periodo de funcionamiento normal</p> <p>B. La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico)</p> <p>C. La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente</p>	<p>A. Regurgitación repetida de alimentos <i>durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen</i></p> <p>B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica)</p> <p>C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos</p> <p>D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><i>En remisión:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado</p>

Figura 4. Comparación en los criterios diagnósticos del trastorno de rumiación. *Fuente:* Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

Los trastornos pica y rumiación son poco conocidos y sus prevalencia no son claras en la población general, por lo que se insta a realizar investigación sobre estos temas. Además que actualmente se considera que se presentan tanto en niños como en adultos⁴³.

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se denominaba trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez en el DSM-IV-TR. Según la OMS, se define como la falta de interés por la comida, donde la persona evita la ingesta de alimentos por una preocupación en sus consecuencias; manifestando una incapacidad persistente para satisfacer las necesidades nutricionales. Tal como señala el DSM-V, este trastorno debe diferenciarse de la anorexia nerviosa/bulimia nerviosa dado que la restricción de alimentos no se debe al miedo a engordar. *Figura 5*

DSM-IV-TR (2000) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez	DSM-5 (2014) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
<p>A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes</p> <p>B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo esofágico)</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos</p> <p>D. El inicio es anterior a los 6 años de edad</p>	<p>A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y /o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños) 2. Deficiencia nutritiva significativa 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial <p>B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada</p> <p>C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución</p> <p>D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional</p> <p><i>Especificar si:</i> <i>En remisión:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado</p>

Figura 5. Comparación de los criterios diagnósticos del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

La anorexia nerviosa se define como la restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades lo cual conduce a un peso corporal

significativamente bajo. Este trastorno es producto de la percepción distorsionada de la figura corporal y el miedo exagerado a engordar o ganar peso; incluso teniendo un peso significativamente bajo. Dentro los criterios mencionado en el DSM-V, se evidencian cambios radicales como la exclusión del concepto de bajo peso “definido como menor al 85 % del peso esperable para edad, sexo y talla” y ahora lo mencionan como “peso inferior al mínimo normal”; otra característica importante es que se eliminó el criterio “amenorrea”, dado que no todas las mujeres que padecían dicho trastorno estando con un peso menor del 85% de lo normal presentaban ausencia de ciclo menstrual; además solo hacía referencia al género femenino, dato que actualmente es erróneo. *Figura 6*

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones alimentarios (ingesta de gran cantidad de alimento en corto tiempo con sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos) y conductas compensatorias inapropiadas, por lo menos 1 vez por semana, para evitar el aumento de peso. Según el DSM-V, la modificación más importante es la exclusión de los subtipos de BN. *Figura7*

Los trastornos por atracones es una nueva categoría incluida en el DSM-V. Esta corresponde al subtipo de bulimia nerviosa no purgativa del DSM-IV. Para diferenciarla de la BN, se señala que no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado. Las modificaciones diagnósticas presentes en el DSM-V son mínimas, lo que más resalta es que el atracón debe ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. *Figura 8*

Los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, anteriormente llamados “trastornos de la conducta alimentaria no especificados” en el DSM-IV-TR; incluyen presentaciones en las que predomina síntomas característicos de un TCA que causan malestar en las tres esferas de la salud, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos (Ejemplo: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja, etc.). *Figura 9*

DSM-IV-TR (2000)
Anorexia nerviosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal

D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

DSM-5 (2014)
Anorexia nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo *normal* o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación)

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC <15kg/m²

Figura 6. Comparación de criterios diagnósticos de anorexia nerviosa.

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2014)
Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias</p> <p>2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</p> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa</p> <p><i>Especificar tipo:</i> <i>Tipo purgativo:</i> durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso <i>Tipo no purgativo:</i> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</p> <p>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 controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><i>En remisión parcial:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado</p> <p><i>En remisión total:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i> La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. <i>Leve:</i> un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Moderado:</i> un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Grave:</i> un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Extremo:</i> un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana</p>

Figura 7. Cambios en los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa.

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2014)
<p>Trastorno por atracón</p> <p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. ej., en 2 h), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares 2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo) <p>B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión mucho más rápida de lo normal 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre 4. Comer a solas para esconder su voracidad 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones</p> <p>D. Los atracones tienen lugar como medida, al menos dos días a la semana durante 6 meses</p> <p><i>Nota:</i> el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa: futuros trabajos de investigación aclaran si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa</p>	<p>Trastorno de atracones</p> <p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas 2. Sensación de pérdida 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 lo la cantidad de lo que se ingiere) <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><i>En remisión parcial:</i> 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 periodo continuado</p> <p><i>En remisión total:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La <i>gravedad mínima</i> se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación)</p> <p>La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado</p> <p>La <i>gravedad mínima</i> se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación)</p> <p>La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional</p> <p><i>Leve:</i> 1-3 atracones a la semana</p> <p><i>Moderado:</i> 4-7 atracones a la semana</p> <p><i>Grave:</i> 8-13 atracones a la semana</p> <p><i>Extremo:</i> 14 o más atracones a la semana</p>

Figura 8. Cambios en los criterios diagnósticos del trastorno de atracones.

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

DSM-IV-TR (2000) Trastornos de la conducta alimentaria no especificado	DSM-5 (2014) Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos <i>especificado</i>
<p>La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas) 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida <p>Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa</p>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando «otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados», seguido del motivo específico p. ej., «bulimia nerviosa de frecuencia baja». Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación «otro especificado» son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anorexia nerviosa atípica</i>: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal 2. <i>Bulimia nerviosa (de frecuencia de baja y/o duración limitada)</i>: se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa. excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses 3. <i>Trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada)</i>: se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. 4. <i>Trastorno por purgas</i>: comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones 5. <i>Síndrome de ingesta nocturna de alimentos</i>: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación

Figura 9. Cambios en los criterios diagnósticos del otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.

Fuente: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015).

Los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados aparecen como nueva categoría en el DSM-V, como complemento de los trastornos de la conducta alimentaria de la ingestión de alimentos especificados. Se utiliza esta categoría cuando el clínico no especifica cuál de los criterios de los trastornos específicos falta, esto se debe a que no se cuenta con la suficiente información⁴³.

2.2.5. Métodos diagnósticos

Respecto a los medios de detección de casos probables de TCA, se menciona que los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen un desorden alimentario dificultan la correcta elaboración de un diagnóstico ya que estas tienden a esconder o variar los síntomas tanto físicos como conductuales. Por ello en los últimos años se han elaborado diversos instrumentos para la exploración de los mismos¹². Los cuestionarios auto aplicados y las entrevistas estructuradas son los principales instrumentos para la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria. Los instrumentos de auto reporte son relativamente económicos, consumen menos tiempo y pueden aplicarse a grupos grandes de personas; entre ellos los más aplicados son las escalas de EAT, SCOFF, EDI, entre otros⁵⁴. Ninguno de ellos confirma el diagnóstico, sino solo indican riesgo de trastorno de conducta alimentaria⁵⁵; el cual tiene que ser corroborado por el especialista a cargo.

2.3. HIPÓTESIS

- La prevalencia de riesgo de TCA en la población estudiantil preuniversitaria de la Academia Aduni-Cesar Vallejo (Lima) es similar a lo reportado en otros estudios nacionales y se halla asociado a factores sociodemográficos como género, edad, estado civil, área profesional, condición nutricional y condición laboral.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal en la medida que busca describir la frecuencia del riesgo de trastornos de conducta alimentaria y explorar asociaciones con variables sociodemográficas en estudiantes preuniversitarios.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO - MUESTRA

Estuvo conformada por estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo (Sede Breña - Lima) que postularán a diferentes áreas profesionales. Al inicio del año 2016, se contabilizó un promedio de 20 aulas en los que, aproximadamente, habían de 40-70 estudiantes por aula (N aproximado = 800 - 1400). No tenemos las cifras exactas debido a que los alumnos aún seguían matriculándose.

Teniendo el referente 16.4% de frecuencia de riesgo de TCA se efectuó la fórmula para la obtención de la muestra, considerando un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. El tamaño muestral final fue 211.

