

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Rodríguez Rodríguez, Carlos Valentín

ASESOR:

Dra. Rodríguez García, Paola Alejandra

Trujillo – Perú

2018

MIEMBROS DEL JURADO

.....
Presidente

.....
Secretario

.....
Vocal

ASESOR

.....
Dra. Paola Alejandra Rodríguez García.

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor hacia la humanidad, y por la fé que día a día nos fortalece en tiempos difíciles, donde nuestra mejor palabra, es la acción.

A mis padres, por ser mi ejemplo de vida y cimiento desde el nacimiento, por el apoyo incondicional y por las largas horas de espera durante la experiencia llamada vida.

A mis hermanos, que siempre creyeron en mí, y siempre me brindaron su apoyo incondicional, con una palabra de aliento o una buena acción.

Al amor de mi vida, por estar allí cuando más lo necesitaba, por apoyarme incondicionalmente en mis ideas descabelladas, y por darme la fuerza del amor a mis semejantes para seguir siempre adelante.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por creer siempre en mí y apoyarme con su amor incondicional.

*A mi asesora, Paola Alejandra Rodríguez García, por confiar en mí y ayudarme a
convertir este trabajo en una realidad.*

*A las Instituciones Educativas de la ciudad de Trujillo, por abrirme sus puertas
para facilitar mi trabajo.*

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	1
MIEMBROS DEL JURADO.....	2
PAGINA DE DEDICATORIA.....	3
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	4
TABLA DE CONTENIDOS.....	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
ANEXOS:.....	40

RESUMEN

Objetivo: Establecer si el género, la procedencia, el grado de instrucción secundaria, el estado nutricional, y la disfunción familiar son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 102 estudiantes de secundaria según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con riesgo de trastorno de conducta alimentaria o sin ella, se calculó la razón de prevalencia y se aplicó la prueba chi cuadrado.

Resultados: El género es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.8 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El pertenecer al quinto grado de secundaria es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.5 el cual fue significativo ($p < 0.05$). La obesidad es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.28 el cual fue significativo ($p < 0.05$). La familia monoparental es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.05 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: el género, el grado de instrucción secundaria, la condición nutricional, y la familia monoparental son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo.

Palabras claves: *Factores asociados, trastornos de conducta alimentaria, estudiantes.*

ABSTRACT

Objective: To establish whether gender, provenance, secondary education, nutritional status, and family dysfunction are factors associated with the risk of eating disorders in high school students in Trujillo.

Material and Methods: An analytical, observational, transversal section study was carried out. The study population consisted of 102 high school students according to established inclusion and exclusion criteria divided into two groups: at risk of eating disorder or without it, the prevalence ratio was calculated and the chi square test was applied.

Results: Gender is a factor associated with the risk of eating disorders in high school students with a prevalence ratio of 3.8 which was significant ($p < 0.05$). Belonging to the fifth grade of secondary school is a factor associated with the risk of eating disorders in high school students with a prevalence ratio of 3.5 which was significant ($p < 0.05$). Obesity is a factor associated with the risk of eating disorders in high school students with a prevalence ratio of 3.28 which was significant ($p < 0.05$). Monoparental family is a factor associated with the risk of eating disorders in high school students with a prevalence ratio of 3.05 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: gender, grade of secondary education, nutritional status, and monoparental family are factors associated with the risk of eating disorders in high school students in Trujillo.

Key words: Associated factors, eating behavior disorders, students.

I. INTRODUCCION

Los trastornos de conducta alimentaria son definidos por el DSM-V como aquellos 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 biopsicosocial.^{1,2,3.}

Otros autores los consideran desviaciones de los hábitos alimentarios caracterizados por el miedo a engordar, insatisfacción con el cuerpo, tendencia a tener pensamientos negativos sobre el peso y la presencia de atracones incontrolables de comida; acompañado de rasgos psicológicos de perfeccionismo e inseguridad^{4,5,6.}

Se describe que la incidencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) varía dependiendo del país donde se realiza el estudio; en Europa, se estudió una muestra representativa de 1545 alumnos de ambos sexos con edades entre 12 y 21 años con el objetivo de calcular el riesgo de TCA, encontrándose una frecuencia de 3.43%. El 2016 la “Escuela Americana de Pediatría” denotó que el 0.5 – 1% de adolescentes en EE. UU presentaron 1-2% de bulimia nerviosa y 14% de Trastornos de conducta alimentaria no específica^{7,8.}

En Perú en el 2012, se encontró que la prevalencia de estos trastornos fluctuaron entre 3.1 - 4.5%; también señaló que estos trastornos afectan principalmente a la población femenina (2.6% de varones, 4.8% de mujeres). En Trujillo en el año 2015 se evaluó a 200 estudiantes de la carrera de Enfermería. El resultado obtenido osciló entre el 51% al 68% que lo relacionaba directamente a una dimensión de la personalidad obsesiva^{9.}

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el

peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Se caracterizan por una búsqueda deliberada de pérdida de peso, inducida y mantenida por la propia persona mediante actitudes restrictivas y/o purgativas en la alimentación o la realización excesiva de ejercicio. Junto a la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), se incluyen, dentro de los TCA, la categoría de TCA No Especificados para los que no cumplen los criterios propios de un trastorno específico ^{10,11,12,13}.

Los TCA son patologías de salud mental que se caracterizan por presentar conductas de alimentación anómalas en respuesta a la insatisfacción de la imagen corporal. Estos desórdenes alimentarios son enfermedades heterogéneas y complejas en cuya etiopatogenia pueden intervenir diferentes factores: genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales ^{14,15,16}.

