

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN INTERNOS DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA EN EL AÑO 2017

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ESTEFANY ALCALA REVILLA

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

LIMA-PERÚ

2018

ASESOR

Dr. Juan Carrasco P errigo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los docentes que me guiaron en el proceso de este trabajo. A la Universidad por darme las herramientas para mi formación como profesional y sobre todo a mis Padres por todo el esfuerzo que hicieron para que pueda terminar esta carrera.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado primeramente a Dios por permitirme formar parte de esta carrera, a mis progenitores Marcela y Walter, que me brindaron su apoyo absoluto durante el transcurso del tiempo y a mis hermanas que siempre tuvieron una palabra de aliento para poder cumplir uno de los primeros pasos en esta carrera profesional

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB.

Materiales y métodos: El estudio fue de tipo no experimental, transversal analítico y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 142 internos de medicina humana. Se utilizó el cuestionario EAT-26, la encuesta Goldberg y el APGAR familiar para la recolección de datos. Para el análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel y SPSS versión 22, donde se aplicó estadística descriptiva e inferencial y se realizó un modelo de regresión logística,

Resultados: Del total de internos encuestados el 64,8% (n=92) fueron de sexo femenino y el 35,2% (n=50) de sexo masculino. El 55,6 % tuvieron trastorno de conducta alimentaria. El 35,2% de la población con TCA se encuentra dentro de su peso adecuado según IMC. El 35,9% presento depresión y TCA. El 47,2% presento ansiedad y TCA. El 17,6% presentaron disfunción familiar moderada. Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el IMC, ansiedad y TCA ($p < 0,05$).

Conclusiones: En el presente estudio se evidencio que existe una alta prevalencia del TCA en internos de medicina y que los factores asociados a esta población son: el IMC y la ansiedad.

Palabras clave: TCA, ansiedad, depresión, internos medicina, disfunción familiar, IMC

ABSTRACT

Objective: to determine the factors associated with the eating disorder in the medicals internship of the UPSJB.

Materials and methods: The study was non experimental, cross-sectional and retrospective. The sample consisted of 142 medicals internship. The EAT-26 questionnaire, the Goldberg survey and the family APGAR were used for data collection. For data analysis, the Microsoft Office Excel and SPSS version 22 program was used, where descriptive and inferential statistics were applied and a logistic regression model was carried out.

Results: Of the total number of medicals internship surveyed, 64.8% (n = 92) were female and 35.2% (n = 50) were male. 55.6% had eating disorder. The 35.2% of the population with TCA is within their appropriate weight according to BMI. 35.9% had depression and eating disorders. 47.2% presented anxiety and eating disorders. 17.6% presented moderate family dysfunction. Finding a statistically significant association between BMI, anxiety and eating disorders ($p < 0.05$).

Conclusions: The present study shows that there is a high prevalence of eating disorders in the interior of medicine and that the factors associated with this population are BMI and anxiety.

Key words: TCA, anxiety, depression, medicals internship, family dysfunction. BMI

PRESENTACIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de patologías psicológicas que se caracterizan por presencia de alteraciones en la ingesta de alimentos como su restricción, atracones y la preocupación de sobremanera por su apariencia física y/o peso. Dichas alteraciones se clasifican en tres categorías: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los TCA no especificados.

Los TCA se han convertido en un problema de salud pública, debido a su gran incidencia tanto en población adolescente como en adultos jóvenes; siendo más frecuente en mujeres que varones, y sobretodo porque producen alteraciones graves en el organismo que pueden llevar a la muerte. Diversos estudios han demostrado la relación de TCA con depresión, ansiedad, estrés y con mayor medida en estudiantes universitarios.

Los estudiantes universitarios se encuentran dentro de la población en riesgo para padecer esta patología debido a que las exigencias académicas son mayores a las acostumbradas e influyen en el aumento de estrés, y si bien el estrés puede jugar un rol importante dentro del desempeño académico, el no saber cómo manejarlo asociado a otras alteraciones mentales puede incrementar el riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimentaria.