3.3. VARIABLES DE ESTUDIO

- Riesgo de trastorno de conducta alimentaria
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Área profesional

- IMC

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA/ INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
RIESGO DE TCA	Es el riesgo de presentar desviaciones en los hábitos alimentarios caracterizados por el excesivo miedo a engordar, insatisfacción con el cuerpo, tendencia a tener pensamientos o atracones incontrolables de comida, acompañado de rasgos psicológicos de perfeccionismo e inseguridad.	CUALITATIVA	AUSENTE PRESENTE	EAT-26 versión español
EDAD	Tiempo de vida transcurrido en años	CUANTITATIVA	Lo hallado en el estudio (ej. 14, 15, 16, etc.)	APLICACIÓN DE ENCUESTA DIRECTA A CADA ESTUDIANTE (Ficha Sociodemográfica)
SEXO	Características biológicas del paciente	CUALITATIVA	Hombre Mujer	
ESTADO CIVIL	Situación del paciente determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio parentesco	CUALITATIVA	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Conviviente	
OCUPACIÓN	Actividad realizada que procura un ingreso económico	CUALITATIVA	Estudiante Estudiante - trabajador	
ÁREA PROFESIONAL	Nivel de aprendizaje según lo establecido en nuestro país	CUALITATIVA	ÁREA A: CIENCIAS DE SALUD ÁREA B: HUMANIDADES ÁREA C: CIENCIAS SOCIALES ÁREA D: CIENCIAS BÁSICAS ÁREA E: INGENIERÍAS ÁREA F: ECONÓMICO-EMPR.	
IMC	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo para determinar su estado nutricional.	CUANTITATIVA	Delgadez Leve: 17- 18.4 kg/m ² Delgadez Mod:16-16.9kg/m ² Delgadez Grave: 15-15.9kg/m ² Delgadez Extremo: <15kg/m ² Normal : 18.5-24.9 kg/m ² Sobrepeso: 25-29,9 kg/m ² Obesidad I : 30-34,9 kg/m ² Obesidad II : 34-39,9 kg/m ² Obesidad III : 40 g/m ² a más	

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Para la recolección de datos de los estudiantes, se elaboró una ficha sociodemográfica donde se registra género, edad, último peso y talla (aproximado), estado civil, ocupación y área a la que postula (*Anexo 1*). Para determinar los casos de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, se utilizó el instrumento EAT-26 versión español validado por Gandarillas. *Anexo 2*

El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso⁵⁶. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26) al suprimir 14 reactivos que consideraron redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. Los objetivos de esta escala son identificar casos riesgo de TCA (no confirma el diagnóstico) e identificar síntomas y preocupaciones de posible desorden alimentario (no discrimina casos de AN, BN u otros tipos de TCA)⁵⁷.

En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utiliza palabras más sencillas como para el grupo etario correspondiente²⁷. El EAT en sus dos versiones, son tal vez, los cuestionarios auto-aplicados más utilizados, dado que han mostrado ser útiles como un instrumento de tamizaje para identificar personas en riesgo de algún trastorno alimentario^{58,59}; sin embargo hay autores que advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TCANE)⁶⁰.

Para contestar el EAT-26 se requiere un nivel de lectura mayor o igual a quinto de primaria o tener más de 8 años. El participante debe leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada acción (nunca, pocas

veces, a veces, a menudo, casi siempre o siempre). Los ítems se distribuyen en tres factores, según la siguiente descripción: el primer factor o sub escala I “hacer dieta” (13 Ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26) describe a aquellas personas que sobrestiman la talla corporal y que están insatisfechas con la forma de su cuerpo y desearían estar más delgadas; el segundo factor o sub escala II “Bulimia y preocupación por la alimentación” (6 Ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 25) está positivamente relacionado con la bulimia y con un peso corporal mayor, una alta puntuación está asociada con un mal pronóstico; y el tercer factor o sub escala III “Control oral” (7 Ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20) se refiere al autocontrol en relación con la comida y a los factores que representan la presión social para ganar peso. Altas puntuaciones en este último factor se asocian a un menor peso y a la ausencia de bulimia^{58,61}. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems; se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”= 3).

El EAT-26 fue validado en población española por Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991) donde establecen un punto de corte ≥ 20 puntos para riesgo de TCA. Gandarillas (2003) valida el instrumento en un poblado de España y al realizar la “*curva de roc*” sugiere el punto de corte ≥ 10 puntos dado que evidencia máxima sensibilidad (90%) y especificidad (75%); además, señala que al analizar con punto de corte ≥ 20 aumenta la especificidad y descende la sensibilidad^{58,62}. El punto de corte que se tomó en el presente estudio fue ≥ 20 dado que es el referente de la mayoría de estudios.

En Perú, la mayoría de estudios usaron la versión española ya validada. Sin embargo; Palpan, Jiménez y Garay (2007) realizaron la validación peruana del EAT-26 excluyendo el ítem número 25 y calcularon la consistencia interna mediante el índice alpha de Cronbach. Este salió 0.783, el cual se interpreta como alta fiabilidad⁸. En nuestro medio no se reportan

estudios que muestren el índice de confiabilidad del EAT-26 versión española (con los 26 ítems).

3.6. SELECCIÓN DE MUESTRAS

3.6.1. Criterios de inclusión

- Estudiante preuniversitario de la Academia Aduni-Cesar Vallejo
- Estudiante dispuesto a colaborar con la entrevista
- Estudiante sin alteraciones de la conciencia

3.6.2. Criterios de exclusión

- Estudiante con antecedente de enfermedades psiquiátricas
- Estudiante con enfermedad terminal
- Estudiante con discapacidades que le impidan responder la encuesta
- Estudiante que no desee participar

3.6.3. Criterios de eliminación

- Fichas mal llenadas

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la probabilidad de selección de los sujetos de la población no fue conocida ni establecida de antemano. En este sentido, el criterio de selección de la muestra no se basa en la representatividad de los sujetos en la población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas determinadas previamente. Además se considera accidental, puesto que la muestra se realizó en base a la accesibilidad que se tuvo a los estudiantes y no se consideraron características tan específicas para su inclusión.

Para la aplicación de datos primero se elaboró una solicitud dirigida a las autoridades de la Academia Aduni-Cesar Vallejo para poder tener acceso a los estudiantes y recolectar información. La evaluación de los estudiantes se efectuó en un sola toma, el 26 de Enero, en aproximadamente entre 3

horas [2 pm - 5 pm] con ayuda de colaboradores en la repartición de las encuestas. Se evaluaron las aulas disponibles (“intermedios de cambio de curso”), según disposición del coordinador de la Academia.

Se solicitó la participación de cada estudiante en su respectiva aula, explicándole los motivos por los cuales se realiza el estudio y señalándole que toda la información proporcionada será anónima. Los estudiantes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. *Anexo 3*

3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron ingresados a una plantilla de cálculo de MS Excel 2010 para su control de calidad y limpieza. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA versión TRIAL 12.

El análisis descriptivo de los sujetos de estudio consistió en medidas de resumen *ad hoc* para cada variable. Las variables cuantitativas fueron evaluadas según su distribución de normalidad y reportadas como medias o medianas, según lo apropiado. Las variables categóricas fueron reportadas como frecuencias y porcentajes absolutas y relativas (proporciones). Además del análisis descriptivo, se exploró qué factores se encuentran asociados a riesgo de TCA. Para el análisis bivariado entre variables cuantitativas con variables cualitativas se utilizó la prueba U de Man Whitney dado que las variables no seguían una distribución normal. El análisis bivariado de dos variables categóricas se llevó a cabo mediante la prueba de Chi-2. Para el análisis de la consistencia interna del instrumento se calculó el índice alfa de Cronbach.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Según los criterios del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) sobre estudios en sujetos humanos; el presente estudio se realizó respetando el principio de autonomía (se

garantizó el respeto de decisión de participar o no), de confidencialidad de la información recolectada y de no maleficencia (se señaló que los datos obtenidos no serán usados con otro fin que pueda perjudicar a los participantes). Los resultados serán informados a la institución (Academia Aduni-Cesar Vallejo) para su adecuada disposición por parte de sus autoridades y respectivos servicios de Epidemiología, Psicología y/o Psiquiatría.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

El presente trabajo tuvo como objetivos describir la prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la academia Aduni-Cesar Vallejo, estimar las asociaciones respectivas y valorar la confiabilidad del instrumento en la población de estudio. Para ello se evaluó a los estudiantes mediante el test EAT-26 obteniendo una muestra suficiente, según cálculos estadísticos, para desarrollar el estudio respectivo. A pesar de las limitaciones, se recolectó 462 muestras. Cabe resaltar que es el primer estudio realizado en dicha academia, el cual no cuenta con datos respecto al tema.

La población estuvo constituida por 232 varones (50.22%) y 230 mujeres (49.78%), según el estado civil 457 (98.92%) eran solteros y 5 (1.08%) convivientes y la variable edad mostró un valor promedio de 17.68 años [14-26]. La talla promedio fue 1.64 metros [1.50-1.83]; el peso promedio, 61.31 kilos [44-100] y el IMC promedio, 22.58 kilos/metro² [16.90-31.64]. En cuanto la condición laboral, si bien la población de estudio estuvo conformada por estudiantes preuniversitarios, 26 estudiantes (5.63%) trabajan además de estudiar; mientras que 436 (94.37%) no trabajan, tan solo se dedican a estudiar. Referente al área profesional, se evidencia que 112 estudiantes (24.24%) postularán al área "A" Ciencias de la Salud; 13 estudiantes (2.81%), al área "B" Humanidades; 27 estudiantes (5.84%), al área "C" Ciencias Sociales; 3 estudiantes (0.65%), al área "D" Ciencias Básicas; 222 estudiantes (48.05%), al área "E" Ingenierías; y, 85 estudiantes (18.4%) al área "F" Económico-Empresarial. *Tabla 1*

Las variables cuantitativas (edad e IMC) de acuerdo a la operacionalización de variables se tratarán más adelante como cualitativas (grupo etario y estado nutricional, respectivamente); y la variable cualitativa riesgo de TCA se tratará como cuantitativa (EAT-26). La población de

estudio estuvo dividido en dos grupos etáreos bien definidos: [14 a 20 años] y [21 a 26 años]; el primero, estuvo conformado por 427 casos (92.42%) y el segundo, por 35 casos (7.58%). Respecto al estado nutricional según el IMC, 376 estudiantes (81.39%) presentaron condición normal; 9 (1.95%), desnutrición leve; 1 (0.22%), desnutrición moderada; 64 (13.85%), sobrepeso y 12 (2.6%), obesidad I; no se observó casos de desnutrición grave ni extrema, ni tampoco casos de obesidad tipo II ni obesidad tipo III.