La mayoría de los casos de TCA se presentan en la adolescencia y muchos casos permanecen subclínicos dado que existen individuos que presentan actitudes y comportamientos de riesgo que no reúnen los criterios suficientes para ser clasificados como patológicos, en esta zona de transición entre adolescente y adulto joven se encuentra el grupo de riesgo ^{17,18}.

Entre los factores predisponentes del TCA 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 otros ^{19,20}.

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 otros^{21,22,23}.

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 autoestimas, etc.)^{24,25}.

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 mismos^{26,27,28}.

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 otros. Ninguno de ellos confirma el diagnóstico, sino solo indican riesgo de trastorno de conducta alimentaria^{29,30}.

El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, contiene 40 items (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 peso^{31,32}.

Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 ítems (EAT-26) al suprimir 14 ítems 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)³³.

Ortíz S, et al (Colombia, 2012); llevaron a cabo un estudio con el fin de determinar la frecuencia de TCA, sus factores de inicio y mantenimiento, así como sus subtipos clínicos y comorbilidad en una población escolarizada por medio de un estudio de base comunitaria y corte transversal con 937 estudiantes; se detectaron 141 casos probables de TCA, la mayoría en mujeres ($p < 0,01$). El 38,3% de ellos aceptó entrevista psiquiátrica. Se realizó diagnóstico clínico de TCA en el 53,7% de los entrevistados, sin diferencias por estrato socioeconómico ni grupos de edad. El subtipo no especificado estuvo presente en el 93%. Se encontró comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, así como conductas suicidas más frecuentes en adolescentes con diagnóstico clínico de TCA que en aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y con otros trastornos ($p = 0,019$)³⁴.

Fandiño A, et al (Colombia, 2012); llevaron a cabo un estudio para determinar la cifra relativa de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de TCA, y a partir de los datos, estimar la prevalencia en la población universitaria; se realizó un estudio transversal en un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle (Cali, Colombia); hubo 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba (puntaje > 24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA; con una relación mujer:hombre de 2:1; y una prevalencia estimada de 44.1% en mujeres y 9.6% en hombres. Los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino (OR: 2.74 IC95%: 1.29-5.85), el querer disminuir más de 10% del peso corporal (OR: 24.65 IC95%: 1.92-316.91) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso (OR: 0.81 IC95%: 0.66-0.98)³⁵.

Montoya M, et al; (Perú, 2014), llevaron a cabo un estudio para determinar los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II por medio de un estudio de tipo cuantitativo y diseño descriptivo correlacional se utilizó el muestro probabilístico y para la selección muestral se aplicó tipo aleatorio estratificado para lograr la proporcionalidad en la muestra, quedando constituida por 175 adolescentes; se encontró que el 58.9% de adolescentes tiene edades entre 14 y 16 años, perteneciendo a la adolescencia media, seguidamente esta la adolescencia temprana(10 a 13 años) con un 27.4%, y el resto pertenece a la adolescencia tardía, referente al sexo de la población muestral el 53.7% es femenino; respecto al ámbito familiar respecto a los estilos de padres estrictos están asociados significativamente al riesgo de TCA en adolescentes con una $p < 0.05$ ³⁶.

Castaño J, et al (Colombia, 2014); Determinaron la presencia del factor de riesgo (positivo o negativo) para trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según el cuestionario EDI-2, y factores asociados en población de niñas escolarizadas mediante un estudio de corte transversal; donde se incluyeron 481 estudiantes; muestreo de los colegios y los estudiantes: probabilístico estratificado por institución y grado; se encontró que el 24,7% de la población presentó factor de riesgo positivo según el cuestionario EDI-2 para desarrollar TCA, además se encontraron los siguientes factores asociados: consumo de alcohol ($p = 0,002$), antecedentes familiares de TCA ($p = 0,000$), percepción de sobrepeso ($p = 0,000$), funcionalidad familiar ($0,000$), índice de masa corporal ($p = 0,032$), y todas las medidas antropométricas excepto talla³⁷.

1.1 Enunciado del problema:

¿Son el género, la procedencia, el grado de instrucción secundaria, el estado nutricional, la familia monoparental, factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo?

1.2 Objetivos:

Establecer si el género, la procedencia, el grado de instrucción secundaria el estado nutricional, y la familia monoparental son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo

Objetivos específicos

- Establecer si el género es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria
- Establecer si la procedencia es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria
- Establecer si el grado de instrucción secundaria es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria
- Establecer si el estado nutricional es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria
- Establecer si la familia monoparental es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria

1.3 Hipótesis:

H0: El género, la procedencia, el grado de instrucción secundaria, la familia monoparental y el estado nutricional no son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo.

H1: El género, la procedencia, el grado de instrucción secundaria, la familia monoparental y el estado nutricional son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1 Diseño del estudio:

Tipo de Estudio: Analítico, observacional, seccional transversal.

