

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2do - 3er grado de
secundaria. Chiclayo – 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Gustavo Adolfo Ganoza Granados

ASESOR

Alfredo Juan Chiappe González

<https://orcid.org/0000-0003-0687-3112>

Chiclayo, 2023

**Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2do - 3er
grado de secundaria. Chiclayo – 2022**

PRESENTADA POR

Gustavo Adolfo Ganoza Granados

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Dr. Sandoval Neciosup Cristian
PRESIDENTE

Dr. Marco Flores Tucto
SECRETARIO

Dr. Alfredo Juan Chiappe Gonzales
VOCAL

Dedicatoria

Dedico esta tesis realizada con mucho esfuerzo a toda mi familia que siempre me apoyó durante estos años de estudio.

Agradecimientos

Agradezco a mis maestros y asesores por haberme guiado en todo este proceso de la realización de la tesis.

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

12%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.elsevier.es

Fuente de Internet

4%

2

docshare.tips

Fuente de Internet

2%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

4

www.educaterra.com

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.uax.es

Fuente de Internet

1%

6

zagan.unizar.es

Fuente de Internet

1%

7

1library.co

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

Índice

Resumen.....	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura	10
3. Definición de términos.....	12
Materiales y métodos	13
Diseño metodológico	13
Diseño muestral:	13
Población:.....	13
Muestra	13
Criterios de selección para los casos.....	14
Recolección de datos	14
Operacionalización de las variables	15
Procesamiento y análisis de datos	19
Aspectos éticos.....	19
Resultados y discusión	20
Tabla 1: Datos sociodemográficos de los estudiantes	20
Conclusiones.....	26
Recomendaciones	27
Referencias	27
Anexos	31

Resumen

Introducción Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades psiquiátricas que en los últimos años han ido obteniendo mayor importancia. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de Trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de 2DO Y 3ER grado de secundaria de los colegios de Chiclayo entre los meses de marzo y mayo del 2022. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Se usaron datos recolectados mediante un instrumento validado, el Eating disorder inventory (EDI-3). La muestra fue de 253 alumnos, se empleó un muestreo por conveniencia. Para las variables cuantitativas se aplicarán medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (Desviación estándar, rango intercuartílico). Para las variables cualitativas se obtendrá frecuencia absoluta y relativa. Los datos fueron presentados en tablas. **Resultados:** El 41,5% tenía 15 años y 57,7% del total eran mujeres. El 77% de los adolescentes presentó un riesgo moderado de trastornos alimenticios y el resto, un riesgo bajo. Según sexo, el 82% de las mujeres presentó un riesgo moderado siendo mayor al de los hombres. Asimismo, se encontró asociación entre el sexo y el nivel de riesgo del índice de trastornos alimenticios ($p=0,036$). **Conclusión:** Los adolescentes de 2DO Y 3ER grado de secundaria de los colegios de Chiclayo entre los meses de marzo y mayo del 2022 fue moderada, existiendo asociación con el sexo; siendo mayor en mujeres. **Palabras clave:** Trastornos de conducta alimentaria, Salud mental, inanición, suicidio, muerte súbita.

Abstract

Introduction: Eating disorders (EDs) are a group of psychiatric illnesses that have become more important in recent years. **Objective:** To determine the point frequency of Eating Disorders in 2nd and 3rd grade high school students of Chiclayo schools between the months of march and may 2022. **Material and methods:** Quantitative descriptive cross-sectional study. Data collected through a validated instrument, the Eating disorder inventory (EDI-3), were used. The sample was 253 students, a convenience sampling was used. For quantitative variables, measures of central tendency (mean, median) and measures of dispersion (Standard deviation, interquartile range) will be applied. For qualitative variables, absolute and relative frequency will be obtained. The data were presented in tables. **Results:** 41.5% were 15 years old and 57.7% of the total were women. 77% of adolescents presented a moderate risk of eating disorders and the rest, a low risk. According to sex, 82% of women presented a moderate risk, being higher than that of men. Likewise, an association was found between sex and the level of risk of the eating disorders index ($p=0.036$). **Conclusion:** Adolescents in the 2nd and 3rd grade of secondary school in Chiclayo between the months of March and May 2022 was moderate, with an association with sex; being higher in women.

:

Keywords: Eating disorders, Mental health, starvation, suicide, sudden death

Introducción

Tanto la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son entidades psiquiátricas que en los últimos años han ido obteniendo mayor importancia, hasta constituirse en la actualidad como un problema de salud pública(1), en vista a la elevada tasa de complicaciones con las que pueden cursar, las cuales suelen repercutir tanto en la esfera mental como orgánico. La mortalidad por AN alcanza cifras cercanas al 20% hacia los 20 años de edad. Las causas de muerte que más destacan son la inanición, el suicidio y la muerte súbita de origen cardiaco. Los trastornos hidro-electrolíticos, frecuentes complicaciones de estas entidades, también pueden provocar arritmias mortales, sobre todo en la AN de tipo purgativo.(2) (3)

La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) varía mucho según la población a estudiar. La mayoría de estudios revelan un patrón común de predominancia en mujeres respecto a hombres, aproximadamente en relación de 9:1. Estudios revelan datos similares, según la cual, la población de mayor riesgo es el sexo femenino con rango de edad entre los 12 a 21 años. Así mismo para anorexia nerviosa se publicaron prevalencias entre 0,14% al 0,9% y para BN entre 0,41% al 2,9%.(4)

Por otro lado, se ha encontrado que solo el 46% de pacientes que sufrieron de AN se lograron recuperar totalmente, mientras que un tercio de los sobrevivientes padeció secuelas de la enfermedad y el 20% restante presentó otras enfermedades crónicas.(5)

De igual manera, estudios revelan que la mortalidad en BN es menor que la reportada en AN con valores cercanos al 2,22% (IC 95%, 0,73-4,72) por 1.000 años-persona de seguimiento.(5) Sin embargo, esta enfermedad también suele asociarse a varias complicaciones que afectan a diversos sistemas orgánicos como el aparato gastrointestinal, renal, cardíaco y endocrino; los que a su vez pueden dejar secuelas y repercutir significativamente en la calidad de vida.(6)