Tabla 2

Tabla 1. Descripción de la población según variables cualitativas. Academia Aduni-Cesar Vallejo. Enero 2016.

VARIABLE	N°	%
SEXO		
<i>Masculino</i>	232	50.22
<i>Femenino</i>	230	49.78
GRUPO ETARIO		
<i>14-20 años</i>	427	92.42
<i>21-26 años</i>	35	7.58
ESTADO CIVIL		
<i>Soltero(a)</i>	457	98.92
<i>Casado(a)</i>	0	0
<i>Viudo(a)</i>	0	0
<i>Divorciado(a)</i>	0	0
<i>Conviviente</i>	5	1.08
CONDICION LABORAL		
<i>No trabaja</i>	436	94.37
<i>Si trabaja</i>	26	5.63
AREA A LA QUE POSTULA		
<i>Área A</i>	112	24.24
<i>Área B</i>	13	2.81
<i>Área C</i>	27	5.84
<i>Área D</i>	3	0.65
<i>Área E</i>	222	48.05
<i>Área F</i>	85	18.4
ESTADO NUTRICIONAL		
<i>Normal</i>	376	81.39
<i>Desnutrición Leve</i>	9	1.95
<i>Desnutrición Moderada</i>	1	0.22
<i>Desnutrición Grave</i>	0	0
<i>Desnutrición Extrema</i>	0	0
<i>Sobrepeso</i>	64	13.85
<i>Obesidad I</i>	12	2.6
<i>Obesidad II-III</i>	0	0
TOTAL DE ESTUDIANTES	462	100

Áreas Profesionales: A (Ciencias de la Salud), B (Humanidades), C (Ciencias Sociales), D (Ciencias Básicas), E (Ingenierías), F (Económico-Empresarial).

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Tabla 2. Descripción de la población según medidas de resumen de variables cuantitativas.

Variable	Observaciones	Promedio	Desviación Estandar	Mínimo	Máximo
EAT26	462	9.378788	8.154781	0	48
TALLA	462	1.645411	0.0700801	1.5	1.83
PESO	462	61.31818	10.05432	44	100
IMC	462	22.58318	2.957231	16.9	31.64

EAT26: Puntaje total obtenido en el cuestionario EAT26. IMC: Índice de masa corporal.
 Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Respecto a las variables cuantitativas, para evaluación de la normalidad, se utilizaron las pruebas de Curtosis y Shapiro Wilk. Según la *tabla 3*, podemos evidenciar que las variables peso e IMC tendrían curtosis que no soportarían una distribución normal; mientras que las demás, tendrían una asimetría y curtosis que sí soportarían una distribución normal; sin embargo, de acuerdo a la prueba de Shapiro Wilk, evidenciamos que ninguna de las variables sigue una distribución normal ($p < 0.01$).

Tabla 3. Evaluación de asimetría, Curtosis y Shapiro Wilk para evaluación de normalidad.

Variable	Pr(Asimetría)	Pr(Curtosis)	Shapiro Wilk			
			W	V	z	Prob>z
EAT26	0	0	0.85514	45.383	9.138	0
EDAD	0	0	0.94039	18.675	7.011	0
TALLA	0	0	0.95871	12.935	6.132	0
PESO	0	0.2882	0.96143	12.082	5.968	0
IMC	0	0.0788	0.95193	15.059	6.496	0

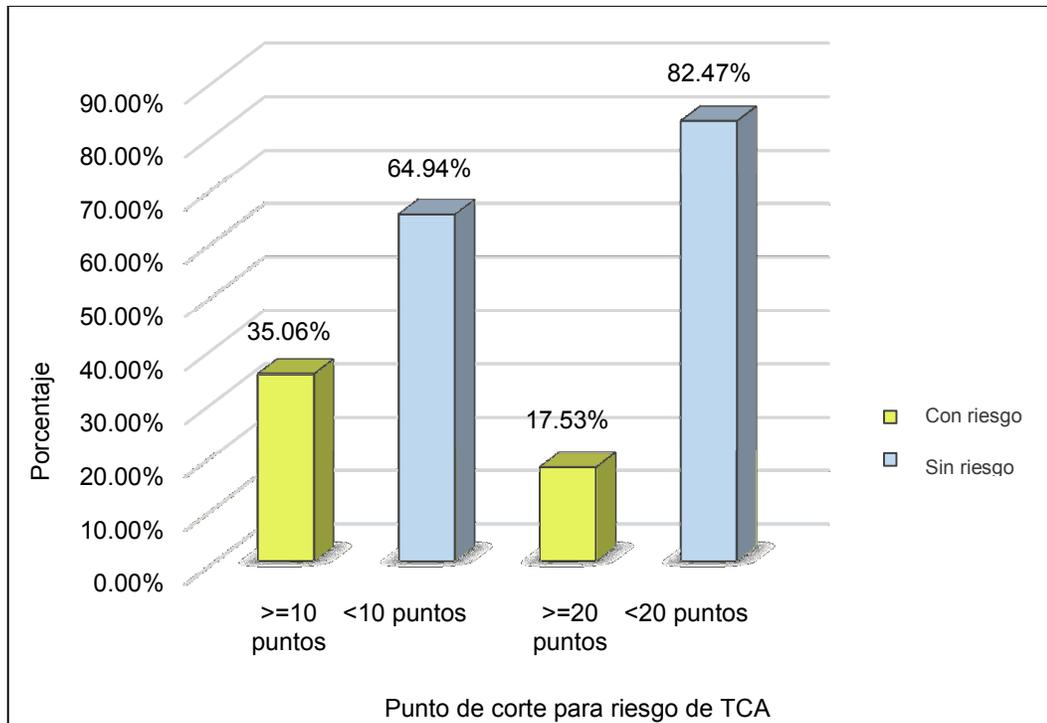
EAT26: Resultado global de encuesta EAT 26. IMC: Índice de masa corporal.
 Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Considerando los resultados de la prueba EAT-26 se evidencia que el puntaje promedio fue 9.38, el puntaje mínimo y máximo fueron 0 y 48, respectivamente. En la evaluación de los cuestionarios se identificó que 81 (17.53%) estudiantes tienen riesgo de trastorno de conducta alimentaria y 381 (82.47%) estudiantes no tienen riesgo; tomando como punto de corte

>=20 puntos; además que el 16.38% de los varones y 18.70% de las mujeres presentan dicho riesgo. Si se tomara en cuenta el punto de corte >=10 puntos, la prevalencia se incrementa a 162 (35.06%) posibles casos.

Gráfico 1

Gráfico 1. Gráfico de barras. Distribución de frecuencias de riesgo de TCA según punto de corte del EAT-26.



Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

De los estudiantes con riesgo de TCA, 38 (46.91%) son varones y 43 (53.09%), mujeres; 80 (98.77%) tienen menos de 21 años (promedio: 17 años), 80 (98.77%) son solteros, 76 (93.83%) solo se dedican a estudiar y 5 (6.17%) trabajan además de estudiar (98.77%). Según el área profesional, 35 (43.21%) postularán al área E; 22 (27.16%), al área A; 12 (14.81%), al área F; 6 (7.41%), al área B y 6 (7.41%), al área C. Respecto al estado nutricional, los resultados muestran que 6 (7.41%) estudiantes presentan desnutrición leve; 62 (76.54%) estudiantes, condición normal; 11 (13.58%) estudiantes, sobrepeso y 2 (2.47%) estudiantes, obesidad I.

Gráfico 2. Gráfico circular. Distribución del grupo de riesgo de TCA según sexo.



Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Según la frecuencia habitual (“a menudo”, “casi siempre” o “siempre”) señalada por lo estudiantes respecto a lo descrito en los 26 ítems, se evidencia que el 88.96% de estudiantes tiene puntuación menor a 13 para la sub escala I (hacer dieta) y 11.04%, mayor o igual a 13; el 93.51% tiene puntuación menor a 6 para la sub escala II (bulimia y preocupación por la alimentación) y 6.49%, mayor o igual a 6; el 88.53% tiene puntuación menor a 7 para la sub escala III (control oral) y 11.47 %, mayor o igual a 7. De los casos de riesgo propiamente dicho se observa que el 59.26%, 22.22% y 44.44% tienen puntuación mayor o igual a 13, 6 y 7 para la sub escalas I, II y III; respectivamente. *Tabla 4 y Gráfico 3*

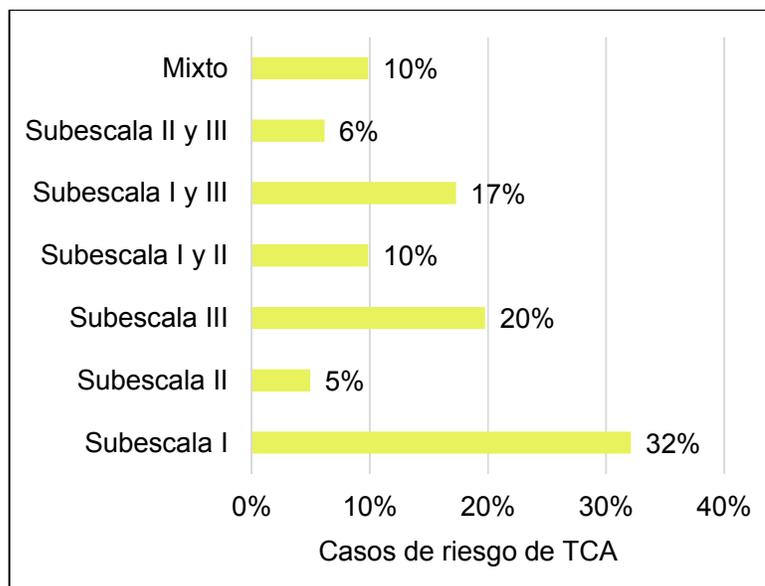
Tabla 4. Distribución de puntajes obtenidos en las sub escalas de la encuesta EAT-26 en la muestra total y de riesgo.

SUBESCALA(S)		MUESTRA TOTAL		MUESTRA CON RIESGO	
		N	%	N	%
I – Hacer dieta	>=13	51	11.04%	48	59.26%
	< 13	411	88.96%	33	40.74%
II – Bulimia y preocupación por la alimentación	>=6	30	6.49%	18	22.22%
	<6	432	93.51%	63	77.78%
III – control oral	>=7	53	11.47%	36	44.44%

	<7	409	88.53%	45	55.56%
TOTAL		462	100%	81	100%

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Gráfico 3. Gráfico de barras laterales. Distribución del grupo de riesgo de TCA según mayor puntuación en las sub escalas.



Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Para estimar la asociación entre variables cualitativas, se utilizó la prueba Chi cuadrado. En la *tabla 5* se evidencia que no hay asociación significativa ($p < 0.05$) entre las variables sexo, grupo etario, estado civil, condición laboral, área a la que postula y estado nutricional respecto a riesgo de TCA.

Tabla 5. Asociación de riesgo de TCA y las siguientes variables cualitativas.

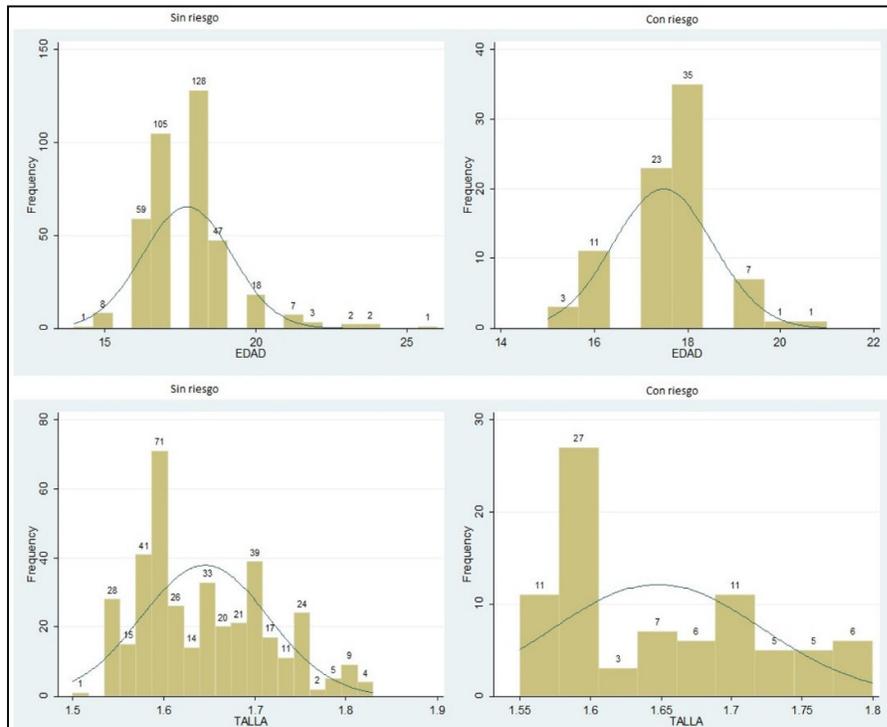
Variable	Sin riesgo (Chi2 de Pr)	Con riesgo (Chi2 de Pr)
SEXO	0.3236	0.569
GRUPO ETARIO	3.6581	0.056
ESTADO CIVIL	0.0213	0.884
CONDICION LABORAL	0.055	0.815
AREA A LA QUE POSTULA	9.9237	0.077
ESTADO NUTRICIONAL	0.3611	0.986

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Para estimar la asociación entre variables cuantitativas-cualitativas, primero se verificó la normalidad de las mismas. Se observó que las variables cuantitativas (edad, talla, peso e IMC), al dividirlos por riesgo de presentar TCA, no siguen distribución normal en ninguno de los casos.

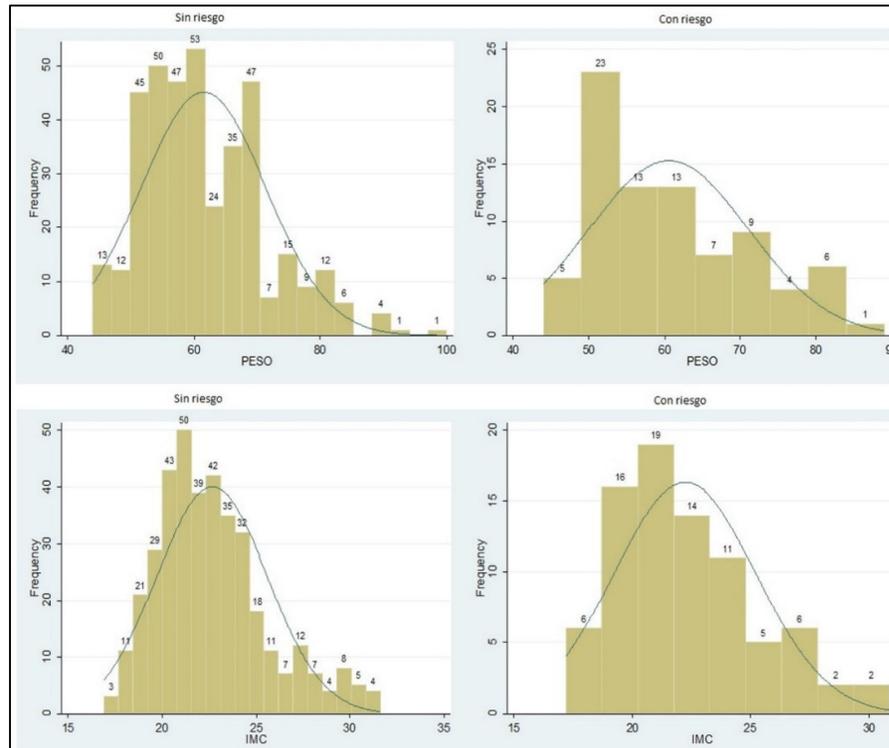
Gráfico 4 y 5

Gráfico 4. Histograma de frecuencias. Distribución de edad y talla según riesgo de presentar TCA según EAT -26.



Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Gráfico 5. Histograma de frecuencias. Distribución de peso e IMC según riesgo de presentar TCA según EAT- 26.



Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Dado que no se observa la curvatura de la campana de Gauss, se buscó evidencia estadística con la prueba de Shapiro Wilk (*tabla 6*); donde se denota que las variables no siguen distribución normal en ninguno de los grupos. Por ello se utilizó una prueba no paramétrica para explorar la asociación de dichas variables.

Tabla 6. Prueba de Shapiro Wilk para evaluación de normalidad según riesgo de presentar TCA de acuerdo a EAT-26.

Variable		Obs	W	V	z	Prob>z
EDAD	Sin riesgo	381	0.93664	16.699	6.684	0
	Con riesgo	81	0.99008	0.688	-0.82	0.79378
TALLA	Sin riesgo	381	0.96218	9.968	5.459	0
	Con riesgo	81	0.94105	4.088	3.087	0.00101
PESO	Sin riesgo	381	0.96207	9.997	5.466	0
	Con riesgo	81	0.93842	4.27	3.183	0.00073
IMC	Sin riesgo	381	0.95095	12.927	6.076	0

Con riesgo	81	0.94523	3.798	2.926	0.00172
------------	----	---------	-------	-------	---------

IMC: Índice de masa corporal.

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni -Cesar vallejo en Enero del 2016.