Por lo que es importante un diagnóstico precoz y el estudio de los diversos factores asociados, ya que el inicio del tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico de esta patología.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESOR.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5. PROPÓSITO.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
2.2. BASE TEÓRICA.....	8
2.3. HIPÓTESIS.....	16

2.4. VARIABLES	16
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	
3.1. TIPO DE ESTUDIO	18
3.2. AREA DE ESTUDIO	18
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	18
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	20
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS.....	22
4.2. DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	40
5.2. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS.....	45

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: Características generales de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	22
TABLA N° 2: Distribución por rangos de la edad de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	22
TABLA N° 3: Distribución por sexo de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	24
TABLA N° 4: Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017 ..	25
TABLA N° 5: Presencia de depresión en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	26
TABLA N° 6: Presencia de ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	27
TABLA N° 7: Presencia de ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	28
TABLA N° 8: Relación del índice de masa corporal con trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	29
TABLA N° 9: Prueba Eta para relación de trastorno de conducta alimentaria e IMC en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	30
TABLA N° 10: Relación de presencia de trastorno de conducta alimentaria de acuerdo a sexo en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	30
TABLA N° 11: Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y sexo en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	31
TABLA N° 12: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	32

TABLA N° 13: Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	33
TABLA N° 14: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	33
TABLA N° 15: Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	34
TABLA N° 16: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	35
TABLA N° 17: Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	36
TABLA N° 18: Modelo de regresión logística para el estudio de los factores de riesgo del trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	36
TABLA N° 19: Tabla de resumen de los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: Distribución de la edad de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	23
GRÁFICO N° 2: Distribución por sexo de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	24
GRÁFICO N° 3: Prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	25
GRÁFICO N° 4: Presencia de depresión en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	26
GRÁFICO N° 5: Presencia de ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	27
GRÁFICO N° 6: Presencia de disfunción familiar en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	28
GRÁFICO N° 7: Relación del índice de masa corporal con trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	29
GRÁFICO N° 8: Relación de presencia de trastorno de conducta alimentaria de acuerdo a sexo en estudiantes de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	31
GRÁFICO N° 9: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	32
GRÁFICO N° 10: Relación del trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	34
GRÁFICO N° 11: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017	35

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Cuadro de Operacionalización de Variables	46
ANEXO N° 2: Instrumento	49
ANEXO N° 3: Validación de Instrumento – Consulta de Expertos	53
ANEXO N° 4: Confiabilidad de Instrumento - Estudio Piloto	65
ANEXO N° 5: Matriz de Consistencia	66

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad existen nuevos estándares de belleza, provocando que se hagan cambios en los hábitos alimenticios, suprimiendo ciertos alimentos, tomando dietas estrictas; incluso llegando a producirse el vómito o dejando de ingerir alimentos ⁽¹¹⁾.

A nivel mundial los TCA representan la tercera patología crónica más frecuente entre los jóvenes obteniendo una incidencia del 5% por lo que la OMS lo ha ubicado entre las alteraciones mentales de prioridad para los niños y adolescentes, debido al riesgo de salud que estas implican ⁽⁹⁾.

Siendo una patología crónica, asociado a alta comorbilidad, deterioro psicosocial, baja calidad de vida, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad e intentos suicidas. Es importante un diagnóstico temprano y una intervención a tiempo, con la presencia de un equipo multidisciplinario ⁽¹⁰⁾.

En el año 2013, el INSM publicó un estudio que evalúa los problemas de salud mental a nivel de Lima Metropolitana y Callao, donde se pone en evidencia que el 6% y el 3,7% de la población adolescente y adulta respectivamente, posee un TCA, evidenciando así un incremento de la prevalencia de esta patología en nuestro País ⁽²³⁾.

Pese a no encontrarse estudios acerca de la presencia de TCA en internos de medicina; existen estudios en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud así como en la escuela de medicina humana, demostrando que el factor depresión y ansiedad son los primordiales para desarrollar esta patología, por lo que conocer esta realidad en internos de medicina humana que se encuentran expuestos a altas cargas de estrés, es de suma importancia para elaborar estrategias de diagnóstico precoz y sociedades de ayuda para esta población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la prevalencia del Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB.?
- ¿En qué medida el Índice de Masa Corporal se relaciona con el Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB?
- ¿La presencia de depresión es un factor relacionado al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB?
- ¿Cuál es la relación entre ansiedad y el Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB?
- ¿Cómo se la presencia de disfunción familiar en internos de medicina humana de la UPSJB se relaciona con el Trastorno de Conducta Alimentaria?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el trastorno de conducta alimentaria se ha ido incrementando en los últimos años en nuestro País y siendo esta una patología crónica que se encuentra asociada a factores sociales, psicológicos, familiares y socioculturales; que al encontrarse interrelacionados pueden conllevar a diversas complicaciones médicas e incluso el suicidio y al no encontrar estudios en nuestro País que demuestren los factores asociados a este trastorno en internos de medicina humana.

