



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en  
estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas  
del distrito El Agustino-marzo a junio 2012**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

## **AUTOR**

**Pedro Ramón Quijano Huamán**

LIMA – PERÚ

2014

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b> .....	04
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b> .....	05
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	06
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	10
1.4.- HIPÓTESIS.....	15
1.5.- OBJETIVOS.....	15
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	15
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	17
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	17
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	17
2.3.- UNIVERSO.....	17
2.4.- MUESTRA.....	17
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	17
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	18
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	18
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	18
2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18

2.8.1.- TÉCNICA.....	18
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	19
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	20
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
3.1.- RESULTADOS.....	21
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	30
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>34</b>
5.1.- CONCLUSIONES.....	34
5.2.- RECOMENDACIONES.....	34
<b>CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>35</b>
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	35
<b>CAPÍTULO VII: ANEXOS.....</b>	<b>38</b>
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la existencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en la población escolar adolescente de colegios del nivel secundario: 1 público y 1 privado, del distrito del agustino.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de 754 escolares adolescentes del nivel secundario, de 1° a 5°, de dos instituciones educativas, durante los meses de marzo a junio del año 2012.

**Resultados:** el 55 %(415) fueron varones y el 45 %(339) mujeres. La media de la edad global de los estudiantes fue de 13.7+/-1.5 años, siendo la mínima de 11 años y la máxima de 17 años. El 64.6 %(487) de los estudiantes provenían de la institución educativa privada Juan Croniqueur, y el 35.4 %(267) provenían de la institución educativa María Parado de Bellido. El 65 %(490) estudiantes tenían edades comprendida entre los 11 a 14 años, y el 35 %(264), tenían edades entre los 15 a 17 años. El 84.9 %(640) de los estudiantes no presento transtorno de conducta alimentaria, y el 15.1 %(114) si presento transtorno de conducta alimentaria. De los estudiantes que presentaron transtorno de la conducta alimentaria, el 64% tenían edades entre los 11 a 14 años. Hubo una mayor frecuencia de transtorno de la conducta alimentaria en la institución privada Juan Croniqueur (64%), en estudiantes mujeres (56.1%), y en estudiantes del primero de secundaria (35.1%)

**Conclusiones:** Existe el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en la población escolar adolescente de dos colegios del nivel secundario: 1 público y 1 privado, en el distrito del agustino. Hubo una relación estadísticamente significativa de transtorno de la conducta alimentaria en mujeres. El riesgo de transtorno de la conducta alimentaria fue más frecuente en los estudiantes en la etapa de los 11 a 14 años provenientes de la institución educativa privada.

**Palabras clave:** Transtorno de conducta alimentaria, adolescentes.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

#### 1.1.- Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías complejas cuya etiopatogenia es multidimensional y responde al modelo biopsicosocial, son problemas conductuales resultantes de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. (1,2)

La adolescencia es el grupo etario más vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo más complejo. La edad promedio de los desordenes alimentarios es entre 13 y 20 años en el 85 % de los casos. (1)

En el Manual de Diagnósticos, el DSM IV de 1994, se consideran tres tipo de trastornos: La Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y un tercer grupo denominado “No Especificado”; estos predominan en adolescentes mujeres y en adultas jóvenes. Se trata de trastornos frecuentes y en franco incremento a nivel mundial que han llegado a constituirse en verdaderos problemas de salud pública. (2)

En el hospital Hermilio Valdizán, del año 2003 al 2005, se encuentran atenciones de adolescentes, de 13 a 17 años, con TCA, principalmente en consulta externa, donde ocupa el quinto lugar

con 4 %, aunque también hay atenciones en emergencia y hospitalización, lo que nos indica la afectación de este grupo etéreo. (3)

La prevalencia de estos eventos ha sido mayor en clases sociales altas y medias, no obstante en los últimos años tiende a homogeneizarse. Los TCA son un padecimiento que está afectando con más frecuencia a personas en edades tempranas. La alarma creada con los TCA contrasta con el escaso desarrollo de estudios epidemiológicos y la evaluación de intervenciones preventivas. (4)

Por la prevalencia de estos trastornos, además de ser problemas importantes de salud y que pueden en algunos casos llegar a ser graves, es que se deben detectar a tiempo para dar un tratamiento oportuno.

## **1.2.- Antecedentes del problema**

Los estudios publicados sobre los trastornos de la conducta alimentaria en adolescente se dan más en el exterior que en nuestro medio.

Behar y col (1) en el año 2007 realizaron un estudio sobre trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de colegios particulares, siendo la muestra de 296 escolares. Uno de los instrumentos fue el EAT-40; aquí se encontró que 12% del total tenían riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria, siendo mayor en las mujeres (23 %) que en los hombres (2 %); se

concluye que el mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria la tienen las mujeres, a pesar que la mayoría presento un estado nutricional normal

En el año 2005, Rodríguez y col(4) en un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios encontraron una prevalencia de riesgo de 3.5 % siendo estadísticamente significativa en los mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno( $P < 0.05$ )

En otro estudio sobre anorexia nerviosa y trastorno de la imagen corporal realizado por Souza-Kaneshima y Col (5) en escolares de una escuela pública, en el año 2006, y se encontró, ante el EAT-40, un mayor porcentaje de anorexia nerviosa en mujeres (32 %) que en hombres (10 %). Se concluye que estos resultados son relevantes para estudios futuros en cuanto a orientación nutricional.

Barriguette y col (6), en otro estudio sobre prevalencia de conductas alimentarias anormales, realizado en adolescentes de 10 a 19 años, encontraron una prevalencia de 0.8 %, baja con respecto a otros estudios. La relación mujer/hombre resulto 3/1, lo que refuerza la afirmación de que los trastornos se dan más en mujeres.

En el año 2006 Correa y col (7) en un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes, sobre una muestra de 1610 escolares, entre 11 y 19 años, encontraron que el 8.3% de la población presento riesgo para TCA y hubo una

mayor prevalencia de riesgo en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos, asimismo hubo una mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo de 12 años (10.3 %).

Moraleda y col (8), en el año 2001, realizaron un estudio sobre trastornos de la alimentación en estudiantes secundarios, entre trece y dieciséis años, en la que se emplea el EAT-40, encontraron una alta prevalencia de trastornos alimentarios, siendo más frecuente en las mujeres.

El año 2009, Jáuregui y col (9), realizaron un estudio sobre la conducta alimentaria y la imagen corporal; la muestra fue de 8412 estudiantes, con edades entre 12 – 19 años; aparte del SCOFF, se aplicó el EAT-40 y se encontró que el 21.9 % tenía puntuaciones significativas en el SCOFF y el 7.13 % en el EAT-40; con respecto a otros estudios aquí se encontró una disminución de riesgo en las mujeres y un ligero aumento en los hombres. Se concluye que es necesario conocer las conductas alimentarias y el grado de satisfacción corporal para poder aplicar programas de atención primaria.

En un estudio sobre la prevalencia y factores asociados con los trastornos alimentarios en adolescentes realizado por Nuño y col.(10) en el año 2009, en una muestra de 1134 estudiantes de secundaria, se encontró que la prevalencia de trastornos alimentarios total fue de 7.2 %, siendo mayor en mujeres(10.3 %).



Arellano y col (11), en el año 2009, realizaron un estudio sobre actitudes alimentarias anormales en estudiantes mujeres de nivel secundario y universitario; la muestra fue de 2006 mujeres a quienes se les aplicó el inventario de trastorno de la alimentación (EDI-2), la prevalencia de actitudes anormales fue de 12.6 % y su frecuencia fue significativamente mayor en la escuela secundaria que en estudiantes universitarios.

En el año 2008, Ferreira - Souza (12) investigaron sobre trastornos alimentarios en adolescente de bajo nivel socio económico, sobre una muestra de 561, entre 12 y 19 años, y encontraron que las dietas estrictas fueron altas y que las mujeres están en mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios que los hombres.

Un estudio realizado en Taiwán, por Yeh HW y col(13), el año 2009, sobre trastornos alimentarios en estudiantes mujeres pudo encontrar que un 43.2 % de las mujeres fueron identificadas como en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que se debe a hábitos alimenticios poco saludables que se están extendiendo rápidamente entre los jóvenes estudiantes, por ejemplo el 67.6 % de las estudiantes había perdido peso, el 51 % había hecho dieta para bajar de peso en por lo menos una vez, el 24 % utilizaba dietas bajas en calorías.