Al aplicar la Prueba U de Mann Whitney se evidencia que no existe diferencia significativa entre la edad, talla, peso e IMC de los grupos divididos por riesgo de presentar TCA. *Tabla 7*

Para evaluar la consistencia interna del instrumento, los cálculos estadísticos se realizaron en 76 estudiantes (aparte de los 462 estudiantes de la muestra). Se evidenció un valor óptimo ($\alpha=0.827$) para el EAT-26. Asimismo, las sub escalas mostraron índices de consistencia interna de moderada a muy alta predictibilidad⁶³. *Tabla 8*

Tabla 7. Prueba U de Mann Whitney para asociación entre variables cuantitativas y grupos de riesgo de TCA.

RIESGO DE TCA	OBS	EDAD		TALLA		PESO		IMC	
		rank sum	expected	rank sum	expected	rank sum	expected	rank sum	expected
Sin riesgo	381	89129	88201.5	88139	88201.5	89391.5	88201.5	89803.5	88201.5
Con riesgo	81	17824	18751.5	18814	18751.5	17561.5	18751.5	17149.5	18751.5
Combined	462	106953	106953	106953	106953	106953	106953	106953	106953
unadjusted variance		1190720.25		1190720.25		1190720.25		1190720.25	
adjustment for ties		- 83759.7		-7011.04		-3930.62		-107.73	
adjusted variance		1106960.47		1183709.21		1186789.63		1190612.52	
Ho:		EDAD (EAT26 sin riesgo) = EDAD (EAT26 con riesgo)		TALLA (EAT26 sin riesgo) = TALLA (EAT26 con riesgo)		PESO (EAT26 sin riesgo) = PESO (EAT26 con riesgo)		IMC (EAT26 sin riesgo) = IMC (EAT26 con riesgo)	
		Z = 0.882		Z = -0.057		Z = 1.092		Z = 1.468	
		Prob > z = 0.378		Prob > z = 0.9542		Prob > z = 0.2747		Prob > z = 0.1421	

IMC: Índice de masa corporal. Ho: hipótesis nula.

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

Tabla 8. Índice Alfa de Cronbach para instrumento EAT-26.

Reliability Statistics		
Sub escalas	N of Ítems	Cronbach's Alpha
Dieta	13	0.842
Bulimia	6	0.534
Control oral	7	0.686
Escala total	26	0.827

Fuente: Encuesta a estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar vallejo en Enero del 2016.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Para definir riesgo de trastorno de conducta alimentaria, este estudio tomó como punto de corte \geq a 20 puntos. La frecuencia hallada fue 17.53% (81 casos); sin embargo, si se hubiese tomado el punto de corte sugerido por Gandarillas (\geq a 10 puntos), dicha cifra hubiera duplicado su valor (35.06%). En el 2003, este autor reportó cifras menores con ambos puntos de corte (9.2% y 27.1%, respectivamente)⁶² y Núñez (2008) describió cifra similar a lo encontrado (15.3%)⁶⁴. Sin embargo, en España (2012, 2013) y México (2014, 2015) las frecuencias reportadas disminuyeron a 9.5 %⁵⁹, 11.2%²³; 5.9%⁶⁵ y 9.84%²⁷, respectivamente. En Sudamérica; en Argentina (2004, 2005) y Colombia (2010, 2013); también señalaron frecuencias similares 14.30%⁶⁶, 19.2%²⁸, 17%²⁹ y 13.8%⁶⁷; respectivamente. Por el contrario, en Chile (2010, 2011) diversos autores señalan frecuencias extremas de 7.4% y 41%^{30,32}. *Tabla 9*

En Perú, se desarrollaron pocos estudios respecto al tema; entre las prevalencias reportadas se observa frecuencias en asenso: 2003 (16.4%)¹¹, 2007 (22.2%)⁸, 2011 (34.9%)³⁹ y 2012 (48.6%)³⁴. Contrario a estos resultados; Martínez en el 2015, reportó una prevalencia cercana a nuestro resultado (13.9%)⁴¹. *Tabla 10*

Tabla 9. Estudios realizados en Europa, Centro y Sudamérica respecto a trastornos de conducta alimentaria.

País, Año, Autor	Instrumento	Características de la muestra	Riesgo de TCA	
España,2003 Gandarillas.	EAT-26	1238 escolares sexo femenino Edad:15-18 años	9.2%	Predomina sexo femenino
España,2012 Calvo D.	CHEAT EAT-26 EDI-2	1846 adolescentes Ambos sexos Edad: 11 a 15 años	9.5%	Predomina sexo femenino
España,2013 Pamies L.	EAT-40	2142 adolescentes Ambos sexos	11.2%	7.79% mujeres 3.34% varones
Mexico,2014 Gayou.	EAT-26	435 estudiantes Ambos sexos	5.9%	5.8% de mujeres 6.2% de varones
Mexico,2015 Negrete M.	CIMEC CHEAT EAT	2449 adolescentes Ambos sexos Edad: 11-20 años	9.84%	Predomina sexo femenino
Argentina,2004 Vega	Estructuraron un nuevo instrumento	441 escolares Ambos sexos Edad: 13-20 años	14.30%	
Argentina,2005 Bay.	EDE-Q	1971 adolescentes Ambos sexos Edad: 10 a 19 años	19.2%	
Colombia,2010 Rutzstein G	Cuestionario de sintomatología específica,EDI-2	454 adolescentes Ambos sexos Edad : 13-18 años	17%	14.1% de mujeres 2.9% de varones
Colombia,2013 Domínguez	EAT-26	392 universitarios Ambos sexos Edad: 19-22 años	13.8%	19.9% de mujeres 5.8% de varones
Chile,2010 Behar.	Eat-40,EDI-2	2171 adolescentes Ambos sexos	15- 41%	Predomina en sexo femenino

Fuente: "autoría propia".

Tabla 10. Estudios realizados en Perú respecto a trastornos de conducta alimentaria.

País, Año, Autor	Instrumento	Características de la muestra	Riesgo de TCA	
Perú,2003 Martínez	ICA(inventario de conductas alimentarias)	2141 escolares Sexo femenino Edad: 13 a 19 años	16.4%	
Perú,2007 Palpan y colab.	EAT-26 adaptado	180 escolares Ambos sexos Edad: 14 a 18 años	22.2%	26 % de las mujeres 20% de los varones
Perú,2011 Citado por Nakandakari			34.9%	
Perú,2012 Nakandakari	EDI-2- EAT	109 universitarios Ambos sexos Edad:16-22 años	48.6 %	34.9% de las mujeres 13.8% de varones
Perú,2015 Montoya y colab.	EAT-26	483 escolares Sexo femenino Edad:12-17 años	13.9%	

Fuente: "autoría propia".

La población evaluada se caracterizó por estar distribuida parcialmente en ambos géneros; la mayoría solteros y con rango de edad de 14 a 20 años. Como podemos observar; en las tablas 9 y 10, estos estudios evaluaron poblaciones distintas que incluyen diferentes grupos etarios, involucran solo mujeres o ambos sexos; además se realizaron en diferentes años donde hubo cambios y arraigamiento de diferentes conceptos socioculturales²⁷. Añadido a esto, no todos los estudios utilizaron la misma escala y punto de corte ≥ 20 puntos. Lo señalado podría justificar la discrepancia de prevalencias de riesgo de TCA y sus variaciones en el tiempo⁴.

Respecto al género, se señala que los TCA afectan principalmente al sexo femenino (relación mujer/ varón $\geq 2/1$)⁶⁷, con edades entre 12 a 24 años³³; tal como describen Toro (9.8% de mujeres y 1.2% de varones), Rojo (5.56% de mujeres y 0.77% de varones), Peláez (5.13% de mujeres y 0.64% de varones), Valles (6.7% de mujeres y 0.32% de varones)²⁷; y en nuestro medio, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”^{36,37,38}, Nakandakari (34.9% de las mujeres y 13.8% de varones)⁴⁰, entre otros. Los resultados de esta investigación (18.70% de mujeres y 16.38% de varones) muestran que el riesgo de TCA predomina en el género femenino y que la creciente prevalencia en el género masculino (Unikel, 1.3% en 1997 y 3.8% en el 2003)^{27,38} ha disminuido significativamente la diferencia entre ambos géneros; tal como describen Palpan (26 % de las mujeres y 20% de los varones)⁸ y Gayou (5.8% de mujeres y 6.2% de varones)⁶⁵. La discordancia de este resultado con otros autores podría corroborar la creciente prevalencia de TCA en el sexo masculino y/o que el tipo de muestreo utilizado influyó en dichos datos.

Tabla 11

Tabla 11. Descripción de prevalencias de riesgo de TCA según género.