El presente estudio busca proporcionar información, no solo del riesgo que existe dentro de los internos de medicina de poseer algún trastorno de conducta alimentaria sino también determinando los factores que

incrementan la posibilidad de padecer dicho trastorno para así lograr promover medidas preventivas para su detección precoz y tratamiento oportuno; y quedando como referente para futuras investigaciones.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia del Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB.
- Identificar la relación entre el Índice de Masa Corporal y la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB.
- Relacionar la presencia de depresión y el Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB.
- Demostrar la relación entre ansiedad y el Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB.
- Analizar si existe disfunción familiar en internos de medicina humana de la UPSJB que poseen Trastorno de Conducta Alimentaria.

1.5. PROPÓSITO

Estudiar los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista para que junto a un equipo multidisciplinario se desarrollen programas de prevención que identifiquen dichos factores, con la finalidad de disminuir la prevalencia de esta patología en la población en estudio y hacer de esta una evaluación anual que se logre realizar en un futuro todos los estudiantes de dicha universidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Chonlón K, et al, en su estudio “Frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque durante el año 2012”. Lambayeque-Perú, 2013.

Estudio de tipo descriptivo transversal, obtuvo como muestra 229 alumnos. Realiza una encuesta basada en el cuestionario EAT-26 donde se observa que la edad promedio fue de 19.7 años (DE 1,2 años) y se obtuvo un 1.02% de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria siendo este resultado similar a otros estudios en la misma población estudiada ⁽¹⁾.

Quispe Prieto SC, en su estudio titulado “Factores psicosociales y conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2014”. Tacna-Perú, 2014.

Estudio de tipo descriptivo, transversal, correlacional. Realiza un cuestionario a 100 estudiantes universitarios. El cuestionario se encuentra formado por dos partes: la primera parte donde se obtiene datos generales y factores psicosociales considerando la escala de Goldberg, Funcionamiento Familiar y escala de autoestima de Rosemberg y la segunda parte considera conductas de trastornos alimentarios. Obteniendo como resultados que el 87% de la población es de sexo femenino, el 1% presenta tendencia alta de padecer TCA, el 22% presenta riesgo de ansiedad y el 10% de depresión, en cuanto a funcionabilidad familiar el 2% presenta disfunción severa y un 64% disfunción moderada. No encontrando relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio ($p > 0.05$) ⁽²⁾.

Ponce Torres C, et al, en su estudio “Trastorno de conducta Alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú”. Lima-Perú, 2017

Estudio de tipo descriptivo transversal, se realiza un cuestionario a 440 estudiantes de medicina de primer año. Se utiliza como instrumento el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) de manera virtual. Observando una prevalencia de 10.1% de TCA (11.3 en mujeres y 8.6 en varones) y de estos la mayor asociación que se encontró fue el rechazo de la imagen corporal ya sea en el ambiente laboral o social, dando como conclusión que 1 de cada 10 estudiantes presenta riesgo de TCA y estos se asocian a factores familiares, sociales, laborales y otros como los medios de comunicación ⁽³⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Martínez Gonzales L, et al, realiza un estudio titulado “Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto UniHcos”. España, 2014.

Estudio de tipo descriptivo, donde se utilizó un cuestionario que estaba conformado por los siguientes aspectos: consumo de alcohol, uso de internet, actividad física, tabaco, cannabis y otras drogas, depresión y percepción de salud. Así como la valoración de los hábitos alimentarios mediante el cuestionario SCOFF. Se aplicó dicho instrumento en una población de 1306 personas siendo 73% mujeres, se evidencia una prevalencia de 19.5% de riesgo de TCA en estas. Siendo asociado mayormente a carreras pertenecientes a ciencias de la salud y uso de internet.

En las mujeres se evidencio que el haber padecido de depresión durante su vida fue mayor en aquellas que presentaban riesgo de TCA en comparación con las que no presentaban riesgo de TCA, lo que no se observó en la población masculina con una OR de 2.02 ($p < 0.002$) ⁽⁴⁾.

Baader Tomas M, et al, en su estudio “Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados” Chile, 2014.

Es un estudio de tipo descriptivo, transversal que tiene como muestra a 804 estudiantes de pregrado, quienes respondieron a un cuestionario donde se incluyó para estudiar depresión la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9), para lo que es el riesgo de suicidio se utilizó la escala de desesperanza de Beck (HBS), para los trastornos bipolares el cuestionario Mood Disorder Questionnaire (MDQ), para el consumo de alcohol y drogas las encuestas DEP-ADO y AUDIT, y para conocer si presenta o no trastorno de la conducta alimentaria la escala Eating Disorder Diagnostic (EDDS) y Restrain Scale (RS). Obteniendo como resultados lo siguiente que un 22% de la población sufre de depresión, 10.4% posee trastorno bipolar, 5.3% tiene riesgo moderado a severo de cometer suicidio, 24.2% poseen problemas con el consumo de alcohol y 15.3% posee algún tipo de trastorno en la alimentación, al asociar las variables se evidencia que los que presentan depresión tienen mayor riesgo de desarrollar TCA con un $\chi^2 = 9549$ y $p < 0.05$ ⁽⁵⁾.