M Burgic y col (14) realizaron el 2009 un estudio sobre actitudes alimentarias en adolescentes de 16 y 17 años y se encontró que hay un alto nivel de descontento e insatisfacción de con su figura, un

tercio se aceptan a sí mismas sean delgadas u obesas, el 43 % esta aterrada por tener sobrepeso y la mitad está aterrorizada por el aumento de peso.

En una revisión sobre estudios de la imagen corporal y trastornos alimentarios en adolescentes japoneses realizados por Chisuwa N (15) en el año 2009 se concluye que la prevalencia de los trastornos alimentarios ha aumentado considerablemente durante las dos últimas décadas, pero la prevalencia sigue siendo bastante baja en comparación con los países occidentales.

Saucedo y col (16) en un estudio realizado el 2006, sobre distribución y relación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, entre 15 y 19 años, encontraron que la mayoría (57 % de las mujeres y 61.6 % de los hombres estaba insatisfecho con su imagen corporal y que porcentajes importantes sufrieron angustia por su imagen corporal (14 % hombres y 28 % mujeres). Estos hechos se consideran relevantes para el estudio de la etiopatogenia, prevención y tratamiento de los TCA.

### **1.3.- Marco teórico**

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia, tienen etiopatogenia multifactorial: biológicos psicológicos, familiares y socioculturales.

Entre los factores mentales y psicosociales de la Anorexia

Nerviosa (AN) y la Bulimia nerviosa (BN) se observan frecuentemente los siguientes:

1. Personalidades limítrofes ("borderline").
2. Trastornos de personalidad por evitación.
3. Tendencia a la depresión y trastornos ansiosos.
4. Narcisismo.
5. Trastorno de la imagen corporal.
6. Conducta impulsiva y frecuente abuso de sustancias, que es más común en la bulimia.

Las siguientes manifestaciones pueden y deben ser apreciadas por el pediatra: baja autoestima tanto en la anorexia como en la bulimia; sentimiento de ineficiencia, falta de iniciativa, de rebeldía y de expresividad emocional, conducta bizarra con la preparación y almacenamiento de la comida, e inhibición social y sexual, predominantes en la AN. Irritabilidad, manipulación, impulsividad y abuso de sustancias, más frecuentes en la BN.

Los factores familiares que predominan en la anorexia son:

1. Urgidas a adelgazar en la niñez.
2. Madres intrusivas.
3. Padres y/o hermanos hipercríticos.

En la bulimia los factores familiares más frecuentes son:

1. Madres desligadas.
2. Desórdenes psiquiátricos y abuso de sustancias en otros

miembros.

3. Abuso sexual.

En ambos tipos de TCA son frecuentes:

1. Infancia insegura.

2. Obesidad familiar o personal previa

3. Mayor número de familiares con TCA que en la población.

La influencia sociocultural es evidente y poderosa, habiendo una difusión comercial intensa y totalmente contradictoria de comida abundante y mal balanceada pero provocativa (comida "chatarra") y, a la vez, de un estímulo hacia la delgadez como indicador de elegancia, belleza y buena salud. Este doble mensaje, muy difundido por los medios de comunicación y en el que se invierte millones de dólares anuales, es factor de influencia importante en el incremento mundial de la AN, la BN y la ingesta compulsiva con obesidad. Además, se ha implantado el concepto de que el adelgazamiento en mujeres jóvenes es un "éxito" y se le aplaude como un triunfo sobre las tentaciones de la llamada "comida rica", triunfo digno de orgullo. De esa manera se refuerza el concepto deformado de la delgadez en las adolescentes y adultas jóvenes.

En los TCA del adolescente se encuentra una serie de cambios o alteraciones biológicas, en especial del sistema neuroendocrino que, como se dijo, algunos podrían ser predisponentes, concomitantes o secundarios.

**Criterios Diagnósticos DSM-IV para anorexia nerviosa**

1. Rechazo a mantener el peso corporal en el mínimo para la edad y sexo (85 %) o índice de masa corporal inferior a 17.5 kg/m<sup>2</sup>.
2. Miedo intenso a subir de peso aún estando emaciado.
3. Trastorno de la imagen corporal y negación de las consecuencias del adelgazamiento.
4. Amenorrea por un mínimo de 3 meses.

Subtipos de anorexia nerviosa:

1. Tipo restrictivo, con dieta severa.
2. Tipo ingesta compulsiva/purgativa

El segundo tipo es denominado por otras autoridades en la materia: "subtipo bulímico" de la AN y "anorexia bulímica" (1).

*Criterios Diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa:*

1. Episodios recurrentes de comilonas (ingesta abundante en menos de 2 horas) con sensación de pérdida de control.
2. Actitudes compensatorias que pueden ser: a) purgativas (vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos); b) no purgativas (períodos de ayuno y/o ejercicio intenso para bajar o evitar subir de peso).
3. Las comilonas y actitudes compensatorias ocurren al menos 2 veces por semana y por un mínimo de 3 meses.
4. Trastorno de la imagen corporal.
5. El diagnóstico de BN no se asigna si estos episodios ocurren durante la anorexia nerviosa.

Subtipos de Bulimia nerviosa:

1. Tipo purgativo.
2. Tipo no purgativo.

El DSM-IV considera los siguientes criterios para el diagnóstico de los TCA considerados como "no especificados":

1. "En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos de la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos de AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de límites normales.
3. Se cumplen todos los criterios de BN con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conducta compensatoria inapropiada después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
5. Masticar y escupir sin deglutir grandes cantidades de comida.
6. Ingesta compulsiva, tipo comilona, pero sin actitud compensatoria.

El test de actitud ante la comida es un test ampliamente usado para detectar riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. El test de Actitudes alimentarias (EAT 40), fue creado por Garner y Garfinkel, en el año 1982, para detectar anorexia nerviosa y

bulimia. Durante el mismo año Graner, Olmted, Bohr y Garfinkel, aplicaron la escala y sometieron cada uno de los ítems, a un análisis factorial, identificando los 26 reactivos más significativos, a partir de los cuales elaboraron una escala abreviada de la versión original, denominado EAT 26. El EAT 26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los trastornos alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez. Los 26 ítems se distribuyen en tres subescalas: - Dieta: Conductas de evitación por alimentos que engordan y preocupación por la delgadez (1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24 y 25); - Bulimia y preocupación por la alimentación (3,4,9,18,21 y 26); - Control oral (2,5,8,13,15,19 y 20). Una puntuación mayor o igual a 20 punto indica alta preocupación sobre el peso corporal, la forma del cuerpo y comer; y por ende, tiene riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria

#### **1.4 Hipótesis**

En los estudiantes adolescentes del nivel secundario del distrito del Agustino existe riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

#### **1.5.- Objetivos**

##### **1.5.1.- Objetivo general**

Determinar la existencia de riesgo de trastorno de la conducta

alimentaria en la población escolar adolescente de colegios del nivel secundario: 1 público y 1 privado, del distrito del agustino.

### **1.5.2.- Objetivos específicos**

1.-Determinar las características sociodemográficas de la población a estudiar.

2.-Determinar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria según etapa de la adolescencia.

3.-Comparar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria según colegio de procedencia.



## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **2.1.- Tipo de estudio**

El presente es un estudio de tipo descriptivo

#### **2.2.- Diseño de investigación**

Descriptivo de corte transversal que se desarrollara en el periodo de marzo a junio del 2012, en el Distrito del Agustino, a través de la aplicación de un test de actitud ante la comida (EAT-26) a la población escolar adolescente, de 12 a 17 años, de dos instituciones educativas: uno estatal y otro privado.

#### **2.3.- Universo**

El 100 % de estudiantes adolescentes entre 12 y 17 años del nivel secundario.

#### **2.4.- Muestra**

El presente estudio no tiene una muestra definida debido a que se le aplicara el test al 100 % de los escolares adolescentes del nivel secundario, de 1° a 5°, de dos instituciones educativas.

#### **2.5.- Criterios de inclusión**

Estudiante del nivel secundario.

Estudiante comprendido entre 12 y 17 años de edad.

#### **2.6.- Criterios de exclusión**

Estudiante que no sea del nivel secundario.