G	FACTORES ASOCIADOS			
G1	X1	X2	X3	X4
G2	X1	X2	X3	X4

G1: Pacientes con riesgo de trastorno de conducta alimentaria

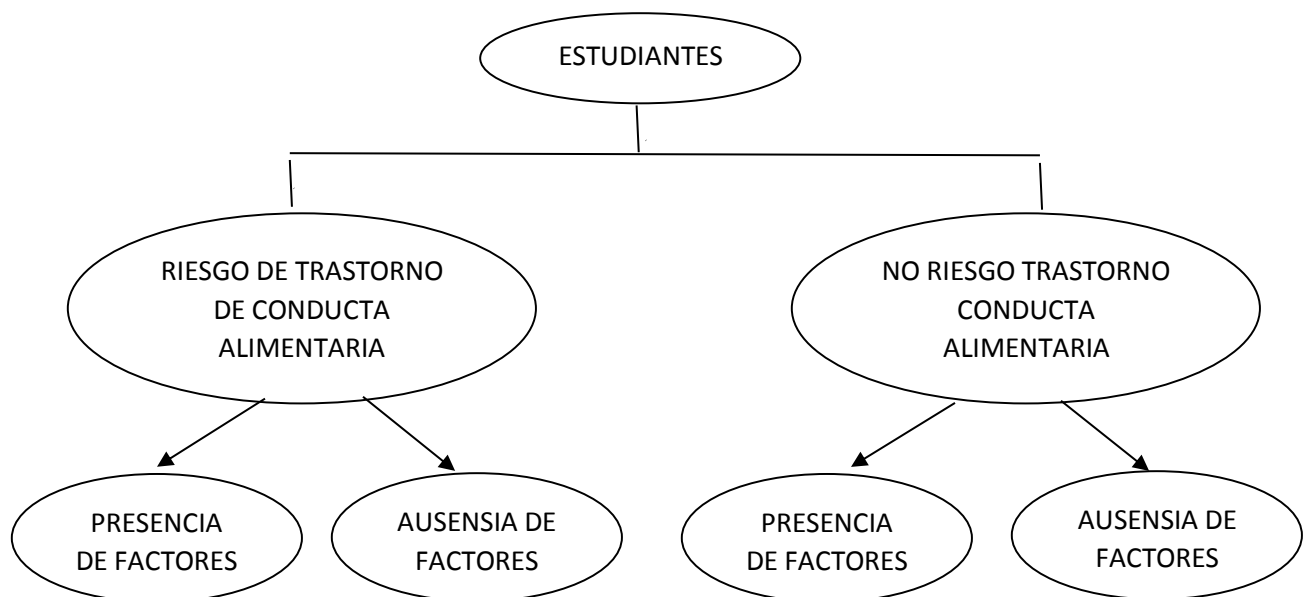
G2: Pacientes sin riesgo de trastorno de conducta alimentaria

X1: Género

X2: Grado de instrucción secundaria

X3: Estado nutricional

X4: Familia monoparental



2.2 Población Muestra y Muestreo

Población: Estudiantes de secundaria de las instituciones educativas “Liceo Trujillo”, “San Juan” y “Sagrado Corazón” que cumplieron los criterios de inclusión en el periodo Enero - Marzo 2018.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Estudiantes del nivel secundario de las instituciones educativas “Liceo Trujillo”, “San Juan” y “Sagrado Corazón”
- Estudiantes dispuestos a colaborar con la entrevista y el asentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con discapacidades que le impidan responder la encuesta
- Estudiantes con antecedente de enfermedades psiquiátricas como anorexia nerviosa, bulimia y trastornos obsesivos compulsivos.
- Estudiantes con enfermedad crónica renal y hepática
- Estudiantes que no desee participar

Criterios de eliminación

- Fichas mal llenadas

TAMAÑO MUESTRAL

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola población³⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe : Prevalencia hospitalaria estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (riesgo de trastorno de conducta alimentaria): 0.045 (4.5%)

$qe = 1 - pe$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E : Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$n = 102$ estudiantes

2.3 Definición operacional de variables

	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFICINIÓ OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	CUALITATIVA	EAT - 26	Es el riesgo de presentar desviaciones en los hábitos alimentarios caracterizados por el excesivo miedo a engordar, >20 puntos (RIESGO) <=20 puntos (NO RIESGO) ^{41,42}	-RTCA: Riesgo de presentar TCA -NRCTA: No riesgo de presentar TCA
Género	CUALITATIVA	Masculino Femenino	Características biológicas del estudiante	Masculino: M Femenino: F
Procedencia	CUALITATIVA	Rural Urbano	Lugar de donde ha migrado el estudiante	Rural: R Urbano: U
Grado de secundaria	CUALITATIVA	1er grado 2do grado 3er grado 4to grado 5to grado	Rango creciente del estatus educacional	- 5to grado de secundaria - 1ero a 4to grado de secundaria
Estado Nutricional	CUALITATIVA	Índice de Masa Corporal IMC	-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 mas	- Obesidad - No obesidad
Familia monoparental	CUALITATIVA	DISFUNCIONAL NO DISFUNCIONAL	Corresponde a la procedencia de una familia en la cual solo exista un cónyuge sea este el padre o la madre.	-Monoparental -No Monoparental

2.4 Procedimientos y técnicas

Ingresaron al estudio los alumnos de educación secundaria de los distintos colegios de Trujillo los cuales fueron seleccionados por un muestreo aleatorizado simple y que además cumplieron con los criterios de selección.

Se solicitó la autorización respectiva al director de los Centros Educativos seleccionados en el periodo Enero Marzo 2018, de igual forma se solicitó un aula para el orden y distribución del material de registro de datos, además de la autorización de los participantes a través de un asentimiento informado donde se reiteró que toda encuesta llenada será de carácter anónimo y confidencial.

Durante los días de realización de la encuesta se solicitó el permiso especial al docente de turno para realizarlas media hora antes del recreo y de la hora de salida del plantel educativo.

Durante el ingreso a las aulas, el investigador realizó la explicación del proyecto así como de las bases, los objetivos generales y específicos a la población estudiantil, de igual manera se procedió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión al momento de la entrega de las encuestas (Anexo 2) explicándose a detalle cada uno de los ítems del EAT 26 para su correcto llenado, posterior a ello se hará la entrega de la segunda encuesta (Anexo 1) la cual tiene como finalidad identificar la presencia o ausencia de los factores asociados.

Una vez llenada la encuesta, conforme se fueron recogiendo, se procedió al registro de peso y talla del participante para el posterior cálculo del índice de masa corporal, para tal fin se usó una báscula de baño y un tallímetro lo cuales fueron ubicados en la parte posterior del aula.