Las complicaciones neuropsiquiátricas más frecuentes de la BN son depresión mayor (50%), fobia específica (50%), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (45%), trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) (35%) y alcoholismo (34%). Se encontró también que 17% de pacientes presentaron al menos un episodio de intento suicida. (6)

Finalmente, se han podido determinar diferentes factores de riesgo de carácter socio-cultural con el desarrollo de los TCA, tal es el caso del consumo de distintas publicidades que promocionan un modelo estético corporal delgado, la incorporación de la delgadez como un valor de éxito social, la presión mediática a favor de un cuerpo delgado (moda, productos para

adelgazar, sociedad de consumo), el rechazo marcado a la obesidad, los cambios en hábitos y estilos alimentarios o la fragmentación de la familia tradicional. (7)

El presente trabajo de investigación busca la oportunidad de dar a conocer las cifras reales de alumnos de los colegios de la ciudad de Chiclayo de 2^{do} y 3^{er} año de secundaria que pueden padecer de TCA, y puesto que no se han realizado trabajos similares en el distrito, esta problemática en adolescentes en pleno desarrollo bio-psico-social es aún desconocida en la región, resaltando la suma importancia de llevar a cabo este proyecto.

En base a lo anterior se tiene por objetivo determinar la frecuencia de Trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de 2DO Y 3ER grado de secundaria de los colegios de Chiclayo entre los meses de marzo y mayo del 2022. Y como objetivos específicos: Determinar la frecuencia del índice desajuste, psicológico general, ineficiencia, índice de problemas interpersonales, problemas afectivos y exceso de control en los estudiantes de 2DO Y 3ER grado de secundaria de los colegios de Chiclayo entre los meses de marzo y mayo del 2022.

Revisión de literatura

1. Antecedentes del problema

Castrillón JJC. y col. realizaron en 2011, en Manizales, Colombia; una investigación en la cual evaluaron la prevalencia nacional de TCA, específicamente en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado pertenecientes a tres instituciones educativas privadas femeninas, empleando para ello el instrumento EDI-3. Se obtuvo los resultados de 481 niñas encuestadas con edad promedio 14,26 años, donde el 24,7% de las alumnas presentó algún factor de riesgo para desarrollar TCA, es decir una de cada cuatro alumnas.(8)

Por otra parte, Moreno-Gutiérrez P y colaboradores realizaron en 2016 en Pereira, Colombia un trabajo similar el cual buscaba determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de media académica de colegios públicos de la zona urbana, en este caso se empleó la encuesta: Evaluación del Comportamiento Alimentario (ECA) la cual cuenta con una sensibilidad del 73,6% al 91,8% y especificidad entre 52,4 y 80,0%. Consta de 32 preguntas, considerando un valor total mayor a 23 puntos como punto de corte para presencia de TCA. La población total del estudio fueron 382 alumnos donde se halló que la ECA fue positiva en el 24,3% de los encuestados, además se encontró relación entre la ECA positiva y el género femenino, así como también se encontró asociación de este género con la realización de dietas, alteración de la auto imagen, uso de laxantes e inducción del vómito(9)

Aliaga-Deza L y cooperantes en 2013 realizaron en Perú un estudio en un centro educativo del distrito de Independencia, Lima, donde el objetivo fue describir la sintomatología de los TCA en una población adolescente de 13 a 17 años, para este proyecto se aplicó el inventario EDI-3. El número final de participantes fueron 39, de estos el 62% fueron mujeres y el 38% varones con una edad promedio de 14,6 años. El resultado mostro al igual que en otras investigaciones internacionales que la subescala de obsesión por la delgadez fue significativamente mayor en mujeres que en hombres. El 17,9% tuvo puntajes elevados para la subescala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal (10)

2. Bases teóricas

Los TCA son un conjunto de dolencias psiquiátricas que se caracterizan por una conducta inapropiada de la ingesta de alimentos y la aparición de comportamientos obsesivos por controlar su peso, aparecen con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos jóvenes

aproximadamente en el rango de edad de 12-21 años y con una clara prevalencia por el género femenino en una relación de 9:1. Dentro de los TCA encontramos la Anorexia nerviosa (AN) que a su vez esta se divide en AN restrictiva y AN compulsiva-purgativa. También encontramos a la Bulimia nerviosa (BN) la cual se divide en BN purgativa Y BN no purgativa. En la clasificación de TCA se encontrará también los trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) que son aquellos donde existen síntomas relacionados con la conducta alimentaria como pueden ser: Pérdida de peso, restricción, distorsión de la imagen corporal, entre otros, pero que no cumplen con los criterios suficientes para diagnosticar AN O BN. (4)(7)(11)

Anorexia proviene del griego a-/an que significa negación y de orégo (apetecer). Es una entidad que se manifiesta por una preocupación obsesiva de la imagen corporal y por el deseo incontrolable de estar delgado por lo cual para saciarlo la persona se somete de manera voluntaria a diferentes procedimientos como: una dieta restrictiva y muy estricta, así como también la adopción de conductas de carácter purgativo como lo son: vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc. Lo cual conlleva a una pérdida de peso de al menos un 25%.(4)(7)(2)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, quinta edición (DSM-V) (33), los criterios diagnósticos para AN son los siguientes:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla: (33)
- Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, incluso con peso inferior al normal (33)
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. (33)
- En las mujeres presencia de amenorrea; es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos). (33)