Saucedo Molina TJ, et al, realiza un estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses”. México, 2015.

Estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal y correlacional. Se obtuvo como muestra 774 estudiantes universitarios siendo el 67% mujeres y 33% varones, donde el rango de edad fue de 18 a 25 años. Para este estudio se utilizó la escala de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios (EFRATA), el cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), el cuestionario breve para conductas alimentarias de riesgo (CBCAR), las actitudes hacia la figura corporal, factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios para púberes (FRATAP) y la insatisfacción mediante una escala de nueve figuras. Obteniendo como resultados la media de IMC fue de 23.9 (23.4 en mujeres y 24.4 en varones). La prevalencia de desnutrición fue de 2% y 4.2% para bajo peso. 3% presento riesgo de tener un trastorno de conducta alimentaria y 9.2% había interiorizado la figura delgada como ideal. Obteniendo como resultado final

que las mujeres con sobrepeso y los hombres con obesidad fueron los que presentaron mayor prevalencia de TCA. Al realizar la correlación de Pearson para IMC y TAC se obtuvo una correlación significativa de 0.211 ($P < 0.01$) y 0.345 ($P < 0.01$) para hombres y mujeres respectivamente ⁽⁶⁾.

Wei-wei C, et al, en su estudio “Trastornos subclínicos de la alimentación en mujeres estudiantes de medicina en Anhui, China: Un estudio transversal” China, 2015.

Estudio de tipo transversal que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de TCA y los posibles factores asociados como síntomas depresivos, ansiedad e IMC. Para ellos se utilizó como muestra un total de 1135 estudiantes, el rango de edad fue de 17 a 25 años con un IMC promedio de 19.9. El 73.1% tenían un peso normal, el 23.9% bajo peso y 3% sobrepeso. De toda la población estudiada el 2.27% presento alto riesgo de presentar un trastorno alimenticio. Así mismo se estudió la relación entre ansiedad, depresión y TCA siendo está altamente fuerte ($P < 0.001$). Concluyendo que dentro de la población china la presencia de depresión ansiedad y un IMC no adecuado (sobrepeso u obesidad) existe riesgo alto de presentar algún trastorno de conducta alimentaria ⁽⁷⁾.

Chiroy Santos RG, en su estudio “Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Universidad Rafael Landivar Campus Central, Guatemala, junio 2017”. Guatemala, 2017. Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. Para el presente estudio se obtuvo una muestra de 1117 estudiantes a quienes se les aplico de manera individual es para la ansiedad (Hamilton Scale), para la depresión (Beck depression test) y para trastornos alimenticios (Eating Attitudes Test). Obteniendo como resultados que el 62.8% de la población es de sexo femenino y un 37.2% sexo masculino. La media de edad en dicha población fue de 20.6 años. El 40.4% de la población posee algún nivel de ansiedad y dentro de ellos el 31.9% son de ciencias de la salud. El 21.8% presenta algún grado de depresión siendo el 23.8% solo para ciencias de la salud. El

15.8% de la población general posee algún trastorno de alimentación y de la población perteneciente a la facultad de ciencias de la salud el 23.3% posee algún trastorno alimenticio. Siendo la relación entre depresión, ansiedad y TCA de 12.1% y 2.4% respectivamente ⁽⁸⁾.

2.2. BASE TEÓRICA

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como problemas específicos y complejos en el consumo de los alimentos, estas se presentan en personas que tienen patrones alterados en el forma de comer y que se caracterizan, ya sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; esto debido a un impulso psíquico y no necesariamente a un requerimiento metabólico o biológico. Este conjunto de enfermedades es amplio y se ve asociado a una serie de patologías que, aunque comparten ciertas características, varían notablemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar de los diversos medios que se han buscado utilizar en las últimas décadas para lograr comprender el origen específico de esta patología, aún no ha podido ser descubierto. Siendo los dos tipos principales de trastorno de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa ⁽¹²⁾.