Una vez culminado el proceso de recolección de encuestas en las aulas, se procedió a agradecer de manera cordial a los participantes reiterándoseles el carácter anónimo de la encuesta, de igual forma se agradeció al docente de turno.

El investigador y personal de apoyo se dirigieron al aula asignada para orden y procesamiento de información.

Se continuó con el registro de datos hasta completar el tamaño muestral determinado por la fórmula, que fue considerado como el mínimo para la ejecución del procesamiento de datos.

La información fue extraída de todas las hojas de encuesta (Anexo 1 y Anexo 2) con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis e interpretación de datos con el programa estadístico SPSS versión 24.

2.5 Plan análisis de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Versión 24.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico Chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores asociados en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo la PR para el correspondiente factor asociado a riesgo de trastorno de conducta alimentaria, si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		TCA	
		SI	NO
Factor asociado	Si	a	b
	No	c	d

PREVALENCE RATIO:
$$\frac{a / a + c}{b / b + d}$$

2.6 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética de las distintas instituciones educativas de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio seccional transversal; en donde solo se recogieron datos de las encuestas de los estudiantes de secundaria; se aplicó el asentimiento informado y se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰.

2.7 Limitaciones:

- Negativa de autorización por parte de autoridades de los centros educativos
- Negativa de ambiente para el orden y distribución del material de registro de datos
- No veracidad en las respuestas por parte de los estudiantes.
- Registro erróneo del peso y talla por parte del investigador
- Cálculo erróneo del índice de masa corporal por parte del investigador
- Periodo de vacaciones de las instituciones educativas
- Demora en el procesamiento de datos.

III.- RESULTADOS:

Tabla N° 01. Características de los estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

Características sociodemográficas	Riesgo de TCA (n=17)	No riesgo de TCA (n=85)	Valor de p
Edad : - Promedio - D. Estándar	13.2 ± 1.8	11.7 ± 2.3	p>0.05
Procedencia: - Urbano - Rural	16(94%) 1(6%)	83(89%) 2 (11%)	p>0.05

Edad: T- Student: 1.26

Procedencia: Chi cuadrado: 1.74

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO - Fichas de recolección de datos: 2018.

Tabla N° 02: Género como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

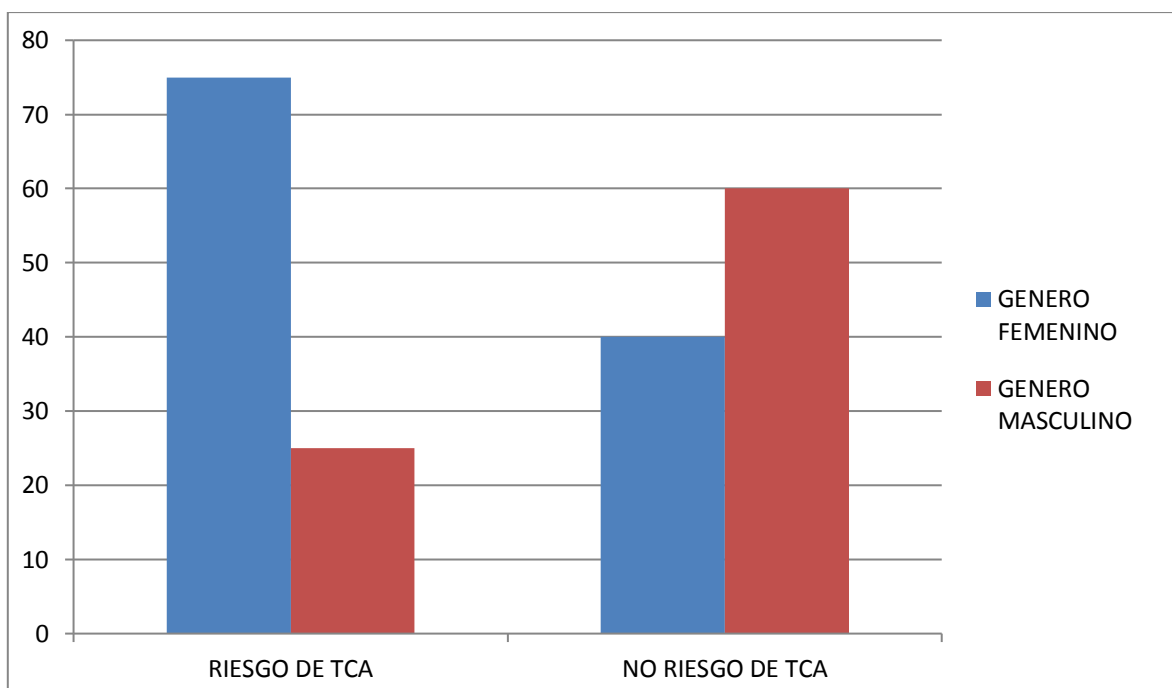
Genero	Riesgo de TCA		Total
	Si	No	
Femenino	13 (75%)	34 (40%)	47
Masculino	4 (25%)	51 (60%)	55
Total	17 (100%)	85 (100%)	102

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO – Fichas de recolección de datos: 2018.

- Chi cuadrado: 9.6
- $p < 0.05$.
- Razón de prevalencia: 3.8
- Intervalo de confianza al 95%: (1.54 –5.72)

En el análisis se observa que el género femenino expresa riesgo para TCA a nivel muestral lo que se traduce en un razón de prevalencias > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; ello permite afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 01: Género como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:



La frecuencia de género femenino en el grupo con riesgo de TCA fue de 75% mientras que en el grupo sin riesgo de TCA fue de 40%.