Estudiante que no esté comprendido en el grupo etéreo.

#### **2.7.- Descripción de variables**

Independiente: etapa adolescente

Dependiente: Trastorno de la conducta alimentaria

Intervinientes: Edad, sexo e institución de estudio

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Instrumento
Trastorno de la conducta alimentaria	Patología alimentaria que engloba la anorexia, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificada	Cualitativa	Nominal	1.-Ausencia de trastorno de conducta alimentaria: puntaje <20 2.-presencia de trastorno de la conducta alimentaria puntaje >20	Test de actitudes alimentarias EAT- 26 (test compuesto por 26 preguntas: Alimentación Control oral Bulimia y Preocupación Por la alimentación
Adolescente	Etapa de vida entre 12 y 17 años según el MINSA	Cualitativa	Nominal	Etapa 12-14 años Etapa 15-17 años	Ficha antecedentes generales
Edad	Años cumplido hasta el momento del estudio	Cuantitativa	Continua	Número de años cumplidos	Ficha antecedentes generales
Sexo	Referido por el escolar al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Ficha antecedentes generales
Institución educativa	Institución reconocida oficialmente donde se imparte educación	Cualitativa	Nominal	Estatal particular	Ficha antecedentes generales

## 2.8.- Recolección de datos

### 2.8.1.- Técnica

El instrumento a utilizar será el test EAT 26 que se aplicara en forma autoadministrada. El mismo consta de 26 preguntas con 6 opciones posibles de respuesta, a cada cual le corresponde una letra y un puntaje: A: siempre (3 puntos), B: casi siempre (2 puntos), C: a menudo (1 punto), D: a veces (0), E: pocas veces (0), nunca (0). La pregunta 25 funciona como distractor asignándole la

puntuación en forma invertida. Luego de la realización del test se suma el puntaje de cada ítem y se obtiene la suma total.

Para determinar el riesgo de anorexia se tomaron los ítems de la subescala dieta y se ha establecido que presentaran riesgo bajo los que respondan en dirección sintomática, de 1 a 4 preguntas; riesgo moderado, de 5 a 8 preguntas y riesgo severo, de 9 a 11 preguntas. Para determinar el riesgo de bulimia se tomaron los ítems pertenecientes a la subescala alimentación y conducta bulímica y se estableció que los adolescentes que respondan en dirección sintomática 1 pregunta presentaron riesgo leve, 2 preguntas riesgo moderado y 3 preguntas riesgo severo.

Una puntuación por encima del punto de corte 20 supone la necesidad de una mayor investigación y el/la adolescente se considerara como población de riesgo.

El presente Trabajo de Investigación se desarrollará en la Institución Educativa Estatal María Parado De Bellido y en la Institución Educativa Privada Juan Croniqueur, ambas comprendidas en la jurisdicción del Centro de Salud Calcuta, de la Microred El Agustino, de la DISA IV Lima Este.

Para la recolección de datos se aplicara el test de actitud ante la comida EAT 26 a cada estudiante adolescente entre 12 y 17 años, en forma individual y confidencial.

La Aplicación del test se hará por cada año de estudio y en presencia de los tutores designados por la dirección de cada

institución.

Los que apliquen el test serán el investigador y sus colaboradores capacitados en el tema.

La supervisión de la calidad de los datos obtenidos la realizará el asesor calificado.

### **2.8.2.- Instrumento**

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

### **2.9.- Procesamiento y análisis de datos**

Se utilizará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación estadística  $P < 0.05$ .

## CAPÍTULO III

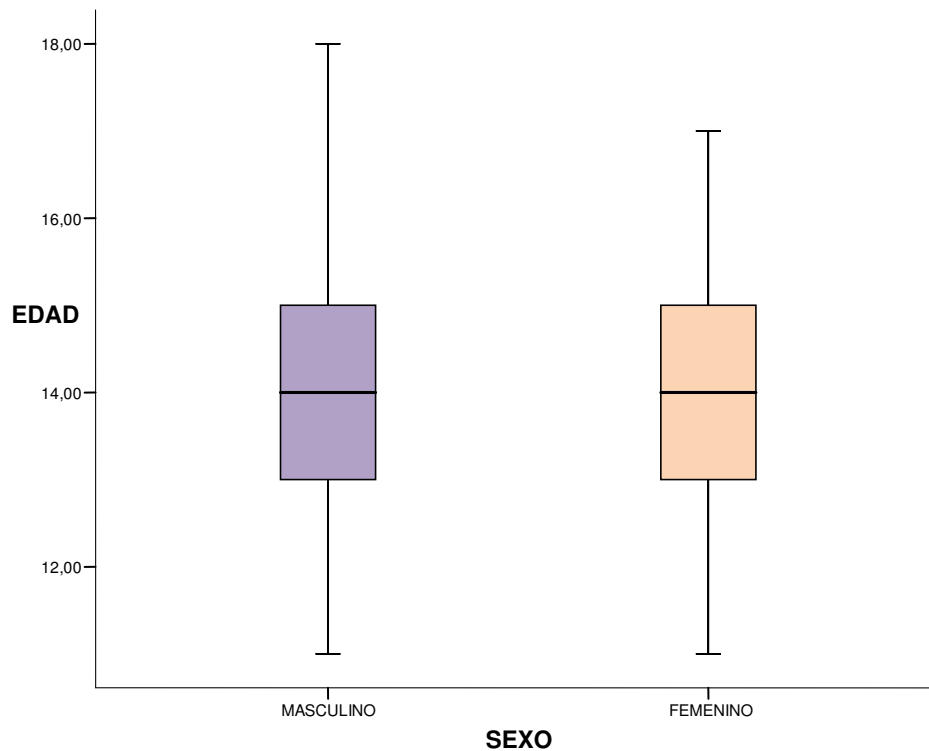
### RESULTADOS

**Tabla n° 1**  
Media de la edad según sexo

Sexo	Media	N	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	% del total
Masculino	13.7398	415	1.55098	11.00	17.00	55.0%
Femenino	13.8230	339	1.51069	11.00	17.00	45.0%
Total	13.7772	754	1.53255	11.00	17.00	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 1**  
Media de la edad según sexo



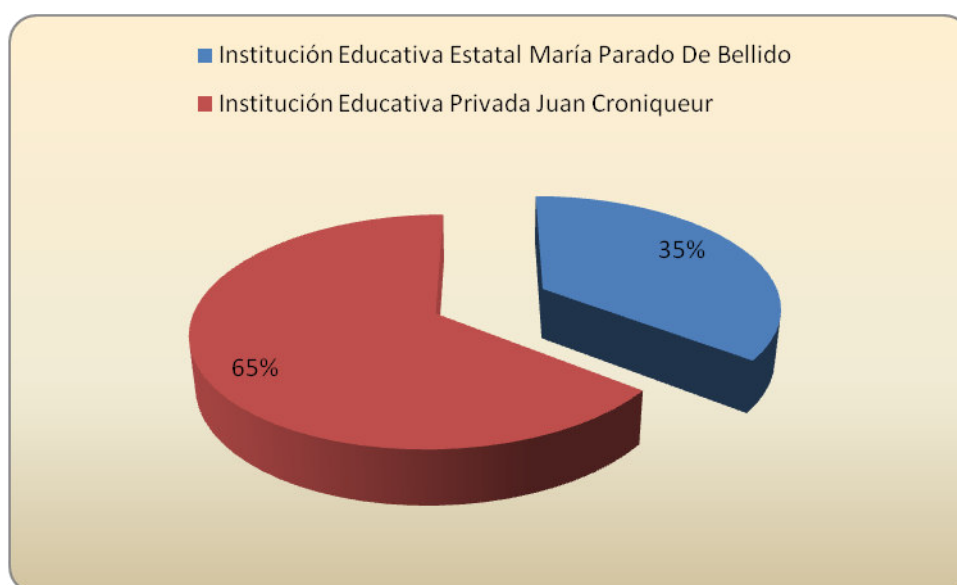
Nuestro estudio estuvo conformado por 754 estudiantes de dos colegios del distrito del Agustino, de los cuales el 55 %(415) fueron varones y el 45 %(339) mujeres. La media de la edad global de los estudiantes fue de 13.7+/-1.5 años, siendo la mínima de 11 años y la máxima de 17 años. La media de la edad de los varones fue de 13.7+/-1.5 años y de las mujeres fue de 13.8+/-1.5 años.