La fisiopatología de la AN se considera que es la misma que se dan en el ayuno, purga, intoxicación hídrica y síndrome de realimentación. En el ayuno el cuerpo trata de adaptarse al déficit de alimentos lo que produce que se genere una aceleración de la gluconeogénesis

hepática, con el fin de mantener la homeostasis, si el ayuno se prolonga se requerirá a la producción de cuerpos cetónicos, los que reemplazarán a la glucosa como fuente de energía cerebral y a su vez harán que disminuya el metabolismo, al mandar señales a los músculos para limitar el catabolismo. Toda esa suma de alteraciones provocara un síndrome cerebral orgánico que llevara a la muerte al paciente. En la purga se producirá una alcalosis hipoclorémica-hipocalémica, como consecuencia de la pérdida de hidrogeniones y cloro producto de los vómitos autoinducidos, en el caso de los pacientes que abusan del consumo de laxantes ellos presentaran deshidratación crónica y acidosis. En lo que respecta a la intoxicación hídrica los pacientes ante el temor de ser descubiertos tienden a tratar de engañar a los demás simulando un aumento de peso a través de la ingesta de cuantiosas cantidades de agua lo que provocara una hiponatremia dilucional, un cuadro que se caracteriza por producir edema cerebral, convulsiones, estado epiléptico e incluso la muerte. Finalmente, el síndrome de realimentación ocurre con mayor frecuencia en pacientes que se encuentran hospitalizados, lo que sucederá es que el fósforo extracelular caerá abruptamente al ingresar al espacio intracelular, al recibir una carga nutricional excesiva sin suplemento de fósforo lo que conllevará a sufrir una hipofosfatemia y esta genere: anemia hemolítica, rabdomiólisis, cardiomiopatía, insuficiencia respiratoria y paro cardíaco. (2)(12)(13)(14)

La BN por su parte es un trastorno mental cuyas características principales son: los atracones, que viene a ser el consumo excesivo de alimentos en el lapso de un periodo de tiempo corto, donde se pierde el control para regular la ingesta y posteriormente aparecen sentimientos de culpa y autorreproches. La otra característica con los métodos de conducta inadecuada para compensar el atracón previo y evitar la ganancia de peso, dentro de estos comportamientos encontramos con más frecuencia: los vómitos autoinducidos, el uso desmedido de laxantes, diuréticos, enemas, diversos fármacos y sustancias, etc.; así como el ejercicio desmesurado y el ayuno. Y por último Preocupación intensa por el peso corporal y la una silueta delgada (15)(16)(7)

3. *Definición de términos*

- Anorexia nerviosa restrictiva: Durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas. (7)
- Anorexia nerviosa compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (7)

- Bulimia de Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa diuréticos, laxantes o enemas desmesuradamente (7)
- Bulimia de Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (7)
- Trastornos de conducta alimentaria no específicos: se refiere a los TCA que no cumplen los criterios suficientes para padecer un TCA específico. (4)
- Atracón o “Binge”: Presencia de episodios compulsivos y descontrol en la ingesta de alimentos.(17)
- Malnutrición: Es la consecuencia nutricional de no seguir una dieta equilibrada basada en cantidad y calidad, causada por alimentos con insuficientes e inadecuados nutrientes.(18)
- Hipernutrición: Consecuencia de una ingesta dietética excesiva con respecto a las necesidades de nutrientes.(18)
- Desnutrición: Resultado de la subalimentación, o de absorción y/o uso biológico deficientes de los nutrientes consumidos.(19)
- Laxantes: Medicamentos en forma de solución utilizados para favorecer la deposición o eliminación de heces.(20)

Materiales y métodos

Diseño metodológico

El tipo y diseño de estudio fue un cuantitativo descriptivo transversal.

Diseño muestral:

Población:

La población a estudiar fueron todos los alumnos pertenecientes a los grados de 2do y 3er año de secundaria de los colegios de la ciudad de Chiclayo, entre los meses marzo y mayo de 2022.

Muestra

Considerando una población estimada de 2500 estudiantes, una frecuencia esperada del 24%, un nivel de confianza del 95% se calculó un tamaño muestral de 253 encuesta. Se empleó la calculadora de código abierto SSPropor del software online OpenEpi versión 3.

Tipo de muestreo:

Se empleó un muestreo por conveniencia.

Criterios de selección para los casos.**Criterio de inclusión**

- Firmar el consentimiento y asentimiento informado según corresponda
- Responder las 91 preguntas del cuestionario de manera correcta

Criterios de exclusión:

- Se excluirán las preguntas que tengan más de una alternativa marcada
- Se excluirán las personas que por situaciones medicas no puedan comprender el contenido de las encuestas (Dislexia, síndrome de Down, retraso mental, TDAH)

Recolección de datos**1. Instrumentos**

Se empleará como instrumento de medición el *Eating disorder inventory 3* (EDI-3), el cual ya ha sido empleado en otros estudios de investigación, este es válido para la evaluación de riesgo de trastorno alimentario en población general y, en consecuencia, su detección temprana. Consta de 12 escalas entre las que pueden distinguirse tres escalas específicas de trastornos alimentarios, denominadas “de riesgo” (Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez) y nueve escalas de características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios (Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivo, Desregulación Emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a Madurar). Por otra parte, el EDI-3 proporciona seis Índices (Composites) que adicionan los totales de diversas escalas y llevan la suma a puntuación T. Estos índices permiten obtener el perfil clínico de los pacientes: Riesgo de Trastorno Alimentario (reúne los ítems de las tres escalas de riesgo), Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos, Exceso de Control y Desajuste Psicológico General (reúne los ítems no incluidos en el índice de riesgo, es decir los de las nueve escalas de características psicológicas). La confiabilidad de las escalas del EDI-3 se testeó con el alfa de Cronbach y la de los ítems con el alfa de Cronbach suprimido

el ítem en la escala. Esta escala fue validada y analizada mediante análisis psicométrico, en el cual además se especifica que se puede optar por los siguientes puntos de corte: primer cuartil: riesgo bajo, segundo y tercer cuartil: riesgo moderado y cuarto cuartil: riesgo algo. (21)

2. Aplicación del instrumento

La aplicación de la encuesta se realizó durante un espacio de 30 minutos aproximadamente durante el horario de clases, previo permiso de la institución educativa. Y firma de consentimiento informado de los padres de familia. Se explicó la finalidad del trabajo, número de preguntas y la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la realización de la encuesta. Se estimó un aproximado de 20 min por cada una de las encuestas, por lo que se encuestaron entre 30-35 personas por día, hasta llenar el número de muestra. Si él o la participante aceptaba, se procedía a entregar la encuesta impresa y un lapicero, así como proceder a la firma de asentamiento informado previo a que se contesten las preguntas; si existían dudas el autor se encargaba de responder o explicarlas, ya sea con ejemplos o aclaraciones.