Tabla N° 03: Grado de instrucción como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

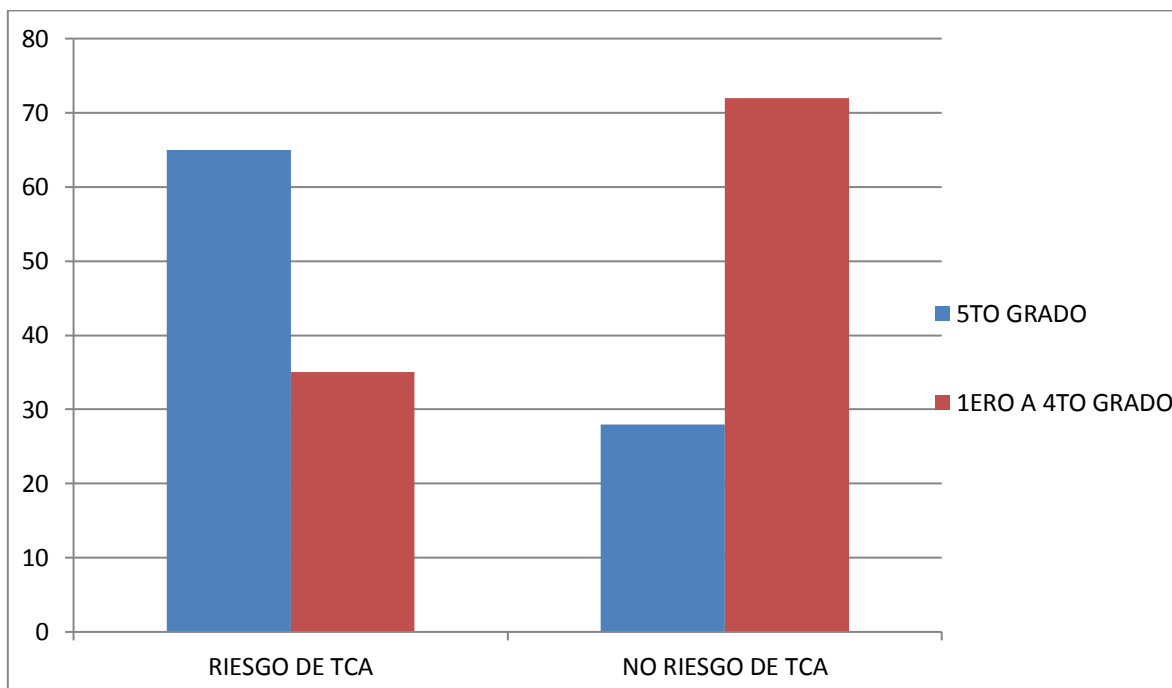
Grado de instrucción	Riesgo de TCA		Total
	Si	No	
5to de secundaria	11 (65%)	24(28%)	35
1ero a 4to secundaria	6 (35%)	61 (72%)	67
Total	17 (100%)	85 (100%)	102

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO – Fichas de recolección de datos: 2018.

- Chi cuadrado: 9.2
- $p < 0.05$.
- Razón de prevalencia: 3.5
- Intervalo de confianza al 95%: (1.36 –5.28)

En el análisis se observa que el pertenecer al 5to grado de instrucción secundaria expresa riesgo para TCA a nivel muestral lo que se traduce en un razón de prevalencias > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; ello permite afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 02: Grado de instrucción como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:



La frecuencia de estudiantes de 5to grado de secundaria en el grupo con riesgo de TCA fue de 65% mientras que en el grupo sin riesgo de TCA fue de 28%.

Tabla N° 04: Estado nutricional como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

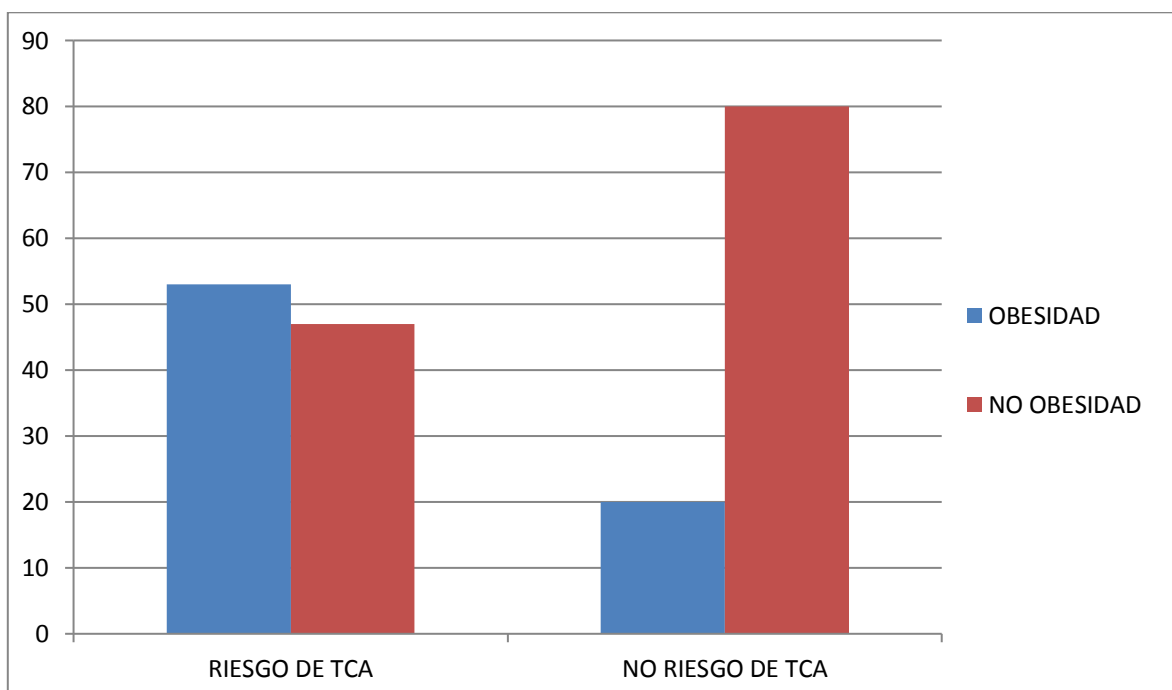
Estado nutricional	Riesgo de TCA		Total
	Si	No	
Obesidad	9 (53%)	17(20%)	26
No obesidad	8 (47%)	68 (80%)	76
Total	17 (100%)	85 (100%)	102

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO – Fichas de recolección de datos: 2018.