**Tabla n° 2**  
Institución Educativa de procedencia

	N	%
Institución Educativa Estatal María Parado de Bellido	267	35.4%
Institución Educativa Privada Juan Croniqueur	487	64.6%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 2**  
Colegio de procedencia



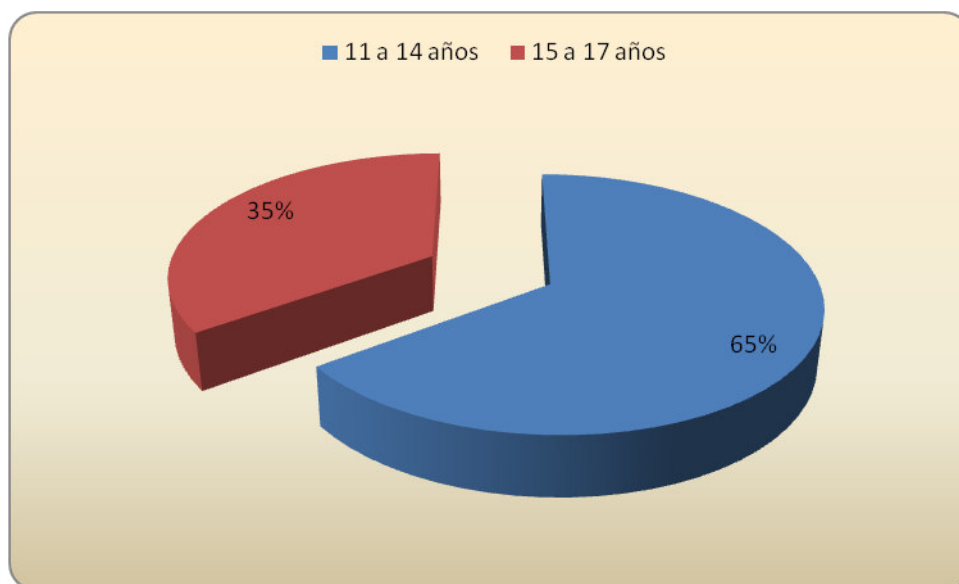
El 64.6 %(487) de los estudiantes provenían de la institución educativa privada Juan Croniqueur, y el 35.4 %(267) provenían de la institución educativa María Parado de Bellido.

**Tabla n° 3**  
Etapa de la adolescencia

	N	%
11 a 14 años	490	65.0%
15 a 17 años	264	35.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 3**  
Etapa de la adolescencia



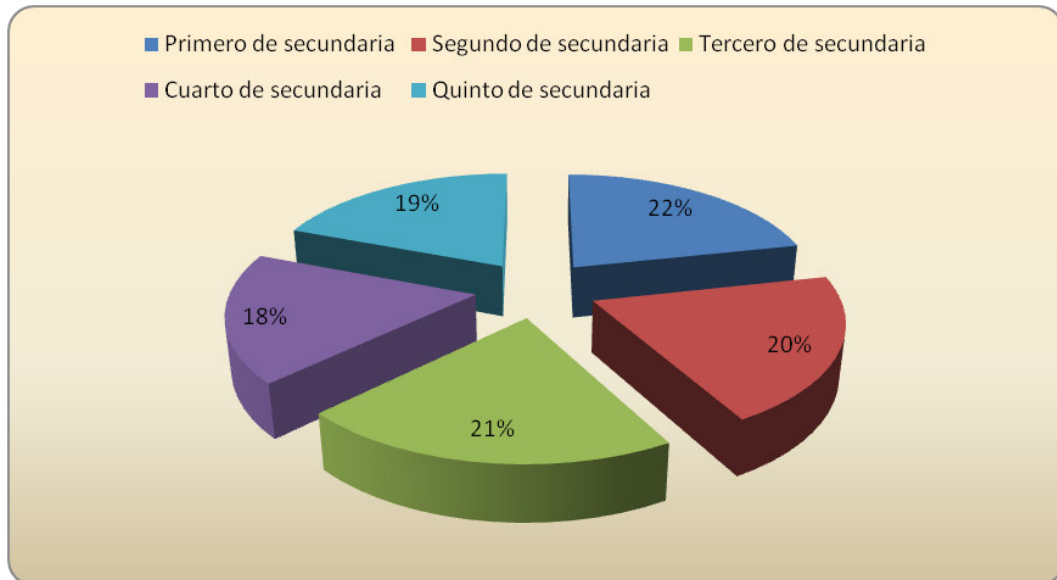
El 65 % (490) estudiantes tenían edades comprendida entre los 11 a 14 años, y el 35 % (264), tenían edades entre los 15 a 17 años.

**Tabla n° 4**  
Grado de instrucción

	N	%
Primero de secundaria	163	21.6%
Segundo de secundaria	153	20.3%
Tercero de secundaria	158	21.0%
Cuarto de secundaria	135	17.9%
Quinto de secundaria	145	19.2%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 4**  
Grado de instrucción



Los alumnos del primero de secundaria representaron el 21.6 % del total, los de segundo de secundaria (20.3 %), tercero de secundaria (21 %), cuarto de secundaria (17.9 %), y los de quinto de secundaria (19.2 %)

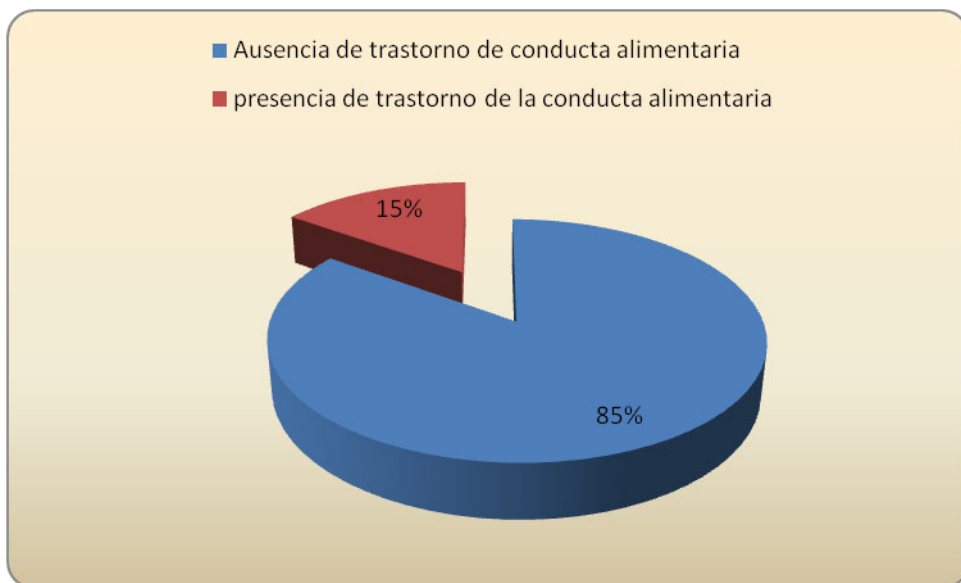


**Tabla n° 5**  
Trastorno de la conducta alimentaria

	N	%
Ausencia de trastorno de conducta alimentaria	640	84.9%
Presencia de trastorno de la conducta alimentaria	114	15.1%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 5**  
Trastorno de la conducta alimentaria