Operacionalización de las variables

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables.

variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	valor /subindicador	tipo de escala
Desordenes alimentarios	Conjunto de dolencias psiquiátricas que se caracterizan por una conducta inapropiada de la ingesta de alimentos y la aparición de comportamientos obsesivos por controlar su peso.	Hace referencia a la anorexia y la bulimia, en todas sus presentaciones.	Riesgo de trastornos alimenticios	Insatisfacción corporal	Preguntas: 2 9 12 19 31 45 47 55 59 62	Cuantitativa discreta
				Bulimia	Preguntas: 4 5 28 38 46 53 61 64	
				Búsqueda de Delgadez	Preguntas: 1 7 11 16 25 32 49	
			Características psicológicas	Baja Autoestima	Preguntas: 10 27 37 41 42 50	Cuantitativa discreta
				Alienación Personal	Preguntas: 18 20 24 56 80 84 91	
				Inseguridad Interpersonal	Preguntas: 15 23 34 57 69 73 87	
				Desconfianza Interpersonal	Preguntas: 17 30 54 65 74 76 89	

				Déficit Interoceptivo	Preguntas: 8 21 26 33 40 44 51 60 77	
				Desregulación Emocional	Preguntas: 67 70 72 79 81 83 85 90	
				Ascetismo	Preguntas: 66 68 75 78 82 86 88	
				Perfeccionismo	Preguntas: 67 70 72 79 81 83 85 90	
				Miedo a Madurar	Preguntas: 3 6 14 22 35 39 48 58	
			Perfil Clínico	Riesgo de Trastorno Alimentario	Puntuaciones T de las escalas de búsqueda de delgadez, bulimia y de insatisfacción corporal.	Cuantitativa discreta
				Ineficacia	Puntuaciones T de las escalas baja autoestima y alienación personal	

				Problemas Interpersonales	Puntuaciones T de las escalas inseguridad interpersonal y desconfianza interpersonal.
				Problemas Afectivos	Puntuaciones T de las escalas déficit interospectivo y desregulación emocional.
				Exceso de Control	Puntuaciones T de las escalas perfeccionismo y ascetismo
				Desajuste Psicológico General	Puntuaciones T de las escalas búsqueda de la delgadez, bulimia y insatisfacción corporal.

Procesamiento y análisis de datos

Se recogió toda la información de las encuestas y se organizó la información en el programa de Excel 2016. Para las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (Desviación estándar, rango intercuartílico). Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencia absoluta y relativa; todo ello usando el programa R versión 4.2.2. para Windows. Los resultados fueron presentados en tablas.

Aspectos éticos

Esta investigación fue evaluada por el Comité de ética de la Facultad de medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.

Se pidió al director de escuela de la USAT, redactar un documento oficial solicitando el permiso correspondiente a las instituciones educativas donde se realizaría la investigación.

Al ser el objeto de estudio una población en donde los integrantes eran menores de edad, se actuó previa firma de consentimiento informado de los padres de familia, autorizando la participación de sus hijos en el presente proyecto.

Asimismo, se respetó el principio de autonomía de los participantes tanto para iniciar la encuesta, tomando en cuenta su autorización mediante el asentamiento informado, así como para querer retirarse en cualquier momento de la aplicación de la encuesta por el número de preguntas. Las encuestas fueron anónimas, no se pidió nombres ni datos personales; por otro lado, la base de datos se creó sin copias, y el autor era el único que tenía acceso a ellas; posterior a la evaluación y análisis e datos se conservara la base de datos por un periodo de dos años, luego de lo cual será eliminada.

Resultados y discusión

Se encuestó un total de 253 participantes, de los cuales se pudo comprobar que los alumnos de 15 años son los más abundantes de la población con un porcentaje de 41.5%, a su vez hubo predominancia por el sexo femenino con un porcentaje de 57.7%, el año académico con mayor cantidad de población fue el tercero de secundaria con un porcentaje de 38.3%, dentro de los colegios con mayor cantidad de encuestados, tenemos que el colegio nacional san José fue el de mayor predominancia con 32.0% y de los colegios nacionales el que tubo mayor porcentaje fue el colegio privado Juan Mejía Baca con un 12.3%.

La edad y el sexo son dos factores que influyen en los puntajes obtenidos en los índices. Según los resultados de este estudio existe diferencias significativas en cuanto al sexo, siendo mayor en mujeres, en los siguientes índices: índice riesgo de trastorno alimentario (45, 30-45), índice desajuste psicológico general (29, 20- 36), índice problemas afectivos e índice de exceso de control (22,15- 35). Por otro lado, la edad cobra relevancia porque en esta etapa se caracteriza por cambios hormonales importantes que conllevan a cambios físicos, y se puede observar que en mujeres más que en hombres, existe un miedo a sufrir dichos cambios que se consideran fisiológicos(22), ello expresado en el miedo a madurar que obtuvo un puntaje de 13.0 (9.0- 16.0) vs el 10.0 (6.0- 13.0) en hombres. Asimismo, un estudio realizado por Escolar-Llamazares y col. muestra gran variación en los porcentajes según el rango de edad, en cuando a la obsesión por estar delgado, el 17.6% tuvo puntajes por encima de los valores críticos de los cuales el 8.2% tenían 20 años o menos y solo 1.5% eran mayores de 25 años. En cuanto a la Bulimia, el 37.1% de la muestra registró una puntuación por encima del nivel crítico, de las cuales el 16.1% tenía 20 años o menos y solo 1.3% más de 25 años(22).