Estos trastornos se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino y en su mayoría se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen estudios donde aparecen en la infancia o en la vida adulta. Estas patologías, que se caracterizan por presentarse a lo largo de la vida de las personas y ser muy frecuente su recaída, esto provoca diversas cambios en el ámbito psicosocial de los afectados y no solo involucra a quien padece dicho trastorno sino también a su familia, además de presentar alto riesgo de suicidio.

Esta patología se ha visto fuertemente asociada a otras alteraciones como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, siendo este un problema social de suma importancia, ya que pueden

comprometer el estado de salud de las personas que lo padecen y poner en riesgo su vida ⁽¹²⁾.

Su alta prevalencia lo convierte en un problema psiquiátrico que provoca un alto impacto en la salud pública, no solo por los problemas médicos y psicológicos que esto conlleva sino también por los altos costos que implica el manejo de esta patología ⁽¹²⁾.

Algunos estudios demuestran que la incidencia máxima de TCA se da dentro del rango de 15 a 25 años. Dentro de los factores sociodemográficos que se relacionan con dicho trastorno se encuentran el sexo, la edad, el ser hijo único, una familia monoparental y la muerte de algún pariente en primer grado principalmente madre o padre. Estos a su vez presentan mayor riesgo de poseer un trastorno afectivo, siendo la depresión el más frecuente en esta población. Existe población específica con mayor probabilidad de desarrollar este trastorno dentro de ellos se tiene a atletas, modelos, deportistas, pacientes con antecedentes familiares de TCA u obesidad durante la infancia, abuso sexual, maltrato, depresión y alexitimia ⁽¹⁶⁾.

No existe consenso alguno acerca de cómo definir y/o clasificar a este trastorno debido a que resulta difícil desvincular los síntomas y conductas asociadas en cada clasificación de TCA ya que muchas de ellas se encuentran en los diferentes tipos de trastorno no siendo específico de uno de ellos. Por lo que con fines de estudio se utiliza una de las dos clasificaciones aceptadas internacionalmente dentro de ellas se tiene al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE-10); donde se describen los tres tipos principales de TCA: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE, según DSM-V) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10). Estas clasificaciones se basan en el grado de desviación del peso normal, el tipo de patrón alimenticio y las formas que utilizan estas personas para lograr controlar su peso ⁽¹⁷⁾.

ANOREXIA NERVIOSA

Anorexia que etimológicamente significa “falta de apetito”, siendo un término frecuentemente utilizado para describir un síntoma presente en diversas patologías y trastornos. Sin embargo al referirnos a la anorexia nerviosa nos hallamos ante un trastorno psiquiátrico grave que no se debe a una falta de apetito como el término parece sugerir ⁽¹⁰⁾.

Los pacientes presentan un peso inferior al normal. En el caso de los pacientes con Anorexia Nerviosa más jóvenes, éstos probablemente no han perdido peso, pero pueden pesar menos de lo esperado para su altura. Esta pérdida ponderal es en gran parte el resultado de la restricción persistente y grave de la cantidad y calidad de alimentos que comen ⁽¹³⁾.

Además de estrictas normas dietéticas, algunos pacientes se involucran en la realización de ejercicio físico compulsivamente, lo que contribuye aún más a su bajo peso corporal, algunos se purgan con vómitos autoinducidos, diuréticos o tomando laxantes, especialmente los que experimentan episodios de descontrol en la ingesta de alimentos, aunque a menudo la cantidad consumida no es objetivamente grande ⁽¹⁴⁾.

A pesar del bajo peso sienten un gran temor a ganar peso y/o volverse obesos y tienen alterada la percepción de su imagen corporal en la forma en que perciben su propio peso o constitución corporal. La evaluación que cada persona se realiza está altamente influida por el peso y/o la constitución y también puede existir una falta de reconocimiento de manera persistente del bajo peso corporal o la gravedad del mismo ⁽¹³⁾.

Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa DSM V

- A. Disminución de la ingesta de alimentos basada en la relación con la necesidad energética base, lo que provoca una disminución del peso corporal por debajo de los límites normales (en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado) acorde a su edad, sexo y salud física.
- B. Fobia a incrementar de peso o presencia de actitudes y/o acciones persistentes para interferir con el incremento de peso, estando incluso dentro de un peso fuera de los rangos esperados (bajo peso).

C. Alteración en la percepción de su peso y/o constitución, al autoevaluarse no se reconoce de manera adecuada la constitución corporal y no se tiene conciencia del problema grave que general el tener un peso por debajo del límite normal ⁽⁹⁾.