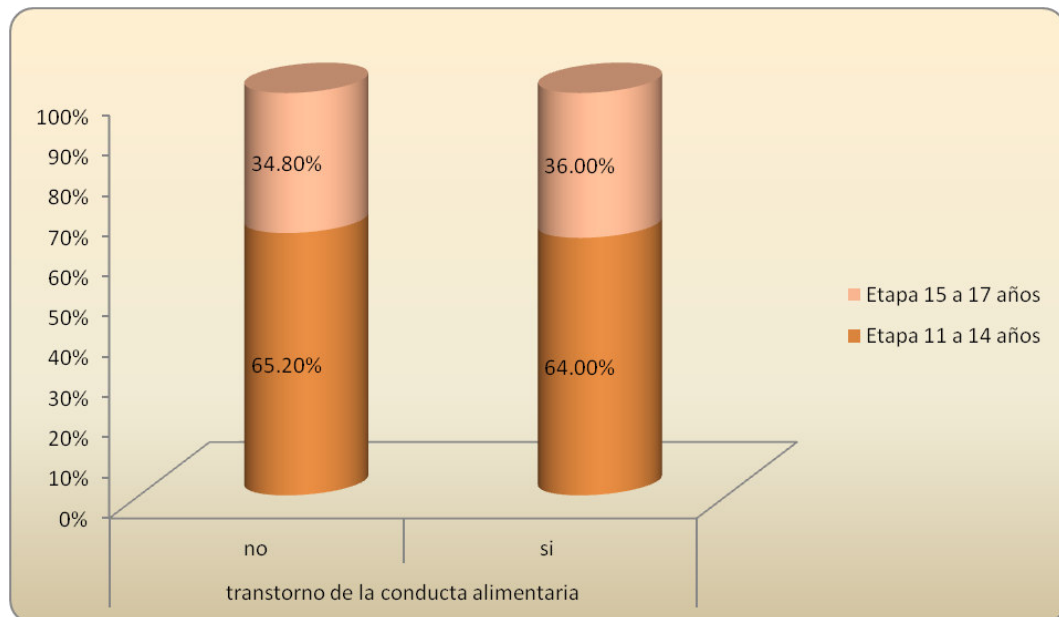
El 84.9 %(640) de los estudiantes no presento transtorno de conducta alimentaria, y el 15.1 %(114) si presento transtorno de conducta alimentaria.

**Tabla n° 6**  
Trastorno de la conducta alimentaria según etapa de la adolescencia.

		Trastorno de la conducta alimentaria			
		Ausencia de trastorno de conducta alimentaria		Presencia de trastorno de la conducta alimentaria	
		N	%	N	%
Etapa	11 a 14 años	417	65.2%	73	64.0%
	15 a 17 años	223	34.8%	41	36.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 6**  
Trastorno de la conducta alimentaria según etapa de la adolescencia.



Observamos que los estudiantes que presentaron transtorno de la conducta alimentaria, el 64 % tenían edades entre los 11 a 14 años.

**Tabla n° 7**

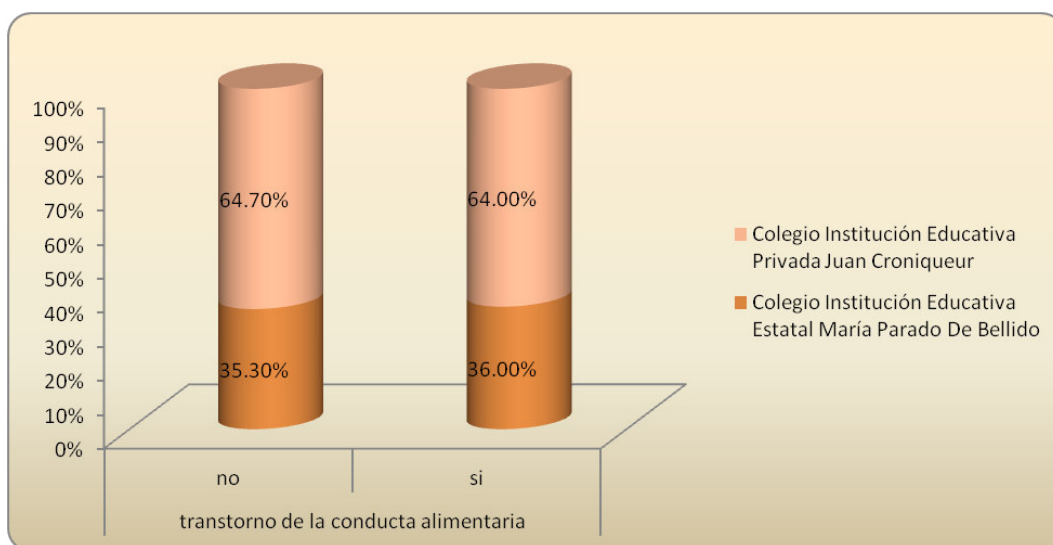
Trastorno de la conducta alimentaria según colegio de procedencia.

		Trastorno de la conducta alimentaria			
		Ausencia de trastorno de conducta alimentaria		Presencia de trastorno de la conducta alimentaria	
		N	%	N	%
Colegio	Institución Educativa Estatal María Parado De Bellido	226	35.3%	41	36.0%
	Institución Educativa Privada Juan Croniqueur	414	64.7%	73	64.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 7**

Trastorno de la conducta alimentaria según colegio de procedencia.



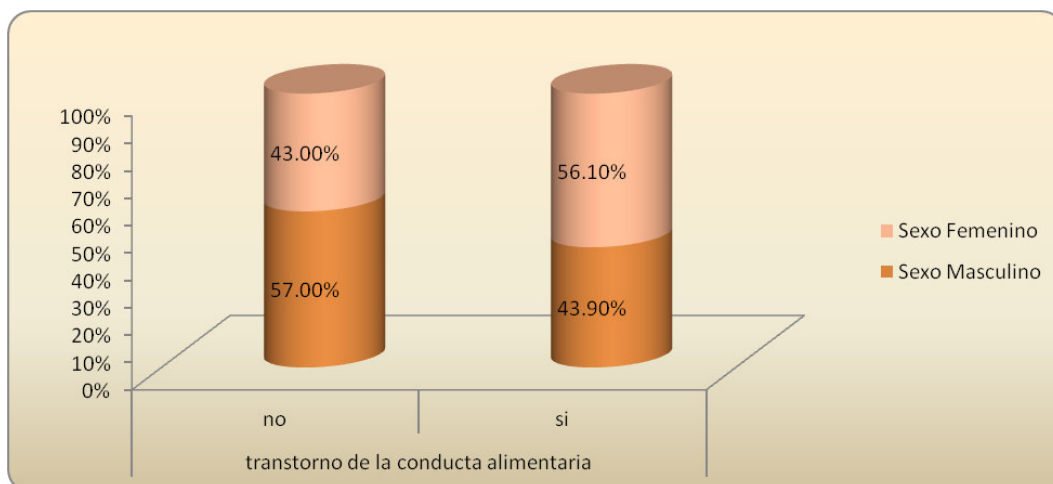
Observamos que hubo una mayor frecuencia de trastorno de la conducta alimentaria en la institución privada Juan Croniqueur (64 %).

**Tabla n° 8**  
Trastorno de la conducta alimentaria según sexo.

		Trastorno de la conducta alimentaria			
		Ausencia de trastorno de conducta alimentaria		Presencia de trastorno de la conducta alimentaria	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	365	57.0%	50	43.9%
	Femenino	275	43.0%	64	56.1%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 8**  
Trastorno de la conducta alimentaria según sexo.



Observamos que hubo una mayor frecuencia de transtorno de la conducta alimentaria en las mujeres (56.1 %). (Prueba Chi cuadrado con corrección de Yates =2.02, p = 0.155).

**Tabla n° 9**

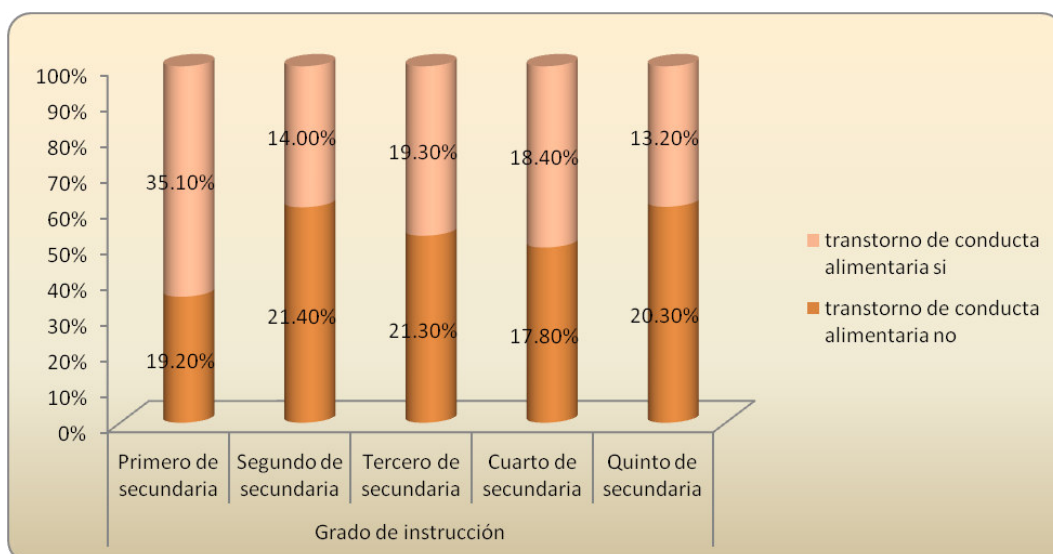
Trastorno de la conducta alimentaria según grado de instrucción.