tyju

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los estudiantes

Características	N = 253	%
Edad		
12	2	0.8
13	58	22.9
14	88	34.8
15	105	41.5

Características	N = 253	%
Sexo		
Femenino	146	57.7
Masculino	107	42.3
Colegio		
Adventista Chiclayo	12	4.7
Augusto Salazar	7	2.8
Cesar Vallejo	19	7.5
Fe y Alegría 28	11	4.3
Inmaculada	24	9.5
Juan Mejía Baca	31	12.3
Monseñor Juan Tomis	26	10.3
Naylamp	19	7.5
Rosario	23	9.1
San José	81	32.0
Año académico		
2do	62	24.5
3ro	97	38.3
4to	94	37.2

El índice de riesgo de trastorno alimentario fue mucho más alto en mujeres respecto a varones. Los valores del índice de riesgo fue 45 (30-55) mientras que en hombres fue 32 (25- 42). Se ha demostrado que los adolescentes están bajo mucha presión por tener cuerpos musculosos en el caso de los varones y delgados o ultradelgados en el caso de las mujeres, dichos estereotipos marcados según genero viene dado de la familia, amigos, pero sobre todo medios de comunicación. Según un estudio a colegiales, se encontró que en las mujeres (11.7%) la influencia de los medios de comunicación era mayor respecto a los hombres (6.3%) y dicha exposición se asociaba a una mayor predisposición a padecer trastornos alimenticios. (21)

El índice desajuste psicológico general esta significativamente más elevado en las mujeres. En las mujeres la puntuación obtenida fue de 112 (87- 126) con un valor de $p < 0.001$ que indica asociación entre el sexo y el puntaje obtenido en el índice de desajuste psicológico. Este índice

evalúa principalmente las preocupaciones alimentarias como el desajuste psicológico. (24) Un modelo que evalúa los factores influyentes en el desajuste psicológico incluye un macrosistema al que está expuesta la adolescente que implica la influencia cultural, el exosistema que incluye las interacciones sociales de influencia indirecta y el microsistema que incluye a la familia, la escuela y los amigos; así como un mesosistema que incluye las interrelaciones entre los microsistemas. (25) Para la aparición del trastorno alimenticio, uno o más de uno debe estar ejerciendo una participación negativa.

El índice de problemas afectivos fue mayor en mujeres. Este resultado muestra las alteraciones en la manera en la que la persona interpreta estímulos afectivos, es decir, sentimientos, palabras o situaciones de su entorno; y la manera en la que responde ante ellas. (24) Ello muestra que las mujeres suelen afectarse más emocionalmente ante las críticas, burlas o comentarios que sean atribuidos a su aspecto físico. Entre las pacientes que padecen trastornos alimentarios, las anoréxicas compulsivo-purgativas y las bulímicas purgativas, son las que más padecen de problemas afectivos. Respecto a la interacción de esta variable con otras, las anoréxicas compulsivo-purgativas son las que tienen un nivel mayor de motivación para bajar de peso, las más perfeccionistas y poseen un mayor nivel de desconfianza interpersonal. (26)

Tabla 2: Puntajes en los índices según sexo

Características		Total ¹	Femenino ¹	Masculino ¹	p-value ²
Índice	Riesgo de	38 (28- 51)	45 (30-55)	32 (25- 42)	<0.001
Trastorno alimentario					
índice	desajuste	101 (81- 123)	112 (87- 126)	91 (75-109)	<0.001
psicológico general					
índice	ineficacia	18 (12- 21)	19 (13- 22)	17 (12- 21)	0.2
índice	problemas	18 (13- 22)	16 (11- 21)	20 (16- 24)	<0.001
interpersonales					
Índice	problemas	25 (15- 34)	29 (20- 36)	21 (8-28)	<0.001
afectivos					
índice	Exceso de control	19 (12- 27)	22 (15- 35)	17 (10- 21)	<0.001

¹Mediana de la puntuación (RIC: rango intercuartílico)

²Prueba suma-rango de Wilcoxon

De manera global, el 77% de los adolescentes presentó un riesgo moderado de trastornos alimenticios y el resto, un riesgo bajo. Según sexo, el 82% de las mujeres presentó un riesgo moderado siendo mayor al de los hombres, donde el 71% presentó el mismo nivel de riesgo. Asimismo, se encontró asociación entre el sexo y el nivel de riesgo del índice de trastornos alimenticios ($p=0,036$). Estos resultados son altos, comparados con un estudio realizado en Trujillo en el año 2010 en adolescentes mujeres, donde se reportó que el 53% tenía riesgo bajo de trastornos alimenticios. (27) . Asimismo, en otro estudio realizado también en adolescentes de Trujillo en el año 2016, se encontró que el riesgo de padecer trastornos alimenticios era bajo en el 65% de la muestra. Las diferencias entre los resultados podrían explicarse en que, pese a que la población estudiada eran adolescentes, se encontraban en niveles educativos superiores, preuniversitario o primeros años de la carrera universitaria. (28)

Respecto a los otros índices descritos en la tabla se puede observar que, en cuanto a frecuencias, en todos es mayor en mujeres, excepto en el índice de desajuste personal. El 71% de las mujeres tenía riesgo moderado de desajuste psicológico general respecto al 48% en los varones, encontrándose asociación entre el sexo y el nivel de desajuste (<0.001). Continuando, el 74% de las mujeres tenía in nivel moderado en el índice de ineficacia respecto al 66% en los varones; no encontrándose asociación entre el sexo y el nivel de riesgo ($p 0.2$). Por otro lado, el 79% de las mujeres presenta un riesgo moderado de problemas afectivos, mientras que en los varones se observa que este nivel de riesgo se encuentra en el 63%; existiendo además asociación entre el sexo y el nivel de riesgo ($p 0.005$). Además, el 77% de las mujeres presentó un riesgo moderado de exceso de control, respecto al 65% presentado en los varones. Por último, en cuanto a los trastornos interpersonales, se puede apreciar que el 82% de los varones tiene un índice moderado siendo mayor al presentado en las mujeres, que fue el 79%; encontrándose además asociación entre el sexo y el nivel de riesgo (<0.001).