Definir el tipo:

Tipo restrictivo: En el último trimestre, el paciente no ha presentado eventos frecuentes de vómitos inducidos o uso no adecuado de laxantes, diuréticos o enemas todo esto conocido como atracones o purgas respectivamente. Por lo que este tipo se caracteriza por la pérdida de peso asociada en su mayoría a dieta, periodos de ayuno y/o desmesurado ejercicio ⁽¹¹⁾.

Tipo con atracones/purgas: En el último trimestre, el paciente ha presentado eventos frecuentes de vómitos inducidos o uso no adecuado de laxantes, diuréticos o enemas todo esto conocido como atracones o purgas respectivamente ⁽¹¹⁾.

BULIMIA NERVIOSA

Literalmente bulimia tiene como significado tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Siendo esta la característica principal para diagnóstico de esta patología, lo que se conoce como “atracones” ⁽¹⁶⁾.

Estudios muestran que esta patología es la más frecuente dentro de los trastornos de conducta alimentaria estimándose una prevalencia de 1 a 2% en la población juvenil de sexo femenino siendo la edad de aparición entre 15 y 18 años ⁽¹⁶⁾.

En comparación con aquellos que tienen anorexia nerviosa, los que padecen de bulimia suelen mantener su peso dentro de lo habitual, esto debido a que los métodos purgativo que utilizan no son efectivos. Por lo que convierte a esta característica como uno de las diferencias entre ambas patologías. Así mismo se evidencia que aquellas que padecen bulimia suelen buscar ayuda más rápidamente debido a que su falta de control al momento de comer les genera vergüenza. Pese a todas estas características, el diagnóstico suele

ser tardío debido a que a un inicio se busca ocultar dicho trastorno haciendo que los que lo rodean no logren sospechar de alteración alguna ⁽¹¹⁾.

Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa DSM-V

- A. Presencia de atracones recurrentes. Este evento se caracteriza por las siguientes características
 - Comer en un tiempo establecido (por ejemplo dentro de un plazo de dos horas) una suma de alimentos excesivos para el requerimiento personal siendo algo que cualquier persona en un momento parecido no podría consumir.
 - Sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Acciones a forma de compensación no adecuada, repetitiva para evitar el incremento de peso como lo son en vomito autoinducido, el abuso de laxantes, diuréticos o cualquier otro fármaco, ayuno o ejercicio extenuante.
- C. La presencia de atracones y acciones en forma de compensación no adecuada se realizan por lo menos una vez en la semana durante tres meses.
- D. La evaluación personal se encuentra mal influenciada por la constitución y el peso corporal.
- E. Estas alteraciones no se producen solo cuando se presentan los episodios de anorexia nerviosa ⁽¹¹⁾.

TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO

La categoría de TANE se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos reconocidos en el DSM-IV-TR ⁽¹⁸⁾.

Para lograr el diagnóstico de este tipo de trastorno tiene que existir sintomatología significativa, así como se debe de dar a conocer cuál de los criterios de los otros trastornos no se cumple. Siendo conocido también

como “trastorno alimentario sub-clínico”, debido a que muchos de los que se encuentran incluidos dentro de este trastorno suelen presentar sintomatología y/o perfil conductual de anorexia o bulimia, sin llegar a cumplir todos los criterios que dichas patologías requieren para su diagnóstico. Debido a que presenta diversas características suele ser el trastorno con mayor prevalencia de hasta 60% en centros ambulatorios ⁽¹⁸⁾.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Se relaciona a algunas características de la conformación del grupo familiar como factores que incrementan el riesgo para desarrollar anorexia nerviosa y bulimia. En diversas ocasiones la pobre comunicación familiar tiende a incrementar el riesgo de los hijos desarrollen algún tipo de trastorno de conducta alimentaria. Al comparar el rol familiar en aquellas que poseen un hijo con trastorno de conducta alimentaria, se evidencio que las madres percibían al desempeño familiar como bueno y no perjudicial, siendo los hijos los que diferían de esta percepción. La capacidad que tiene la familia de enfrentar problemas ya sea asumir conflictos y adoptar actitudes de comprensión puede ayudar a modificar patrones conductuales y emocionales de esta patología ⁽¹⁷⁾.

Dentro de los estudios realizados en estudiantes universitarios sobre el ambiente familiar se evidencia que mientras mayor sea la presencia de disfunción familiar, aumenta en mayor medida la presencia de trastorno de la conducta alimentaria, convirtiendo a la disfunción familiar en un factor de riesgo importante para desarrollar TCA ⁽¹⁷⁾.

DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

En diversos estudios se demuestra que existe una relación muy estrecha entre la depresión y los TCA. Ambas comparten ciertas características como: alteraciones en los niveles de serotonina, distorsiones cognitivas, falta de habilidades sociales y aislamiento, locus de control externo y sentido de ineficacia personal y desesperanza. En el estudio de Casper, se evidencia

que la relación de depresión es mayor en pacientes con bulimia a diferencia de aquellos con anorexia nerviosa, observando a la depresión como un síntoma mas no como un factor de riesgo. No todos los resultados presentes en diversas investigaciones concluyen la relación que existe entre depresión y TCA, y si esta es causa o efecto de dicha patología, pero en lo que se concluye es que aquellos pacientes que presenten TCA cursan o cursaron con depresión ⁽¹⁹⁾.

ANSIEDAD Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La relación de la ansiedad con los TCA al igual que con la depresión aún no se encuentra del todo establecida, pero se tiene claro que aquella persona que presente un trastorno de conducta alimentaria tiene alto riesgo de también poseer ansiedad y viceversa.

En algunos estudios se evidencia que aquellos pacientes con diagnóstico de TCA, la presencia de ansiedad se habría iniciado durante la infancia, afianzando así la probabilidad que se toma a la ansiedad como un factor para incrementar el riesgo para desarrollar TCA con los años.

Asimismo se realizó estudios acerca del papel de la ansiedad como indicador de buen pronóstico durante el tratamiento de los TCA, evidenciando que en aquellos pacientes que no se observaba mejoría luego del tratamiento recibido había un incremento en los niveles de ansiedad ⁽¹⁸⁾.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La medida del índice de masa corporal (IMC) es uno de los indicadores de nutrición más utilizados debido a la practicidad de este para aplicarlo.

Su relación con la presencia de trastorno de conducta alimentaria es alta y se demuestra en diversos estudios que el encontrarse en rangos de obesidad o sobrepeso aleja a estos pacientes de su "figura ideal" y debido a que los medios de comunicación y los patrones de belleza que son transmitidos mediante ellos marcan un prototipo de persona, aquellos que

padecen TCA se encuentran estigmatizados, causando modificaciones en sus hábitos buscando la disminución de peso corporal ⁽¹⁹⁾.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS TCA

Los trastornos de conducta alimentaria se encuentran asociados a una variedad de síntomas y signos que junto a las complicaciones que estas pueden presentar suelen conducir a un desenlace final de quienes lo padecen por lo que realizar un diagnóstico con prontitud sería de vital importancia para así lograr establecer programas que cuenten con estrategias preventivas e iniciar el tratamiento correcto.

Existen diversas alteraciones en la conducta y la forma de percibir los síntomas que hacen que el llegar a un diagnóstico por el médico que lo recibe en primera instancia suele ser dificultoso alejando la posibilidad diagnóstica de un trastorno de conducta alimentaria precoz. Siendo estos una dieta estricta asociada a una baja ponderal y dificultad para ganar peso, realizar ejercicio físico en exceso, poseer antecedentes de haber presentados dichos trastornos, amenorrea o aislamiento social asociado a realizar dietas ⁽¹⁰⁾.

Dentro de las alteraciones que pueden asociarse a un trastorno del comportamiento alimentario no diagnosticado se encuentran:

a. Somáticas

- Disminución del crecimiento
- Variación notoria en el peso
- Falta de capacidad para ganar peso
- Cansancio marcado
- Estreñimiento o diarrea
- Mayor tendencia a sufrir fracturas
- Retraso de la inicio de la menstruación
- Hipopotasemia, hiperfosfatemia, acidosis o alcalosis metabólica o niveles altos de amilasa

b. Conductuales

- Cambios en la forma de alimentarse
- Se les hace difícil comer en lugares públicos
- No aceptar tener un peso alto
- Depresión
- Aislamiento social
- Conductas engañosas o reservadas
- Ausentismo escolar o laboral
- Uso de sustancias ilegales en exceso
- Ejercicio excesivo

2.3. HIPÓTESIS

Si existen factores asociados a la presencia de trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la UPSJB durante el año 2017

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Trastorno de Conducta Alimentaria

2.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo
- IMC
- Depresión
- Ansiedad
- Disfunción Familiar

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Trastorno de Conducta Alimentaria: Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de cambios severos en la ingesta de los

alimentos, en aquellas personas que presentan formas distorsionadas a la hora de comer en respuesta a un impulso psíquico. Dentro de esta están comprendidos la anorexia, la bulimia y otros TCA no especificados.