- Chi cuadrado: 7.6
- $p < 0.05$.
- Razón de prevalencia: 3.28
- Intervalo de confianza al 95%: (1.28 –5.06)

En el análisis se observa que la obesidad expresa riesgo para TCA a nivel muestral lo que se traduce en un razón de prevalencias >1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; ello permite afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 03: Estado nutricional como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:



La frecuencia de obesidad en el grupo con riesgo de TCA fue de 53% mientras que en el grupo sin riesgo de TCA fue de 20%.

Tabla N° 05: Familia monoparental como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

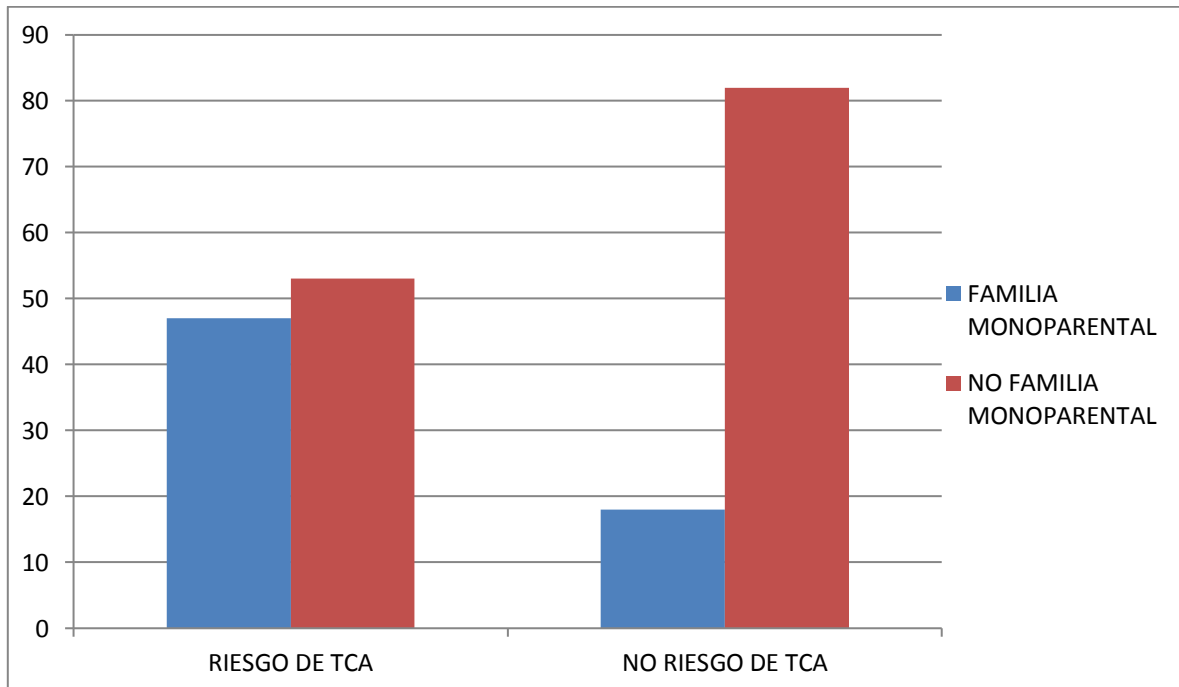
Familia monoparental	Riesgo de TCA		Total
	Si	No	
Si	8 (47%)	15(18%)	23
No	9 (53%)	70 (82%)	79
Total	17 (100%)	85 (100%)	102

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO – Fichas de recolección de datos: 2018.

- Chi cuadrado: 7.6
- $p < 0.05$.
- Razón de prevalencia: 3.05
- Intervalo de confianza al 95%: (1.28 –5.68)

En el análisis se observa que la familia monoparental expresa riesgo para TCA a nivel muestral lo que se traduce en un razón de prevalencias > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; ello permite afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 04: Familia monoparental como factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:



La frecuencia de familia monoparental en el grupo con riesgo de TCA fue de 47% mientras que en el grupo sin riesgo de TCA fue de 18%.

Tabla N° 06: Análisis multivariado de los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Trujillo periodo Enero Marzo 2018:

Variable	Significancia			
	RP	IC 95%	B	Chi cuadrado / p
Género femenino	3.4	(1.7 – 4.4)	0.87	6.2 / p= 0.011
5to grado de secundaria	2.7	(1.9 – 5.1)	0.84	5.4 / p= 0.019
Obesidad	3.1	(2.2 – 5.8)	0.82	5.3 / p= 0.021
Familia monoparental	2.8	(1.9 – 5.4)	0.80	4.9 / p= 0.026
Procedencia urbana	1.3	(0.6 – 2.3)	0.56	2.1 / p= 0.087

FUENTE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS TRUJILLO–Fichas de recolección de datos: 2018.