Tabla 3: Nivel de riesgo en los índices según sexo

Características		N = 253 %		Femenino, N = 146 %		Masculino, N = 107 %		p-value ¹
Índice	Riesgo de Trastorno							0.036
	alimentario							
	bajo riesgo	57	23	26	18	31	29	

Características	N = 253 %		Femenino, N = 146 %		Masculino, N = 107 %		p-value ¹
moderado riesgo	196	77	120	82	76	71	
Índice desajuste psicológico general							<0.001
bajo riesgo	99	39	43	29	56	52	
moderado riesgo	154	61	103	71	51	48	
Índice ineficacia							0.2
bajo riesgo	74	29	38	26	36	34	
moderado riesgo	179	71	108	74	71	66	
Índice problemas interpersonales							<0.001
bajo riesgo	83	33	64	44	19	18	
moderado riesgo	170	67	82	56	88	82	
Índice problemas afectivos							0.005
bajo riesgo	71	28	31	21	40	37	
moderado riesgo	182	72	115	79	67	63	
Índice Exceso de control							0.032
bajo riesgo	69	27	32	22	37	35	
riesgo alto	1	0.4	1	0.7	0	0	
moderado riesgo	183	72	113	77	70	65	

¹ Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Según los resultados de este estudio la bulimia y la búsqueda de la delgadez, es mucho más marcada en las mujeres. Según los resultados las mujeres obtuvieron un puntaje de 14(9-22),

siendo mayor al de los hombres, cuyo puntaje fue de 11(6-17). Estos puntajes son altos respecto a los encontrados en adolescentes trujillanos donde la media fue de 4 puntos. (27). Al respecto según un estudio, la dimensión bulimia es el indicador más consistente de que la persona tendrá un alto riesgo de padecer trastornos alimenticios;(21,29) por otro lado, la búsqueda de la delgadez extrema es no solo un tema de medios de comunicación, sino también cultural. (29) En un estudio en adolescentes brasileños el 42,0% presentaba patrones de riesgo, así como prácticas de alimentación y control de peso. (30) Asimismo, en un estudio de revisión se concluyó que las adolescentes hispanas tienen mayor riesgo de sufrir de trastornos alimenticios e inconformidad con su cuerpo respecto a las niñas blancas; incluso el riesgo era mayor comparado con las asiáticas. (31)

No existe asociación entre el sexo y los puntajes obtenidos en baja autoestima e insatisfacción corporal. Según los resultados obtenidos, el valor p fue 0.3 y 0.2 respectivamente; ello indica que existe relación entre los niveles elevados en ambas dimensiones y el ser mujer o varón, siendo 15(12-17) y 8(6-10) respectivamente. En un estudio de población adolescente se encontró que el 65% tenía insatisfacción corporal; y casi todos desean tener cuerpos más delgados. (31) La insatisfacción de la imagen está fuertemente acompañada con una distorsión de esta; partiendo de esta premisa, en un estudio se buscó determinar el tipo de distorsión que presentan los adolescentes, encontrándose que los chicos tendían a verse más delgados (6% vs 3,4% en mujeres) y en las chicas con tendencia a verse más gruesas (71,4% vs 47% en hombres) (31). Los adolescentes son más proclives a tener insatisfacción corporal en este periodo porque es donde se producen la mayor cantidad de cambios fisiológicos sin mucho tiempo para adaptarse a ellos, entre los que destaca el crecimiento de mamas, caderas, acné, entre otros; (22) los cuales si están acompañadas a una mala dieta alimenticia como es que sucede en la mayoría de hogares de nuestro país los vuelve más vulnerables a sufrir la influencia mediática; que en las chicas las lleva a desear tener cuerpos ultra delgados, llevándolas en última instancia a sentirse inconformes y buscar las medidas más rápidas para lograr sus metas. Ello se ve reflejado en un estudio que muestra que el 85% de las adolescentes delgadas tenían baja influencia mediática; caso contrario pasaba con las chicas con sobreeso u obesidad en el las que el 56% y 63% respectivamente, sufrían una influencia mediática moderada o alta. (21) En cuanto al autoestima, esta vendría a verse afectada como consecuencia de dicha insatisfacción.

Tabla 4: Escalas EDI-3, según sexo

Características	TOTAL¹	Femenino¹	Masculino¹	p-value²
Búsqueda de Delgadez	11.0 (6.0 -17.0)	14.0 (8.0- 18.0)	8.0 (5.0- 12.0)	<0.001
Bulimia	11 (6 - 17)	14 (9-22)	9 (4-13)	<0.001
Insatisfacción corporal	15.0 (12.0- 17.0)	14.5 (11.2- 17.0)	15.0 (12.0-18.0)	0.2
Baja autoestima	8.0 (6.0- 10.0)	8.5 (6.0- 10.0)	8.0 (5.5-10.0)	0.3
alienación personal	9.0 (6.0- 12.0)	9.5 (6.0- 12.0)	9.0 (6.0-11.0)	0.2
Inseguridad interpersonal	9.0 (6.0- 12.0)	8.0 (5.0- 11.0)	10.0 (7.5- 12.5)	<0.001
Desconfianza interpersonal	9.0 (6.0- 11.0)	8.0 (5.0-10.0)	10.0 (7.0- 12.5)	<0.001
Déficit Interoceptivo	13 (8-18)	15 (10- 20)	11 (6-14)	<0.001
Desregulación Emocional	11 (6-16)	14 (8-17)	10 (4-14)	<0.001
Perfeccionismo	9.0 (5.0- 13.0)	11.0 (7.0- 16.0)	8.0 (5.0- 10.0)	<0.001
Ascetismo	10 (6-14)	11 (8-19)	9 (4-11)	<0.001
Miedo a Madurar	11.0 (7.0- 15.0)	13.0 (9.0- 16.0)	10.0 (6.0- 13.0)	<0.001

¹Mediana de la puntuación (RIC: rango intercuartílico)

²Prueba suma-rango de Wilcoxon

Conclusiones

Los adolescentes de 2DO Y 3ER grado de secundaria de los colegios de Chiclayo entre los meses de marzo y mayo del 2022 fue moderada (77%), existiendo asociación con el sexo ($p=0.036$); siendo mayor en mujeres (82%). Además, existe un puntaje elevado en los índices de trastornos alimenticios. El índice de riesgo de trastornos alimenticios fue de 38 (28-51) en el total de participantes; respecto al índice de desajuste psicológico en los participantes fue de

101 (81-123), Asimismo, respecto al índice de problemas afectivos este fue de 25 (15-34), en cuanto al índice de exceso de control en el total fue 19 (12-27); en todos estos índices se encontró asociación con el sexo. Respecto al índice de problemas interpersonales en el total de participantes fue de 18 (13-22) siendo el único índice con mayor puntaje en varones. La búsqueda de la delgadez, la bulimia, perfeccionismo y miedo a madurar fue significativamente mayor en mujeres.