PAÍS,AÑO,AUTOR	GÉNERO	
	FEMENINO	MASCULINO
México, 2006. Toro y colab.	9.8%	1.2%
España, 2003. Rojo y colab.	5.56%	0.77%
España, 2007. Peláez y colab.	5.13%	0.64%
España, 2013. Valles	6.7%	0.32%
Perú, 2002 Instituto Nacional de Salud Mental “Noguchi”	Relación M/V $\geq 2/1$	
México, 2010. Unikel y colab.	Género masculino: 1.3% (1997) \rightarrow 3.8% (2003)	
México, 2011. Gayou y colab.	5.8%	6.2%
Perú, 2013. Nakandakari y colab.	34.9%	13.8%

La condición nutricional de la mayoría de la población y grupo de riesgo es "normal" (81.39% y 76.54%, respectivamente), con un rango de IMC [16.9-31.64 kg/m²] y media de 22.22 kg/m². Estas cifras son similares a lo reportado por Behar (2007) cuyo estudio señaló un rango de IMC [17 -29 kg/m²] y media de 21,4 kg/m². De los 9 casos de desnutrición leve, 6 casos (7.41%) pertenecen al grupo de riesgo y 3 (0.78%) se hallan en el grupo sin riesgo al igual que 1 (0.23%) caso de desnutrición moderada. Respecto al sobrepeso y obesidad, el grupo sin riesgo (13.9% y 2.62%, respectivamente) presenta cifras similares al grupo con riesgo (13.58% y 2.47%, respectivamente). Al observar estos datos podemos señalar que la condición nutricional patológica de la mayoría de la población y grupo de riesgo es el sobrepeso y obesidad. Como se mencionó, una limitación importante para este estudio fue no tener las cifras exactas de las medidas antropométricas, sino solo cifras aproximadas descritas por los estudiantes. Es importante corroborar dichas medidas debido a que algunos estudiantes pueden tener una idea distorsionada de su peso - talla y falsear los datos; y con ello alterar las frecuencias reportadas. Por otra parte, se describe desnutrición leve y moderada en el grupo sin riesgo lo cual podría tratarse de falsos negativos o efectivamente de malos hábitos alimentarios.

El 98.77% y 93.83% de casos de riesgo de TCA son solteros y solo se dedican a estudiar, respectivamente. Referente al área profesional, se evidencia que la mayor parte de estudiantes con riesgo de TCA piensan postular a áreas de Ingeniería, Ciencias de la Salud y Económico-Empresarial (43.21%, 27.16% y 14.81%; respectivamente). Este resultado es similar a lo descrito por Domínguez (18.8% en la carrera de derecho, 18.2% en áreas de salud) y Vásquez y colaboradores (mayor prevalencia en universitarios de área de salud)⁶⁸. El área Económico-Empresarial y Ciencias de la salud tienen una representación mayoritaria del género femenino y por ende posible riesgo de TCA. De la misma manera estas áreas profesionales

y el área de Ingeniería demandan una dedicación importante, además de la carga emocional; lo que podría hacer más vulnerable al estudiante para desarrollar este tipo de trastornos ante situaciones de estrés o presión.

Ninguna de las variables estudiadas presentó distribución normal (dato corroborado por la prueba de Shapiro Wilk). Al correlacionar las variables (género, edad, peso, talla, condición nutricional, condición laboral, estado civil y área profesional a la que piensa postular) no se evidenció asociación significativa con el riesgo de TCA. Esto concuerda con lo reportado por Gandarilla respecto a la talla ($p=0.779$); Corada y colaboradores respecto a grupo etario ($p=0.723$), estado civil ($p=0.069$), carrera profesional ($p=0.803$) y condición nutricional⁵⁹; Forero con edad ($p=0.720$)⁶⁹ y Suclla con género ($p=0.351$)⁷⁰. Contrario a esto; Calvo, Cano y Palpan si evidenciaron asociación significativa con las variables género y condición nutricional ($p<0.05$)^{6,8}; Vásquez, con la carrera profesional y Suclla, con la variable edad ($p=0,007$). La mayoría de estudios no reportaron asociación entre TCA y dichas variables sociodemográficas, a excepción de las variable género y edad (específicamente el sexo femenino y los adolescentes, respectivamente) que si son descritos como factores predisponentes. La discordancia de resultados, respecto a estas dos variables, quizá se debería a la creciente prevalencia de riesgo de TCA en el género masculino, un muestreo inadecuado y/o el tipo de población con el que se trabajó; ya que usualmente la mayoría de estudios se desarrollaron en escolares e involucraban solo el género femenino.

La interpretación del EAT-26 involucra 3 factores o sub escalas. Respecto a la sub escala III, el 11.47% de los estudiantes refieren que “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” tienen “autocontrol” en relación a la comida y factores que representan la presión social para ganar peso. Asimismo para la sub escala I, el 11.04% de los estudiantes señalan rechazo a consumir comida de alto contenido calórico y preocupación por la delgadez y el peso; y para la sub escala II, el 6.49% de estudiantes refieren conductas bulímicas (atracones-vómitos) y pensamientos persistentes en relación a la comida. Si bien estos datos son un hallazgo en la investigación, éstos son

importantes debido a que permite conocer en rasgos generales que conceptos y posibles conductas de riesgo tiene la población; y con ello sugerir un seguimiento, considerando que podrían desarrollar un TCA a posterior.

Se evidencia que con mayor frecuencia (“a menudo”, “casi siempre” o “siempre”), el grupo de riesgo presenta más distorsión en relación al factor I “dieta”, seguido del factor III “control oral” y factor II “bulimia y preocupación por la comida”. Según lo descrito por Gardner y Méndez, una alta puntuación en el factor II está asociado a mal pronóstico y altas puntuaciones en el factor III se asocian a ausencia de bulimia y mejor pronóstico^{57,61}. Con ello podríamos señalar que la mayoría de casos tendrían un mejor pronóstico y no se asociarían a problemas bulímicos⁷¹. Estos datos tendrían que ser corroborados por otros estudios.

Los cálculos estadísticos para evaluar la consistencia interna del instrumento señalaron un índice alfa de Cronbach “ $\alpha = 0.827$ ”. Según Ruiz Bolívar (2002) y Pallela – Martins (2003), esto se interpreta como “alta confiabilidad” para utilizar dicho instrumento en la población de estudio. Asimismo las sub escalas muestran muy alta ($\alpha=0.842$), alta ($\alpha=0.686$) y moderada ($\alpha=0.534$) predictibilidad para los factores: I “dieta”, III “control oral” y II “bulimia y preocupación por la comida”; respectivamente^{63,72}. En la *tabla 12* se observa que este estudio, al igual que Gandarillas y Palpan, reporta alta fiabilidad para el EAT-26; mayor consistencia interna para el factor I y moderado a alto para los otros dos factores; sin embargo, Constain señala mejor predictibilidad del factor II⁷³. Estas diferencias podrían deberse a que una versión diseñada para población española sea aplicada en población peruana, las condiciones en que se evaluó (tiempo limitado) y veracidad con la que los estudiantes respondieron las preguntas⁷⁴.

En el 2003, Gandarillas sugiere eliminar el ítem 19 dado que la fiabilidad del cuestionario aumenta al suprimirlo ($\alpha=0,861$ a $0,880$); Palpan, el ítem 25 y Constain, ambos ítems “19 y 25” ($\alpha=0.921$ a 0.936). Si este estudio hubiese suprimido estos ítems (“19”, “25”, “19 y 25”) los índices de

Cronbach se hubieran incrementado ($\alpha=0.842$, 0.834 y 0.850, respectivamente). En relación a los puntos de corte, la versión original del EAT-26 sugiere punto de corte ≥ 30 puntos; posterior a ello Castro y colaboradores (1991) al validar la versión española establecen el punto de corte \geq a 20 puntos. Sin embargo, otros autores al realizar las validaciones a su medio señalan mayor sensibilidad y especificidad en puntos de corte $<$ a 20 puntos; y que esto sería una ventaja para disminuir los falsos negativos⁷³.

Tabla 12. Puntos de corte y mediciones de consistencia interna del EAT-26.

País, Año Autor	N° de ítems incluidos	Punto de corte (puntos)	α de Cronbach			
			Total	Sub escalas		
				I	II	III
España,1991 Castro y colab.	26	≥ 20				
España,2003 Gandarillas	26 Sugiere eliminar "ítem 19"	≥ 10	0,861 (0,880)	0.860	0.730	0.570
Colombia,2014 Constain y colab.	26 Sugiere eliminar "ítems 19,25"	≥ 11	0.921 (0.936)	0.857	0.891	0.818
Perú,2007 Palpan	25	≥ 5	0.783	0.758	0.702	0.694
El presente estudio	26	≥ 20	0.827	0.842	0.534	0.686

Fuente: "autoría propia".

La importancia de esta investigación es que aporta datos actuales de prevalencia de riesgo de desórdenes alimentarios, que conceptos distorsionados; respecto a la dieta, preocupación por la comida o control oral, son más frecuentes en la población preuniversitaria estudiada y que el EAT-26 es confiable en este tipo de población. Asimismo los resultados de esta investigación servirán de base para el desarrollo de posteriores

estudios, pues quedan puntos que deben ser esclarecidos como confirmar las frecuencias de los tipos de TCA y la creciente prevalencia en el género masculino; también validar el EAT-26 suprimiendo los ítems 19 y 25, calcular su índice de confiabilidad y establecer un punto de corte para el EAT en su totalidad y cada sub escala para nuestro medio.