En el análisis multivariado se verifica la significancia del riesgo para todas las variables (género femenino, pertenecer al quinto grado de secundaria, obesidad y disfunción familiar) en estudio, en relación con la aparición del desenlace riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

IV.- DISCUSION:

Los TCA son patologías de salud mental que se caracterizan por presentar conductas de alimentación anómalas en respuesta a la insatisfacción de la imagen corporal. Estos desórdenes alimentarios son enfermedades heterogéneas y complejas en cuya etiopatogenia pueden intervenir diferentes factores: genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales^{14,15,16}. Entre los factores predisponentes del TCA 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 otros^{19,20}.

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes, que podrían considerarse como variables intervinientes en tal sentido comparando las variables edad y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los estudiantes de uno u otro grupo de estudio; estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Castaño J³⁷, et al en Colombia en el 2014 y Montoya M, et al³⁶; en Perú en el 2014; quienes tampoco registran diferencia respecto a las variables edad ni procedencia entre los adolescentes de uno u otro grupo de estudio.

En la tabla N° 2 se analiza la influencia del género y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria con una razón de prevalencias de 3.8 el cual traduce riesgo muestral, verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite documentar la asociación de riesgo entre estas variables.

En cuanto a los trabajos previos observados se puede considerar al estudio de Fandiño A, et al en Colombia en el 2012 quienes determinaron la cifra relativa de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de TCA en 174 estudiantes los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino (OR: 2.74 IC95%: 1.29-5.85), el querer disminuir más de 10% del peso corporal (OR: 24.65 IC95%: 1.92-316.91)³⁵.

En la tabla N° 3 se valora la condición de pertenencia al quinto grado de educación secundaria en relación al riesgo de desarrollar riesgo de trastorno de conducta alimentaria; observando que la intensidad de la razón de prevalencias dss ratio para ella fue 3.5; suficiente como para extrapolar esta tendencia muestral a toda la población y por ende reconocer significancia estadística ($p < 0.05$) para atribuirle la categoría de factor asociado a la presencia de esta complicación.

Consideramos también las tendencias descritas por Ortiz S, et al en Colombia en el 2012 quienes determinaron la frecuencia de TCA, sus factores de inicio y mantenimiento, en 937 estudiantes; se realizó diagnóstico clínico de TCA en el 53,7% de los entrevistados, se encontró comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, en adolescentes con diagnóstico clínico de TCA ($p = 0,019$)³⁴.

En la tabla N° 4 se toma en cuenta para el análisis la obesidad observando que la razón de prevalencias para esta variable fue 3.28; valor que tiene impacto en el análisis estadístico en el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población al corresponderle significancia estadística ($p < 0.05$) reconociendo a esta variable como factor asociado a la circunstancia desfavorable en estudio.

Reconocemos los hallazgos descritos por Castaño J, et al en Colombia en el 2014 quienes valoraron la presencia del factor de riesgo (positivo o

negativo) para trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se encontraron los siguientes factores asociados: consumo de alcohol ($p = 0,002$), antecedentes familiares de TCA ($p = 0,000$), percepción de sobrepeso ($p = 0,000$), funcionalidad familiar ($0,000$), índice de masa corporal ($p = 0,032$), y todas las medidas antropométricas excepto talla³⁷.

En la tabla N° 5 se verifica la influencia de la familia monoparental en relación con el riesgo de desarrollar trastorno de conducta alimentaria, se puede observar que el la razón de prevalencias alcanzada fue de 3.05; evidencia un riesgo significativo tanto en el ámbito muestral como poblacional; lo que queda documentado en el análisis estadístico ($p < 0.05$); concluyendo que existe asociación de riesgo entre estas variables.

Describimos los hallazgos encontrados por Montoya M, et al; en Perú en el 2014 quienes determinaron los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria por medio de un estudio de tipo cuantitativo y diseño descriptivo correlacional en 175 adolescentes; se encontró que el 58.9% de adolescentes tiene edades entre 14 y 16 años, el 53.7% es femenino; y los estilos de padres estrictos están asociados significativamente al riesgo de TCA ($p < 0.05$)³⁶.

En la Tabla N° 6 se aprecia el análisis multivariado en el que se puede reconocer a través de la técnica de regresión logística la influencia de cada factor de riesgo en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos y a través de este se corroboran los hallazgos observado en el análisis bivariado al reconocer también al género femenino, pertenencia al quinto grado de secundaria, obesidad y disfunción familiar como factores asociados al desenlace adverso en estudio.

IV. CONCLUSIONES

1.-No existe diferencia significativa respecto al promedio de edad ni a las frecuencias de procedencia entre los estudiantes con o sin riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

2.-El género es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.8 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

3.-El pertenecer al quinto grado de secundaria es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.5 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

4.-La obesidad es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.28 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

5.-La familia monoparental es factor asociado al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria con una razón de prevalencia de 3.05 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

6.-En el análisis multivariado las variables género femenino, pertenecer al quinto grado de secundaria, obesidad y disfunción familiar son factores asociados a riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

VI. RECOMENDACIONES

1.- Las asociaciones observadas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de intervención que reduzcan el riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

2.- Nuevas investigaciones multicéntricas con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y con el control de un mayor número de variables intervinientes debería ser llevado a cabo, para extrapolar nuestros hallazgos al ámbito regional.