Recomendaciones

Se recomienda que futuras investigaciones se enfoquen en evaluar las diferencias existentes de las variables estudiadas en este estudio, tomando en cuenta si los adolescentes van a un colegio público o privado.

Se recomienda impartir charlas de amor propio, aceptación del cuerpo y orientación de los cambios esperados en la adolescencia para tratar de facilitar el proceso de aceptación de dichos cambios cuando estos aparezcan.

Se recomienda asesoría psicológica para captar a los alumnos con alto riesgo o con padecimiento de los trastornos a fin de ayudarlos y orientarlos sobre su enfermedad.

Referencias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria p s i q u i a t r í a revista médica de costa rica y Centroamérica lxx. Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica. 2013;LXX(607):475-82.
2. Behar R. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria · [Internet]. 2014 [citado 30 de abril de 2023];52(1). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_alimentarios.pdf.
3. Toro J. Trastornos del comportamiento alimentario y amenorrea: Anorexia y bulimia nerviosas. Cuadernos de Medicina Reproductiva. 2000;6(1):27-38.
4. Trinidad Sabalet Moya, Juan Máximo Molina Linde MPRL y AMCG. Guías de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. 2017. 1-297 p.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. Archives of General Psychiatry. 2011;68(7):724-31.

6. Patel RS, Olten B, Patel P, Shah K, Mansuri Z. Hospitalization Outcomes and Comorbidities of Bulimia Nervosa: A Nationwide Inpatient Study. *Cureus*. 2018;10(5).
7. Basurte Villamor I, Sevilla Vicente MB, Holguera Ortiz S, Ferre Navarrete F. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2011;10(86):5810-6.
8. Castrillón JJC, Giraldo DL, Guevara J, Losada DL, Meza LM, Narváez DM, et al. Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, Manizales, Colombia, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;63(1):46-56.
9. Moreno-Gutiérrez PA, Ochoa-Orozco SA, Vásquez-Velásquez D, Ortiz-Vanegas E, López-Pantoja Y, Marin-Arango L, et al. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de colegios públicos de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*. 2016;22(1):9-13.
10. Aliaga-Deza L, De la Cruz - Saldaña TA. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. 2013;73(2):52-61.
11. López C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes : Descripción y manejo Eating Disorders in adolescents : Description and management. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(1):85.
12. García Martín A, Varsavsky M, Cortés Berdonces M, Ávila Rubio V, Alhambra Expósito MR, Novo Rodríguez C, et al. Trastornos del fosfato y actitud clínica ante situaciones de hipofosfatemia e hiperfosfatemia. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2020;67(3):205-15.
13. Múnera OLM, Valencia JCV, Flórez ID, Trujillo NGP. Alcalosis metabólica hipoclorémica como presentación de la fibrosis quística. Informe de dos casos. *Iatreia*. 2013;26(3):356-65.
14. Cortés BP, Sacoto MAG, Milla SP, Catalán AL, Fuentes MM, Gómez-Candela C. A propósito de un caso de malnutrición muy extrema en una paciente que presenta anorexia nerviosa restrictiva de larga evolución y no recibía tratamiento. *Nutricion Hospitalaria*. 2014;30(3):690-4.
15. Roca E, Roca B. LA BULIMIA NERVIOSA Y SU TRATAMIENTO - articulo2.pdf. *WwwCopEs*. 2001;1-15.
16. Lilly RZ. Clinical review Bulimia nervosa. 2003;327(August).

17. Rava F, Silber T. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Archivos argentinos de pediatría. 2004;102(5):353-63.
18. Yoanis M, Ochoa M. La malnutrición ; problema de salud pública de escala mundial Malnutrition ; World-wide public health problem Desnutrição ; Problema de saúde pública em todo o mundo. 2020;24(1):237-46.
19. Fernández D, Montenegro G. Factores Socioculturales Del Cuidador Familiar Relacionados Con El Estado Nutricional Del Niño De 1 a 5 Años En El Sector Magllanal - Jaén, 2013. Universidad Nacional De Cajamarca. 2014;
20. Moncayo M. Conductas de purga : Consecuencias en la alimentación. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2016;24:2604-25.
21. Rutzstein G, Leonardelli E, Scappatura ML, Murawski B, Elizathe L, Maglio AL. Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. Revista mexicana de trastornos alimentarios. junio de 2013;4(1):1-14. Nápoles Neyra N, Blanco Vega H, Jurado García PJ. La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. Psic y Sal. 5 de noviembre de 2021;32(1):57-70.
22. Escolar-Llamazares MC, Martínez Martín MÁ, González Alonso MY, Medina Gómez MB, Mercado Val E, Lara Ortega F. Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. julio de 2017;8(2):105-12.
23. Garner, David. (2004). Eating disorder inventory-3 (EDI-3) Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. International Journal of Eating Disorders. 35. 478-479.
24. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS, Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. Revista mexicana de trastornos alimentarios. junio de 2016;7(1):1-8.
25. Sánchez Sosa J, Villarreal Gonzáles M, Ochoa Musitu G. Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2010 [citado 4 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf>
26. Lee S, Leung T, Lee AM, Yu H, Leung CM. Body dissatisfaction among Chinese undergraduates and its implications for eating disorders in Hong Kong. Int J Eat Disord. 1996;20(1):77-84.