		Trastorno de la conducta alimentaria			
		Ausencia de trastorno de conducta alimentaria		Presencia de trastorno de la conducta alimentaria	
		N	%	N	%
Grado de instrucción	Primero de secundaria	123	19.2%	40	35.1%
	Segundo de secundaria	137	21.4%	16	14.0%
	Tercero de secundaria	136	21.3%	22	19.3%
	Cuarto de secundaria	114	17.8%	21	18.4%
	Quinto de secundaria	130	20.3%	15	13.2%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Gráfico n° 9**

Trastorno de la conducta alimentaria según grado de instrucción.



Hubo una mayor frecuencia de transtorno de la conducta alimentaria en los estudiantes del primero de secundaria (35.1 %).

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

Encontramos que el 15.1 % de los estudiantes presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria, siendo más frecuente en mujeres (56.1 %), por lo que nuestros datos se asemejan a lo reportado por Behar y cols (1) quienes realizaron un estudio sobre trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de colegios particulares, siendo la muestra de 296 escolares. Uno de los instrumentos fue el EAT-40; aquí se encontró que 12 % del total tenían riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria, siendo mayor en las mujeres (23 %) que en los hombres (2 %); se concluye que el mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria la tienen las mujeres, a pesar que la mayoría presento un estado nutricional normal

Encontramos que el riesgo de trastorno de conducta alimentaria es más frecuente en adolescentes entre los 11 a 14 años, datos que son disímiles a lo reportado por Rodríguez y col (4) quienes en un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios encontraron una prevalencia de riesgo de 3.5 % siendo estadísticamente significativa en los mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno ( $P < 0.05$ ).

Encontramos que las frecuencias de los indicadores de anorexia fueron bajos, por lo que nuestros datos son disímiles con lo reportado por Souza-Kaneshima y Cols (5) quienes en escolares de

una escuela pública, en el año 2006, encontraron ante el EAT-40, un mayor porcentaje de anorexia nerviosa en mujeres (32 %) que en hombres (10 %). Se concluye que estos resultados son relevantes para estudios futuros en cuanto a orientación nutricional.

Encontramos que el 15.1% de los estudiantes presento riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, dato más alto en relación lo reportado por Correa y col (7) quienes en un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes, sobre una muestra de 1610 escolares, entre 11 y 19 años, encontraron que el 8.3 % de la población presento riesgo para TCA y hubo una mayor prevalencia de riesgo en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos, asimismo hubo una mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo de 12 años (10.3 %).

En cuanto a la mayor frecuencia de trastorno de la conducta alimentaria en mujeres coincidimos con lo reportado por Moraleda y col (8), quienes realizaron un estudio sobre trastornos de la alimentación en estudiantes secundarios, entre trece y dieciséis años, en la que se emplea el EAT-40, encontraron una alta prevalencia de trastornos alimentarios, siendo más frecuente en las mujeres.

Nuestros hallazgos son disímiles a lo reportado por Jáuregui y col (9), quienes con respecto a otros estudios encontraron una disminución de riesgo en las mujeres y un ligero aumento en los

hombres. Se concluye que es necesario conocer las conductas alimentarias y el grado de satisfacción corporal para poder aplicar programas de atención primaria.

Nuestros datos son mayores a lo reportado por Nuño y col. (10) quienes en una muestra de 1134 estudiantes de secundaria, encontraron que la prevalencia de trastornos alimentarios total fue de 7.2 %, siendo mayor en mujeres (10.3 %).

Nuestra frecuencia de transtorno de conducta alimentaria(15.1%), es bastante similar a lo reportado por Arellano y col (11), quienes realizaron un estudio sobre actitudes alimentarias anormales en estudiantes mujeres de nivel secundario y universitario; la muestra fue de 2006 mujeres a quienes se les aplico el inventario de trastorno de la alimentación (EDI-2), la prevalencia de actitudes anormales fue de 12.6 % y su frecuencia fue significativamente mayor en la escuela secundaria que en estudiantes universitarios.

Ferreira - Souza (12) investigaron sobre trastornos alimentarios en adolescente de bajo nivel socio económico, sobre una muestra de 561, entre 12 y 19 años, y encontraron que las dietas estrictas fueron altas y que las mujeres están en mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios que los hombres.

Encontramos que existe una mayor frecuencia de transtornos de la conducta alimentaria en las mujeres (56.1%), dato mayor a lo reportado por Yeh HW y col (13), quienes sobre trastornos alimentarios en estudiantes mujeres pudo encontrar que un 43.2 %



de las mujeres fueron identificadas como en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que se debe a hábitos alimenticios poco saludables que se están extendiendo rápidamente entre los jóvenes estudiantes.

Encontramos que el 25.3% de los estudiantes le aterra estar con sobrepeso, dato menor a lo reportado por M Burgic y col. (14) quienes en un estudio sobre actitudes alimentarias en adolescentes de 16 y 17 años, encontraron que hay un alto nivel de descontento e insatisfacción con su figura, y el 43% esta aterrada por tener sobrepeso y la mitad está aterrorizada por el aumento de peso.

Chisuwa N (15) concluye que la prevalencia de los trastornos alimentarios ha aumentado considerablemente durante las dos últimas décadas, pero la prevalencia sigue siendo bastante baja en comparación con los países occidentales.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1.- Conclusiones**

Existe el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en la población escolar adolescente de dos colegios del nivel secundario: 1 público y 1 privado, en el distrito del agustino.

Hubo una relación estadísticamente significativa de transtorno de la conducta alimentaria en mujeres.

El riesgo de trastorno de la conducta alimentaria fue más frecuente en los estudiantes en la etapa de los 11 a 14 años provenientes de la institución educativa privada.

#### **5.2.- recomendaciones**

Dado que existe el riesgo de transtorno de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundaria, se deben de tomar las medidas objetivas a nivel institucional y familiar con el fin de prevenir consecuencias mayores en la salud de los estudiantes.

## CAPÍTULO VI

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Rosa Behar, Marcela Alviña, Trinidad Gonzales, Natalia Rivera. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del mar. Rev Chil Nutr 2007; 34(3): 240-9.
2. Eleodoro Freyre. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Diagnostico 2003; 42(3): 105-14.
3. Milagros Toledo Castillo. Atención de adolescentes en los servicios de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán, Avances en Salud mental Relacional.2006; 5(2).
4. Jorge Rodríguez, francisco Mina. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005.Rev. Col. Obst. Ginec. 2008; 59(53): 180-189.
5. Souza- Kaneshima y Col. La aparición de la anorexia nerviosa y trastornos de la imagen corporal en estudiantes de secundaria de una escuela pública en la ciudad de Maringá.
6. Jorge Barriguete, Claudia Unikel, Carlos Aguilar, José Córdoba, Teresa Shamah, Simón barquera, et al. Prevalencia de conductas alimentarias anormales de adolescentes en México. Salud Pública Mex. 2009; 51(4):638-44.

7. María Correa, Tamara Zubarew, Patricia Silva, María romero. Prevalencia de Riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev. Chil. Pediatr. 2006; 77(2): 153-60.
8. Moraleda barba, Gonzales Alonso, Casado Viñas, Carmona de la Morena et al. Eating disorders among secondary students in a health area, Atenc. Primaria, 2001; 28(7):463-7.
9. Jáuregui Lobera, et al. Eating behavior and body image a simple of adolescents from Sevilla. Nutr Hosp.2009; 24(5):568-73.
10. Nuño- Gutiérrez, Celis – de la Rosa, Unikel-Santoncini. Prevalence and associated factors related to disordered eating in student adolescents of Guadalajara across sex. Rev. Invest Clin. 2009; 61(4):286-93.
11. Arellano JR, Torres M, Rivera C, Moncada L. Abnormal Eating attitudes in Mexican females students; a study of prevalence and sociodemographic-clinica associated factors. Eat Weight Disord. 2009;14(2-3):42-9.
12. De Souza Ferreira, Da Veiga. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. Appetite.2008; 51(2):249-55.
13. Yeh HW, Tzeng NS, Chu H, Chou YH, Lu RB et al. The risk of eating disorders among female undergraduates in Taiwan. Arch Psychiatry Nurs.2009; 23(6):430-440.