Dentro de las limitaciones del estudio se describen: I) El tipo de estudio que no permitió establecer causalidad. II) La confiabilidad de los datos proporcionados. III) El uso de una escala de tamizaje en lugar de una evaluación psiquiátrica (pese a la validez y alta confiabilidad de la escala; éste puede tener falsos negativos y/o falsos positivos). IV) La falta de evaluación de potenciales variables confusoras como la existencia de un desorden mental previo; pese a la información recibida por personal del centro de estudio. V) El tipo de muestreo fue por conveniencia (no probabilístico) lo cual pudo haber alterado las frecuencias encontradas. VI) No haber corroborado las medidas antropométricas (peso y talla) dado el poco tiempo para la evaluación de los estudiantes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia (17.53%) de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo se mantiene dentro del rango de frecuencias reportadas.
- El género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de TCA (18.70%) que el género masculino (16.38%) y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años.
- No se evidenció asociación significativa de las variables estudiadas con riesgo de TCA.
- El instrumento EAT-26 versión español tiene alta confiabilidad en el tipo de población de estudio.

6.2. RECOMENDACIONES

- Desarrollar estudios, en la población de esta investigación, que confirmen las frecuencias de los TCA y la creciente prevalencia en el género masculino.
- Realizar más estudios respecto al tema para conocer cómo evolucionan estas patologías en el tiempo dado que los factores de riesgo y conceptos socioculturales podrían ser diferentes dependiendo de la sociedad investigada y época en que se realiza.

- Validar, en nuestro medio, el EAT-26 con 23 preguntas (suprimiendo los ítems 19 y 25); calcular su índice de confiabilidad y establecer un punto de corte en general y para cada sub escala en nuestro medio.
- Para estudios de mayor valor estadístico, se sugiere usar poblaciones más homogéneas respecto del género, así como adecuadas técnicas de muestreo que brinden mayor representatividad y recolección de datos en diferentes épocas del año.
- Establecer programas de prevención de TCA como parte integral y básica en el campo de salud pública, principalmente enfocado en la población adolescente, trabajando en forma conjunta con el sector educación y salud.
- Sugerir a la institución “Academia Aduni-Cesar Vallejo” que realice evaluaciones respecto a TCA al inicio y fin de cada ciclo, pues ello le servirá de base para que el personal de salud con el que trabaja tome medidas preventivo-promocionales para un mejor desenvolvimiento académico de los estudiantes y futuros profesionales.
- Sugerir a la institución “Academia Aduni-Cesar Vallejo” que realice sesiones de consejería sobre TCA y adecuados hábitos alimentarios a los estudiantes preuniversitarios, en coordinación con profesionales de salud (Psicología, Enfermería y/o Médico).

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrego C. Factores de Riesgo e Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Psicol.* 2010; 12(1):13–50.
2. Stice E. Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull.* 2002; 128(5):825–48.
3. Toro J, Gómez G, Sentis J, Valles A, Casula V, Castro J, Pineda G, León R, Platas S. Eating Disorders And Body Image In Spanish And Mexican Female Adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(7):556–65.
4. Mancilla J, Lameiras M, Vásquez R, Georgina A, Franco K, Xochitl L. Sociocultural Influences and Disordered Eating Behaviors in Men and Woman of Spain and Mexico. *Mex J Disord.* 2010; 1:36–47.
5. Ricciardelli L, McCabe M. A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychol bull.* 2004; 130(2):179–205.
6. Cano. Á, Corredor A, García M, González M, Lloreda L, Lucero K. Factores de Riesgo para Trastornos de la Alimentación en los Alumnos de la Universidad de Manizales. *Med UNAB.* 2007; 10(3):187–94.
7. Valles M. La Imagen Corporal: Programa Preventivo Sobre Los Trastornos De La Conducta Alimentaria. Universidad de Castilla La Mancha; 2013.
8. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores Psicosociales Asociados A Los Trastornos De Alimentación En Adolescentes De Lima Metropolitana. *Psychol Int.* 2007; 18(4):1–25.
9. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio Epidemiológico De Los Trastornos Alimentarios Y Factores Asociados En Lima Metropolitana. *Rev Psicol la Pontif Univ Católica del Perú.* 2003; 21(2):234–69.
10. Quiles Y, Terol C. Afrontamiento Y Trastornos De La Conducta Alimentaria: Un Estudio De Revisión. *Rev Latinoam Psicol.* 2008; 40(2):259–80.

11. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio Epidemiológico De Los Trastornos Alimentarios Y Factores Asociados En Lima Metropolitana. *Rev Psicol la Pontif Univ Católica del Perú*. 2003; 21(2):234–69.
12. Herrera T. Validez Y Confiabilidad Del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) En Una Muestra De Adolescentes Varones Universitarios Y Pre Universitarios De Lima Metropolitana. Especialidad de Psicología. Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2008.
13. Hernández A, León R. Dieta restringida o ejercicio excesivo. ¿Qué eligen las adolescentes para reducir talla? *Rev Mex Trastor Aliment*. 2012; 3:133–40.
14. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, Ansiedad social y su Prevalencia en Trastornos de la conducta Alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2007; 45(3):211–20.
15. Unikel C, Caballero A. Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guías Clínicas Para La Atención De Trastornos Mentales*. México; 2010.
16. Mitchell J, Crow S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(4):438–43.
17. Rutzstein G, Murawski B, Scappatura L. Trastornos Alimentarios: Detección en Adolescentes Mujeres y Varones de Buenos Aires. Un estudio de Doble Fase. *Mex J Eat Disord*. 2010; 1(1):48–61.
18. Etxeberria Y, Nerea G, Padierna J, Quintana J. Calidad de Vida en Pacientes con Trastornos de Alimentación. *Psicothema*. 2002; 14(2):399–404.
19. Hoek HW. Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(4):389–394.
20. Rosen DS, the Committe on Adolescence. Identification and management of Eating Disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010; 126(6):40–53.
21. Narváez R, Ordóñez M, Ochoa O, Peña G. Trastornos De Conducta Alimentaria En Estudiantes De Primer Año De Medicina. *Rev Vitae*. 2015; 64.

22. González C, Pérez E, Martín B, Mitja I, De Pablo R, De la Torre P. Detección De Adolescentes En Riesgo De Presentar Trastornos De La Alimentación. Atención Primaria. Elsevier; 2007; 39(4):189–94.
23. Pamies L, Quiles Y, Bernabe M. Conductas Alimentarias De Riesgo En Una Muestra De 2.142 Adolescentes. Med Clin. 2011; 136(4):139–43.
24. Cruz M, Pascual A, Etxebarria I. Riesgo De Trastorno De La Conducta Alimentaria, Consumo De Sustancias Adictivas Y Dificultades Emocionales En Chicas Adolescentes. Rev de Psicol. 2013; 29(3):724–33.
25. Lugli Z, Vivas E. Conductas Y Actitudes Sugestivas De Riesgo De Trastornos Del Comportamiento Alimentario En Estudiantes Universitarios Venezolanos. Rev la Fac Med. 2006; 29(2).
26. Sánchez L, Oliveira C. Trastornos De La Conducta Alimentaria. 7th ed. Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría. España: Elsevier España, S.L.; 2011. 805-829.
27. Negrete M. Estudio Epidemiológico De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Población Escolarizada En El Estado De Nayarit, México. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
28. Calvo D. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta alimentaria en el Norte de España: Estudio en dos Fases en Población Adolescente Temprana escolarizada. Universidad de Zaragoza; 2012.
29. Rutzstein G, Murawski B, Armatta A, Leonardelli E, Diez M, et al. Factores De Riesgo Para Trastornos Alimentarios En Estudiantes De Danza. J Behav Heal Soc Issues. 2010; 2:1–24.
30. Behar R. Quince Años De Investigación En Trastornos De La Conducta Alimentaria. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2010; 48(2):135–46.
31. Urzúa M A, Castro R S, Lillo O A, Leal P C. Prevalencia De Riesgo De Trastornos Alimentarios En Adolescentes Escolarizados Del Norte De Chile. Rev Chil Nutr. 2011; 38(2):128–35.
32. Loreto M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia De Riesgo De Trastornos Alimentarios En Adolescentes Mujeres Escolares De La Región Metropolitana. Rev Chil Pediatr. 2006; 77(2):153–60.

33. Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, Aux CP ER. Factores Asociados Con Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes Universitarios En Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2007; 38(4):344–51.
34. Martínez A, Gómez M. Prevalencia De Trastornos Del Comportamiento Alimentario (T.C.A) En Estudiantes De Bachillerato. *Rev Fac Med.* 2008; 56(3):193–210.
35. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2011; 12(6):400–43.
36. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.” Estudio Epidemiológico Metropolitano En Salud Mental 2002: Informe General. *An salud Ment.* 2002; 18(1-2):1–200.
37. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.” Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana 2006. Informe general. *An salud Ment.* 2007; 23(1,2):1–227.
38. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.” Estudio Epidemiológico De Salud Mental En Lima Metropolitana Y Callao - Recopilación 2012. *An salud Ment.* 2013; 29(1):1–397.
39. Díaz C, Cabrera J, Puestas P. Salud Mental En Estudiantes De Medicina De Universidades De Lambayeque. *Rev del cuerpo médico.* 2011; 4(2):127–8.
40. Nakandakari M, De la Rosa D, Jaramillo J. Rasgos De Trastornos Conducta-Alimentarios Y Consumo De Sustancias Psicoactivas En Estudiantes De Medicina Humana. *Rev del cuerpo médico.* 2013; 6(4):27–30.
41. Lazo Y, Quenaya A, Mayta P. Influencia De Los Medios De Comunicación Y El Riesgo De Padecer Trastornos De La Conducta Alimentaria En Escolares Mujeres En Lima, Perú. *Arch Argent Pediatr.* 2015; 113(6):519–25.
42. Arrufat F. Estudio de prevalencia de transtornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Universidad de Barcelona; 2006.
43. Arévalo R, Aguilar X, Tellez M, Mancilla J, Los D. Eating Disorders Diagnostic: From The DSM-IV To DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment.*

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.; 2015; 6:108–20.

44. Ramirez A. Relación entre la Anorexia Nerviosa y las formas particulares de Cohesión Social en las Familias. Universidad Católica Andrés Bello; 2009.
45. Molina R. Un estudio de Neuroimagen en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos. Universidad Complutense de Madrid; 2014.
46. Domínguez A, Baena A, Ulloa M. Prevalencia De Factores De Riesgo Para Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes De Una Institución Educativa Privada En Monterrey. Universidad De la Sabana; 2012.
47. Piñeros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39(2):313–28.
48. Piñeros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39(2):313–28.
49. Cristancho P. Conductas Alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia. Pontificia Universidad javeriana; 2014.
50. Díaz M, Rodríguez F, Martín C, Hiruela M. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención Primaria.* 2003; 32(7):403–9.
51. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. In: S.A. E, editor. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría.* 2a edición. España; 2010. p. 361–74.
52. Marín V. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes. *Rev. chil. nutr.* 2002,29(2): 86-91.
53. Viguria F, Miján A. La pica: Retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutr Hosp.* 2006; 21(5):557–66.
54. Monterrosa Á, Boneu J, Muñoz T, Almanza E. Trastornos Del Comportamiento Alimentario: Escalas Para Valorar Síntomas Y Conductas De Riesgo. *Rev Ciencias Biomédicas.* 2012; 3(1):99–111.

55. Brito P. Frecuencia De Trastornos Alimentarios En Adultos Jóvenes De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014. Universidad Católica del Ecuador; 2015.
56. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test : Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychol Med.* 1982; 12:871–8.
57. Galeano D, Krauch C. Actitudes Alimentaria y Satisfacción con la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias. *Eureka.* 2010; 7(1):11–38.
58. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Catalunya - España; 2009. 33-54.
59. Ruiz P, Comet M, Calvo A, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, et al. Prevalence of Eating Disorders in Early Adolescent Students. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2010; 38(4):204–11.
60. Corada L, Montedónico A, Wenk E. Estudio del Aporte de un Instrumento (Test de Actitudes Alimentarias EAT-26), en la Evaluación De Cambios En Adolescentes Sometidos a un Programa de Prevención de Obesidad. Universidad de Chile; 2007.
61. Méndez S. Identificación De Conductas Alimentarias De Riesgo Y Su Relación Con La Autopercepción De La Imagen Corporal Y El Estado Nutricional En Adolescentes De 13 A 15 Años Estudio Realizado En Dos Centros Educativos De Quetzaltenango, Guatemala. Universidad Rafael Landívar; 2015.
62. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A, Muñoz P. Trastornos Del Comportamiento Alimentario: Prevalencia De Casos Clínicos En Mujeres Adolescentes De La Comunidad De Madrid. Madrid - España; 2003.
63. Corral Y. Validez Y Confiabilidad De Los Instrumentos De Investigación Para La Recolección De Datos. *Rev Ciencias la Educ.* 2009; 19(33):228–47.
64. Núñez Rocha GM, Topete González M, Patrón Ramírez JM, Vázquez AM, Medina Aguilar G, Ayala Aguirre F, et al. Prevalencia De Factores De Riesgo Para Trastorno De La Conducta Alimentaria En Estudiantes De Una Institución Educativa Privada En Monterrey. *RNC.* 2008; XVI (4):118–22.

65. Gayou U, Ribeiro R. Identificación De Casos De Riesgo De Trastornos Alimentarios Entre Estudiantes De Querétaro. *Rev Mex Trastornos Aliment.* 2011; 5:115–23.
66. Vega V. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en población escolar adolescente. Argentina; 2004.
67. Domínguez A, Baena A, Ulloa M. Prevalencia De Factores De Riesgo Para Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes De Una Institución Educativa Privada En Monterrey. Universidad De la Sabana; 2012.
68. Vásquez L, Chavarro K, Martínez L, García J. Prevalencia De Trastornos Del Comportamiento Alimentario En Estudiantes De La Universidad Nacional De Colombia Entre Julio De 1994 Y Diciembre De 1995. Universidad Nacional de Colombia, 1996.
69. Forero A, Domínguez A, Bean A. Prevalencia De Riesgo De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Estudiantes De Medicina De La Universidad De La Sabana. Universidad De La Sabana; 2014
70. Suclla J, Meza E, Llerena V, Rivera V, Yupanqui M. Factores Asociados Con Trastornos De Conducta Alimentaria En Estudiantes De Primer Año De Carreras Biomédicas. *Nutr Clínica y Dietética Hosp.* 2015; 35(3):17–26.
71. Vega V, Piccini M, Barrionuevo J, Tocci R. Depresión Y Trastornos De La Conducta Alimentaria En Una Muestra No Clínica De Adolescentes Mujeres. *Anu Investig.* 2009;XVI:103–14.
72. Gonzales V, Madrigal S, Treviño F, Aguilar A. Propuesta Y Validez De Un Instrumento Para El Manejo De Tecnología De Información En La Investigación. España; 2009.
73. Constaín G, Ramírez C, Rodríguez M, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez Y Utilidad Diagnóstica De La Escala Eat-26 Para La Evaluación Del Riesgo De Trastornos De La Conducta Alimentaria En Población Femenina De Medellín, Colombia. *Aten Primaria. SEGO;* 2013; 46(6):12–4.
74. Vergara M. Confiabilidad Del Instrumento “Habilidad De Cuidado De Los Cuidadores Familiares De Personas Con Enfermedad Crónica”. Montería, 2010. Universidad Nacional De Colombia Sede Bogotá; 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 1

ENCUESTA

*Prevalencia de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en Estudiantes
Preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en Enero del 2016*

FECHA:

N° FICHA:

DATO GENERALES

INSTRUCCIONES

Estimado participante, la siguiente encuesta busca recoger cuáles han sido sus sentimientos e ideas en los últimos 6 meses. Por ello se solicita contestar las preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuesta correcta o incorrecta, únicamente exprese cómo se siente. **LA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL.**

Por favor, responda las siguientes preguntas con "X":

1. EDAD DEL PACIENTE: _____

2. GÉNERO DEL PACIENTE: MASCULINO

FEMENINO

3. TALLA. m

PESO Kg

4. ESTADO CIVIL

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Conviviente

5. OCUPACIÓN

- Estudiante
- Estudia y trabaja

6. AREA A LA QUE POSTULA

- Área A: Ciencias De La Salud
- Área B: Humanidades

- Área C: Ciencias Sociales
- Área D: Ciencias Básicas
- Área E: Ingenierías

Escala EAT-26	nunca
	raramente
	a veces
	a menudo
	muy a menudo
	siempre

- Área F: Económico-Empresariales

1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procuro no comer cuando tengo hambre						
3	Me preocupa mucho por la comida						
4	A veces me he “atraco” de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de comer						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado (a)						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a)						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen (dieta)						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo (a) después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen (dietas)						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Test de Actitud Alimentaria “EAT-26”

EAT-26: Versión validada al español por Gandarillas (2003).
Fuente: Monterrosa A. y colaboradores.

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Prevalencia de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en Estudiantes
Preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en Enero del 2016**

¿Quiénes soy?

Soy estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de San Fernando - UNMSM

¿Para qué he venido?

Para invitarlo a participar en una investigación que busca identificar alteraciones en el hábito alimentario

¿Qué voy hacer?

Le entregare un cuestionario, que deberá responder sobre sus hábitos alimentarios y su estado de ánimo, el cual durará aproximadamente 15 minutos.

¿Qué beneficios obtendrá usted?

No hay beneficio directo, sin embargo su aporte permitirá que en un futuro otros estudiantes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

¿Cuáles son los riesgos?

No existen riesgos. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. El cuestionario y la entrevista serán anónimos pues serán codificados usando un número de identificación.

¿Qué pasa si decide no participar?

Ud. puede retirarse en cualquier momento sin que esto perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene Ud. el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo,..... (SI/NO) acepto participar voluntariamente en esta investigación habiendo sido informado (a) de los fines de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno sobre mi persona.

Firma