3.- Es conveniente el inicio de estudios observacionales con miras a identificar nuevas variables relacionadas con la aparición de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, así como las comorbilidades relacionadas con esta patología psiquiátrica a fin de minimizar su impacto adverso en la calidad de vida de los adolescentes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arévalo R, Aguilar X, Téllez 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.
2. Valles M. La Imagen Corporal: Programa Preventivo Sobre Los Trastornos De La Conducta Alimentaria. Universidad de Castilla La Mancha; 2013; 1: 17-44
3. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del Norte de Chile. Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile. Rev Chil Nutr. 2011, 38,2.
4. Hernández A, León R. Dieta restringida o ejercicio excesivo. .Que eligen las adolescentes para reducir talla? Rev Mex Trastor Aliment. 2012; 3:133–40.
5. Cano. A, 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. 2013; 10(3):187–94.
6. Stice E. Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. Psychol Bull. 2012; 128(5):825–48.
7. Narváez R, Ordoñez M, Ochoa O, Pena G. Trastornos De Conducta Alimentaria En Estudiantes De Primer Año De Medicina. Rev Vitae. 2015; 64.

8. 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.
9. Cortés M. Dimensiones de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enfermería técnica. *Ciencia y Tecnología*, Año 11, 2, 2015, 125-138
10. Sysko R, Roberto C, Barnes R, Grilo C, Attia E, Walsh B. Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Res* 2012; 196 (2-3): 302-8.
11. Hebebrand J, Bulik C. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2013; 44 (8): 665-78.
12. Fairburn C, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2013; 198 (1): 8-10.
13. Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, Young D, Tortolani C. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *J Clin Psychiatry* 2012; 69 (3): 381-4.
14. De Zwaan M, Herzog W. Diagnostic criteria for eating disorders: What will DSM-5 feature? *Nervenarzt* 2013; 82 (9): 1100-6.
15. Eddy K, Swanson S, Crosby R, Franko D, Engel S, Herzog D. How should DSM-5 classify eating disorder not otherwise specified (EDNOS) presentations in women with lifetime anorexia or bulimia nervosa? *Psychol Med* 2013; 40 (10): 1735-44.

16. Pamies L, Quiles Y, Bernabé M. Conductas Alimentarias De Riesgo En Una Muestra De 2.142 Adolescentes. *Med Clin*. 2013; 136(4):139–43.
17. Monterrosa A, 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.
18. 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.
19. 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.
20. Borrego C. Factores de Riesgo e Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Psicol*. 2012; 12(1):13–50.
21. Díaz C, Cabrera J, Puentes P. Salud Mental En Estudiantes De Medicina De Universidades De Lambayeque. *Rev del cuerpo médico*. 2013; 4(2):127– 8.
22. 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.
23. 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.

24. Chunga L. Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología*. Vol. 17 (2), 2015, 116-127
25. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev Med Clin Condes* 2013; 22 (1): 85-97.
26. Wonderlich S, Gordon K, Mitchell J, Crosby R, Engel S. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2012; 42 (8): 487- 705.
27. Machado P, Gonçalves S, Hoek H. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *Int J Eat Disord* 2013; 46 (1): 60-5.
28. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSMIV- TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2013; 122 (3): 720-32.
29. Thomas J, Delinsky S, St Germain S, Weigel T, Tangren C, Levendusky P, Becker A. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2013; 15: 178 (3): 511-7.
30. Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV *versus* proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21 (1):8-14.
31. Keel P, Brown T, Holm-Denoma J, Bodell L. Comparison of DSM-IV *versus* proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2013; 44 (6): 553-60.

32. Hudson J, Coit C, Lalonde J, Pope H. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012; 45 (1): 139-41.
33. Trace S, Thornton L, Root T, Mazzeo S, Lichtenstein P, Pedersen N, Bulik C. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (4): 531-6.
34. Ortíz S. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría* 2012; 39(2): 313-328.
35. Fandiño A. Factors associated with eating disorders in university students in Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2012; 38(4), 344-351.
36. Montoya M. Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa Maria del Triunfo. Perú. 2012
37. Castaño J. Prevalence of risk of eating disorders in a female population of high school students, Manizales, Colombia, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2014; 63(1): 46-56.
38. Kleinbaum DG. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78
39. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.
41. Constaín G. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria* 2017; 49(4): 206-213.
42. Mery L. Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016. Tesis.

10.ANEXOS

ANEXO N° 1 - ENCUESTA

FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

FECHA:

INICIALES DE NOMBRE:

INSTRUCCIONES

Estimado participante, la siguiente encuesta busca recoger cuales 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 como se siente.

LA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL.

Responda las siguientes preguntas con sinceridad

OJO: Talla, Peso e IMC serán llenados por el investigador.

1. EDAD:

2. PROCEDENCIA:

3. GÉNERO:

(M) Masculino

(F) Femenino

3.1 TALLA:

3.2 PESO:

3.3 IMC:

4. GRADO DE SECUNDARIA AL QUE PERTENECE:

5. VIVE CON PADRE Y MADRE ()

VIVE CON PADRE O MADRE: ()

NO VIVE NI CON PADRE NI CON MADRE ()

ANEXO N° 2

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

1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procuro no comer cuando tengo hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces me he "atrachado" 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"

ANEXO 3:

ASENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

OBJETIVOS: Establecer si el género, el grado de instrucción secundaria, la condición nutricional, y la disfunción familiar son factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de Trujillo

Hola mi nombre es Carlos Valentín Rodríguez y soy alumno de la Universidad Privada Antenor Orrego. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en el llenado anónimo de 2 encuestas

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a determinar los factores asociados al riesgo de trastornos de conducta alimentaria

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (SI SE PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN A LOS PADRES, FAVOR DE MENCIONARLO EN LA CARTA)

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ del ____.

ANEXO 4

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres y los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Rodríguez Rodríguez Carlos Valentín, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. La meta de este estudio es IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Si usted accede a que su menor participe en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Y las respuestas serán resguardadas con confidencialidad con el único acceso del investigador.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de sección y las iniciales de los nombres y apellidos y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación de su menor en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.