14. 14.-Burgic-Radmanovic M, Gavric Z, Strkic D. Eating behavior disorders of female adolescents. *Psychiatr Danub.* 2008; 21(3): 297-301.
15. Chisuwa N, O'Dea JA. Body image and eating disorders amongat Japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite.*2010; 54(1): 5-15.
16. Saucedo Molina T de J, Escamilla TA, Portillo Noriega IE Peña Irecta A, Calderon Ramos Z. Distribution and relation of risk factors associated with disorders in a simple of pubescent, males and females, to 11-15 years old from Hidalgo, Mexico. *Rev. Invest. Clin.* 2008; 60(3): 321-40.
17. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Factores psicosociales asociados a los trastornos de Alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology International,* 2009; 18(4):12-9.

## CAPÍTULO VII

### FICHA DE ANTECEDENTES GENERALES

- Nombre:.....
- Fecha de nacimiento:.....
- Edad:.....
- Sexo: masculino     femenino
- Grado de instrucción:.....
- Institución educativa:.....

### TEST DE ACTITUD ANTE LA COMIDA EAT - 26

Preguntas	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Pocas veces	Nunca
1. Le aterra estar con sobrepeso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evita comer cuando tiene hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se encuentra preocupada/o por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sigue abusando con la comida, aún sabiendo que no puede parar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Corta su comida en pedazos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es consciente del volumen de calorías que ingiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Particularmente evita comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Siente que los demás preferirían que comiera más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vomita después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Se siente muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Está preocupado por el deseo de estar más delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Su objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Otras personas piensan que está demasiado delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tarda más tiempo que los otros comiendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Evite las comidas con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Come comidas o productos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Siente que la comida controla su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Siente que los demás le presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Piensa mucho en la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Se siente culpable después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Se ajusta a comportamientos dietarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me gusta sentir el estómago está vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Disfruta probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tiene el impulso de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6.2 Carta de compromiso del investigador principal

**Título del proyecto:**

**RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO EL AGUSTINO**

**Declaración del investigador principal:**

Yo, Pedro Ramón Quijano Huamán, identificado con DNI N° 06051910, investigador principal de este estudio, acepto la responsabilidad de conducir este estudio de acuerdo a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en seres humanos. Certifico que el personal involucrado en este estudio, se encuentra calificado y posee la experiencia suficiente para desempeñar adecuadamente su labor en el proyecto.

Me comprometo a cumplir el cronograma establecido, a enviar el informe final a la Oficina General de Epidemiología y a publicar los resultados en una revista científica de circulación nacional o internacional en coordinación con la OGE.

.....

PEDRO RAMON QUIJANO HUAMAN.

Fecha:

**6.3 Carta de compromiso del director de la DISA en la que se llevará a cabo el estudio**

(Para Proyectos presentados por los trabajadores de la DISA IV LE)

Yo, ....., Director de la Dirección de Salud Lima Este

Declaro que, junto al Director de Epidemiología de mi institución, conocemos y hemos aprobado la ejecución del proyecto “.....” Y nos comprometemos a apoyar y supervisar su realización dentro de las normas vigentes en nuestra Institución, dentro de la ley y de las normas nacionales e internacionales para la realización de proyectos de investigación.

Certifico además, que el investigador principal y sus colaboradores tienen la competencia necesaria para su realización. Me comprometo, además, a enviar el informe final a la Oficina General de Epidemiología y a apoyar su publicación en una revista científica nacional o internacional en coordinación con la Oficina General de Epidemiología.

Institución:

.....

Firma y Sello

Fecha:



#### **6.4. Consentimiento informado de los pacientes objeto de estudio**

##### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **1. TITULO DEL ESTUDIO**

“Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes adolescente de dos instituciones educativas del Distrito El Agustino – marzo a junio 2012”

#### **2. INTRODUCCIÓN**

Sr. (a) se le invita cordialmente a participar en este estudio que es autorizado por la DISA IV Lima ESTE, y por la MICRORED EL AGUSTINO, con conocimiento del Centro de salud Calcuta y la Dirección de su Institución educativa; siendo el investigador principal el Dr. Pedro Ramón Quijano Huamán con número de teléfono 951977114, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. A continuación se le relatará los objetivos y los beneficios de este estudio, y posteriormente si está de acuerdo en participar rellene el formulario respectivo.

#### **3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria han llegado a constituir un problema importante de salud, principalmente en la población joven. El número de casos que se diagnostica y trata es mayor. En el Perú no existen muchos estudios sobre el tema por lo que la realización de este estudio es relevante debido a la gravedad, a nivel mundial, del problema, lo que nos permitiría conocer en qué medida la población escolar adolescente del país, por el mismo hecho de ser un grupo muy vulnerable, está expuesta al riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. El objetivo del estudio es determinar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en los estudiantes adolescentes de su institución educativa. Se espera que este trabajo permita identificar en los adolescentes el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, determinar cuan prevalente es este riesgo, con la

finalidad de aplicar planes preventivo promocionales que incidan favorablemente en la disminución del riesgo.

#### **4. PROCEDIMIENTOS Y SU PROPÓSITO**

- a) Se recogerá la información a través de una ficha de investigación, para evaluar datos generales y datos concernientes al TEST EAT 26.
- b) La participación en este estudio es voluntaria. Si usted por motivos personales o religiosos no desea participar en este estudio no está obligado a hacerlo.

#### **5. INCOMODIDADES Y RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO**

- a) La respuesta a la entrevista requerirá un tiempo aproximado de treinta minutos.
- b) Los datos que sean registrados en la ficha de datos y el test, serán manejados en absoluta confidencialidad.

#### **6. BENEFICIOS DERIVADOS DEL ESTUDIO**

- a) La implementación de planes preventivos promocionales, para disminuir el riesgo de sufrir este trastorno en la población adolescente.

#### **7. COSTOS Y PAGOS HA REALIZARSE EN EL ESTUDIO**

El presente estudio no implicará ningún costo o pago por parte de los adolescentes.

#### **8. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

Se protegerá la confidencialidad de los resultados obtenidos los que serán almacenados en una computadora a la que sólo tendrá acceso el investigador.

#### **9. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRO DEL ESTUDIO**

La participación en el presente estudio es estrictamente voluntaria.

#### **10. CONTACTOS PARA RESPONDER CUALQUIER DUDA O PREGUNTA**

Investigador: Dr. Pedro Ramón Quijano Huamán.

Teléfono: 951977114

11. Formato de consentimiento informado si el paciente es mayor de edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes adolescente de dos instituciones educativas del Distrito El Agustino – marzo a junio 2012”

Yo.....identificado con N° DNI:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con el Dr. Pedro Ramón Quijano Huamán, investigador del presente estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

En el caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso).....

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante).....

Firma del Investigador/a.....

12. Formato de consentimiento informado si el paciente es menor de edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes adolescente de dos instituciones educativas del Distrito El Agustino – marzo a junio 2012”

Yo.....identificado con N°  
DNI:.....

Familiar responsable del menor.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con el Dr. Pedro Ramón Quijano Huamán, investigador del presente estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para que mi familiar y yo participemos en el presente estudio.

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

En el caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso).....

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante).....

Firma del Investigador/a.....