27. Borrego C. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psicol.* 2010;13(1):13-50.
28. Autoconcepto Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario - Trujillo [Internet] [Pregrado]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 [citado 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1976/1/RE_PSICO_SARITA.QUI%C3%91IONES_AUTOCONCEPTO.TRASTORNOS.CONDUCTA_DATOS.PDF
29. Behar A R, Arriagada S MI, Casanova Z D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista médica de Chile.* diciembre de 2005;133(12):1407-14.
30. Brandt LMT, Fernandes LHF, Aragão AS, Luna TP da C, Feliciano RM, Auad SM, et al. Comportamiento de riesgo para bulimia en adolescentes. *Rev paul pediatri.* 25 de febrero de 2019;37:217-24.
31. Robinson TN, Killen JD, Litt IF, Hammer LD, Wilson DM, Haydel KF, et al. Ethnicity and body dissatisfaction: Are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health.* 1 de diciembre de 1996;19(6):384-93.
32. Behar A R, Alviña W M, González C T, Rivera A N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del mar. *Revista chilena de nutrición.* septiembre de 2007;34(3):240-9. M ,nj
33. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.

Anexos

Anexo 1. Asentimiento informado

I. ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Gustavo Ganoza Granados y mi proyecto de investigación se titula **“Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2DO - 3ER grado de secundaria. Chiclayo – 2022”** Consiste en realizarles dos cuestionarios, a través de los cuales determinaremos si padecen de algún Trastorno de conducta alimentaria (TCA) tales como bulimia y anorexia, así como también los trastornos mentales asociados a estas enfermedades, A raíz de estos resultados daremos a conocer las cifras reales de frecuencia, con el fin de poder implementar nuevas políticas en los colegios con el fin de ayudarlos a no enfrentar estos problemas solos.

Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si deseas participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, tus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme con toda confianza que te las explique y yo estaré gustoso de explicártelo detalladamente.

Este trabajo de investigación va dirigido a ustedes ya que la mayor parte de estos trastornos ocurre en edades entre 12-21 años en la cuales ustedes están incluidos, muchas veces no son tomadas en cuenta por los padres o profesores, es por ello el motivo de la investigación.

Recuerda que tu participación es completamente voluntaria, puedes decidir con total libertad participar de ella o no, incluso si firmas este consentimiento y luego te arrepientes por favor no dudes en acercarte a mi persona y comunicarme tu deseo de no continuar con el estudio. No habrá perjuicio hacia a ti ni hacia tus padres, en caso decidas no continuar.

La confidencialidad del proyecto está totalmente asegurada y garantizada, no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación, ten en cuenta además

que en ningún momento tendrás que poner tu nombre en los cuestionarios, se trabajará en base a pseudónimos, por lo que nadie, ni siquiera el investigador sabrá tu resultado obtenido.

Ante lo expuesto en este documento procedemos a realizar el llenado del asentimiento:

Nombre participante: _____

Firma del participante: _____

DNI: _____

Fecha: _____

En caso no aceptes participar llenar también el siguiente formulario:

“Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento que sigue”.

Nombre: _____ firma: _____

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Investigador: Gustavo Adolfo Ganoza Granados.

Título: Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2DO - 3ER grado de secundaria.
Chiclayo – 2022

Propósito del estudio: El presente proyecto tiene como finalidad dar a conocer las cifras reales de alumnos de los colegios de Chiclayo de 2^{do} y 3^{er} año de secundaria que pueden padecer de Trastornos de conducta alimentaria (TCA) así como también los trastornos mentales asociados a esta enfermedad.

Procedimiento: Si usted desea que su menor hijo participe del estudio, sírvase a realizar los siguientes pasos:

1. Una vez que usted acepte firmar el consentimiento informado, a su hijo se le otorgará un asentimiento informado, con el objetivo de respetar su autonomía de ser parte del trabajo de investigación
2. Los resultados obtenidos son confidenciales y no se le otorgara información sobre los mismo a ningún padre de familia sin excepción para mantener la transparencia y ética del proyecto, considerando además que ni siquiera el propio investigador sabrá los resultados obtenidos del participante ya que las encuestas son anónimas y se trabajara en base a pseudónimos.
3. Los resultados obtenidos serán publicados en una revista de investigación científica sin revelar la identidad de ninguno de los participantes.

Riesgos del estudio: El presente estudio no prevé ningún tipo de riesgo alguno para los participantes del estudio, sin embargo, se debe aclarar que al momento de realizar las encuestas el menor puede verse identificado con algunas preguntas y se puede alterar su estabilidad emocional por la sensibilización de la situación.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar en lo absoluto por participar en el estudio, igualmente no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a la comunidad científica peruana.

Confidencialidad: El investigador guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que los identifique, los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Autorizo guardar la base de datos: SI ____ NO ____

Se contará con el permiso del comité de Ética en Investigación de la facultad de medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y de la unidad oncológica del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” cada vez que se requiera el uso de su información

Derechos del participante: Si usted se arrepiente de la decisión tomada, por favor comunicarle al investigador principal para que retire a su menor hijo de la investigación, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional no dude en hacerla llegar al encargado de la investigación.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

Consentimiento: Acepto voluntariamente que mi menor hijo participe del estudio, he comprendido en que consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir libremente aceptar o no y que puedo retirar a mi hijo de la investigación en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona o mi hijo.

Participante:

Fecha:

Nombre:

DNI:

Investigador:

Fecha:

25.- Exagero o doy demasiada importancia al peso

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

26.- Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

27.- Siento que no hago nada bien

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

28.- He llegado a comer y comer sin poder parar

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

29.- De niño/a me esforcé por no decepcionar a mis padres y maestros

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

30.- Tengo amigos/as de mucha confianza

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

31.- Me gusta la forma de mi cola

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

32.- El deseo de estar más delgado/a me preocupa

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

33.- Siento que no sé qué pasa dentro de mí

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

34.- Me cuesta expresar mis emociones a los demás

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

35.- Las exigencias de la vida adulta son excesivas

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

36.- Detesto cuando no soy el/la mejor en algo

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

37.- Me siento seguro/a de mi mismo/a

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

38.- Pienso en comer en exceso

Siempre *Casi siempre* *A menudo* *A veces* *Casi Nunca* *Nunca*