### 13. Indicaciones y responsabilidades para el investigador

Al momento de obtener el consentimiento informado

- La Obtención del consentimiento informado para la participación de sujetos humanos en investigación biomédica es el aspecto más importante y crítico a la vez, en el reclutamiento de voluntarios, y se debe tener presente que constituye un proceso interactivo y dinámico que no termina con la firma del consentimiento informado si no que se prolonga durante todo el estudio.
- Al elaborar el consentimiento informado, el investigador debe usar un lenguaje claro y sencillo, de preferencia con expresiones idiomáticas comúnmente usada en nuestro país para mencionar enfermedades o situaciones especiales, que aclaren o faciliten el entendimiento del estudio.
- Obtener el consentimiento informado del candidato voluntario que participará en la investigación o, en caso de que la persona carezca de capacidad de dar su consentimiento informado, el consentimiento podrá obtenerse por poder de un representante debidamente autorizado.
- Proporcionar al candidato voluntario, toda la información relevante respecto al estudio que se va a realizar para dar un consentimiento debidamente informado.
- Ofrecer al candidato voluntario, amplias oportunidades de hacer preguntas con respecto a sus dudas y temores, y estar dispuesto a contestarlas.
- Asegurarse que el posible voluntario comprenda esta información. Los investigadores pueden solicitar a los participantes que discutan la información que han recibido, se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Me puede decir cuál es el propósito de nuestro estudio? ¿Cuáles son los riesgos del estudio?
- Darle el tiempo suficiente para discutir su participación si él lo desea, con familiares o médico de cabecera y poder tomar su propia decisión.
- Excluir toda posibilidad de persuasión encubierta injustificada, influencia indebida o intimidación.
- El presunto voluntario o su representante autorizado debe firmar el documento que acredite su consentimiento y debe entregársele una copia del mismo.
- Renovar el consentimiento informado de cada participante si las condiciones o procedimientos de la investigación sufren modificaciones importantes.
- Para el proceso de consentimiento informado se debe tener en cuenta las diferencias significativas que existen cuando el diseño del estudio incluye individuos de alto riesgo.

Asimismo, se debe tener especial atención para cubrir las necesidades de poblaciones vulnerables como los niños, los enfermos en estado crítico, los mentalmente incapaces o las comunidades nativas, revisar las pautas éticas de CIOMS para investigación biomédica.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.766	.779	26

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Le aterra estar con sobrepeso	10.6923	.756
Evita comer cuando tiene hambre	11.1618	.762
Se encuentra preocupado(a) por la comida	11.0358	.763
Sigue abusando con la comida, aún sabiendo que no puede parar de comer	11.1631	.767
Corta su comida en pedazos pequeños	10.8156	.762
Es consciente del volumen de calorías que ingiere	10.4310	.763
Particularmente evita comidas ricas en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	11.0292	.758
Siente que los demás prefieren que comiera más	10.8793	.758
Vomita después de haber comido	11.2467	.766
Se siente muy culpable después de comer	11.1976	.761
Está preocupado por el deseo de estar más delgado(a)	10.8024	.745
Su objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios	10.1844	.751
Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	10.8780	.763
Le preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	10.5716	.744
Tarda más tiempo que los otros comiendo	10.7838	.758
Evita las comidas con azúcar	10.8594	.755
Come comidas o productos dietéticos	11.0637	.757
Siente que la comida controla su vida	11.0239	.760
Me controlo en las comidas	10.3196	.764
Siente que los demás lo presionan para que coma	10.9416	.753

Piensa mucho en la comida	11.0464	.762
Se siente culpable después de comer dulces	10.9377	.751
Se ajusta a comportamientos dietarios	11.0756	.754
Me gusta sentir el estomago vacío	11.1247	.759
Disfruta probando comidas nuevas y sabrosas	9.5451	.775
Tiene el impulso de vomitar luego de las comidas	11.1857	.762

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Le aterra estar con sobrepeso	Nunca, pocas veces, a veces	563	74.7%
	A menudo	30	4.0%
	Casi siempre	70	9.3%
	Siempre	91	12.1%
Evita comer cuando tiene hambre	Nunca, pocas veces, a veces	699	92.7%
	A menudo	27	3.6%
	Casi siempre	22	2.9%
	Siempre	6	.8%
Se encuentra preocupado(a) por la comida	Nunca, pocas veces, a veces	652	86.5%
	A menudo	49	6.5%
	Casi siempre	24	3.2%
	Siempre	29	3.8%
Sigue abusando con la comida, aún sabiendo que no puede parar de comer	Nunca, pocas veces, a veces	703	93.2%
	A menudo	25	3.3%
	Casi siempre	15	2.0%
	Siempre	11	1.5%
Corta su comida en pedazos pequeños	Nunca, pocas veces, a veces	579	76.8%
	A menudo	62	8.2%
	Casi siempre	51	6.8%
	Siempre	62	8.2%
Es consciente del volumen de calorías que ingiere	Nunca, pocas veces, a veces	441	58.5%
	A menudo	98	13.0%
	Casi siempre	103	13.7%
	Siempre	112	14.9%
Particularmente evita comidas ricas en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	Nunca, pocas veces, a veces	648	85.9%
	A menudo	52	6.9%
	Casi siempre	25	3.3%
	Siempre	29	3.8%
Siente que los demás prefieren que comiera más	Nunca, pocas veces, a veces	603	80.0%
	A menudo	52	6.9%
	Casi siempre	50	6.6%



	Siempre	49	6.5%
Vomita después de haber comido	Nunca, pocas veces, a veces	739	98.0%
	A menudo	9	1.2%
	Casi siempre	2	.3%
	Siempre	4	.5%
Se siente muy culpable después de comer	Nunca, pocas veces, a veces	721	95.6%
	A menudo	13	1.7%
	Casi siempre	11	1.5%
	Siempre	9	1.2%
Está preocupado por el deseo de estar más delgado(a)	Nunca, pocas veces, a veces	585	77.6%
	A menudo	46	6.1%
	Casi siempre	55	7.3%
	Siempre	68	9.0%
Su objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios	Nunca, pocas veces, a veces	393	52.1%
	A menudo	77	10.2%
	Casi siempre	103	13.7%
	Siempre	181	24.0%
Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	Nunca, pocas veces, a veces	609	80.8%
	A menudo	43	5.7%
	Casi siempre	46	6.1%
	Siempre	56	7.4%
Le preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	Nunca, pocas veces, a veces	513	68.0%
	A menudo	55	7.3%
	Casi siempre	79	10.5%
	Siempre	107	14.2%
Tarda más tiempo que los otros comiendo	Nunca, pocas veces, a veces	571	75.7%
	A menudo	58	7.7%
	Casi siempre	59	7.8%
	Siempre	66	8.8%
Evita las comidas con azúcar	Nunca, pocas veces, a veces	591	78.4%
	A menudo	63	8.4%
	Casi siempre	46	6.1%
	Siempre	54	7.2%
Come comidas o productos dietéticos	Nunca, pocas veces, a veces	661	87.7%
	A menudo	46	6.1%
	Casi siempre	24	3.2%
	Siempre	23	3.1%
Siente que la comida controla su vida	Nunca, pocas veces, a veces	663	87.9%
	A menudo	30	4.0%
	Casi siempre	20	2.7%
	Siempre	41	5.4%
Me controlo en las comidas	Nunca, pocas veces, a veces	422	56.0%
	A menudo	86	11.4%
	Casi siempre	100	13.3%
	Siempre	146	19.4%
Siente que los demás lo	Nunca, pocas veces, a veces	627	83.2%

presionan para que coma	A menudo	40	5.3%
	Casi siempre	46	6.1%
	Siempre	41	5.4%
Piensa mucho en la comida	Nunca, pocas veces, a veces	657	87.1%
	A menudo	44	5.8%
	Casi siempre	27	3.6%
	Siempre	26	3.4%
Se siente culpable después de comer dulces	Nunca, pocas veces, a veces	626	83.0%
	A menudo	45	6.0%
	Casi siempre	36	4.8%
	Siempre	47	6.2%
Se ajusta a comportamientos dietarios	Nunca, pocas veces, a veces	671	89.0%
	A menudo	36	4.8%
	Casi siempre	23	3.1%
	Siempre	24	3.2%
Me gusta sentir el estomago vacío	Nunca, pocas veces, a veces	695	92.2%
	A menudo	21	2.8%
	Casi siempre	18	2.4%
	Siempre	20	2.7%
Disfruta probando comidas nuevas y sabrosas	Nunca, pocas veces, a veces	245	32.5%
	A menudo	60	8.0%
	Casi siempre	99	13.1%
	Siempre	350	46.4%
Tiene el impulso de vomitar luego de las comidas	Nunca, pocas veces, a veces	718	95.2%
	A menudo	15	2.0%
	Casi siempre	7	.9%
	Siempre	14	1.9%
Válidos		754	100.0%