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona medido en el número de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- Sexo: Conjunto de características físicas y biológicas que hacen diferentes a mujeres y hombres. Según sexo biológico de pertenencia.
- IMC: Es una medida que asocia la relación entre masa y talla. Se mide con la formula $\text{Peso} / (\text{Talla})^2$ donde bajo peso es menor a 18.5, peso normal es entre 18.5 y 25, sobrepeso es mayor a 25 y obesidad mayor a 30.
- Depresión: Estado mental que se caracteriza por la dificultad de responder a incentivos generales o particulares, animo bajo y presencia de ideas negativas de desprecio a su propia persona; también se define como cambios de humor o capacidad de sentir, que se ve acompañada de alteraciones a nivel general en las actividades de la persona.
- Ansiedad: Alteración específicamente afectiva. Se trata de un sentimiento, de un estado relativo o de una sensación propia, que se puede calificar como emoción. Esta se manifiesta como un momento de presión y temor persistente que es causado por momentos específicos o inespecíficos.
- Disfunción Familiar: Se refiere a la presencia de conflictos dentro de una familia acompañada de malas conductas y en múltiples ocasiones excesos por parte de las personas que conforman el círculo familiar siendo frecuentes, lo que produce una cierta costumbre en los miembros de la familia.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio no experimental, transversal analítico y retrospectivo

No experimental, debido a que no se manipulara las variables del estudio.

Es de carácter transversal analítico, en la que se determina la prevalencia y mide la asociación entre el trastorno de conducta alimentaria y las variables que pueden causar dicho trastorno; datos tomados en un solo tiempo.

Retrospectivo, dado que los datos fueron tomados durante el año 2017

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Universidad Privada San Juan Bautista

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio utilizo un muestreo probabilístico, aleatorio simple de todos los estudiantes de la facultad de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista que realizaron el internado durante el año 2017.

Criterios de inclusión

- Estudiantes de la facultad de medicina humana que realizaron el internado durante el año 2017

Criterios de exclusión

- Estudiantes de otras facultades
- Estudiantes que no pertenezcan al año de internado 2017

Para el presente estudio se utilizará una población finita que será 225 y para el tamaño de muestra se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N= 225

$Z_{\alpha} = (1.96)^2$

p= Proporción esperada: 0.5

$$q = (1-p) = (1-0.5) = 0.5$$

$$d^2 = \text{Precisión: } 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{225 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (225 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 142.13$$

$$n = 142$$

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observacional directa mediante el uso de una encuesta conformada por:

Cuestionario EAT-26 para el diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria validado en 2014 en el estudio de Gustavo A. Constain, obteniendo un alfa de cronbach de 92.1%. Este cuestionario consta de 26 preguntas cada una con 6 alternativas dichas alternativas se puntúan de 3,2,1,0,0,0 a excepción de la pregunta número 25 que tiene una puntuación opuesta 0,0,0,1,2,3. Obteniendo como resultado positivo si la sumatoria de toda la puntuaciones mayor a 20 ⁽²²⁾.

La escala de Goldberg para el diagnóstico de depresión y ansiedad validado en 1993 en el estudio de A. Retolaza Balsategui donde se estudió como prueba de detección, como detector de cantidad de población psiquiátrica real y como indicador de severidad clínica. Obteniendo una sensibilidad de 83% y especificidad de 82% como test de screening. No debiendo ser usado como detector de morbilidad ni como indicador de severidad.

Esta escala cuenta con 4 preguntas para realizar despistaje y comprobar si existe una posibilidad de poseer trastorno mental y otros 5 preguntas que se realizan solo en caso se obtenga respuestas positivas: mayor o igual a 2 para la escala de ansiedad y mayor o igual a 1, en la escala de depresión. Tomando como un test de goldberg positivo para ansiedad un puntaje ≥ 4 y ≥ 2 para depresión ⁽²⁰⁾.

El APGAR Familiar para evaluar disfunción familiar cuestionario validado en 1996 en el estudio de J. A. Bellon Saameño obteniendo un alfa de Crombach de 0.84 sin evidenciar aumento de este al extraer algún ítem de la escala, concluyendo que este cuestionario es válido y fiable

Dicho cuestionario se encuentra formado por 5 preguntas con 5 opciones de respuesta cada una con un valor que va del 0-4. Obteniendo como resultado la sumatoria de todas las respuestas indicando como normal de 17-20 puntos, disfunción leve 16 -13 puntos, disfunción moderada de 12-10 puntos y disfunción severa ≤ 9 ⁽¹⁹⁾.

También se utilizara la recolección de datos básicos como sexo, edad, talla, peso que ayudaran con el presente estudio.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente estudio se elaboró el instrumento de recolección de datos, un cuestionario que incluye datos básicos como edad, sexo, talla y peso, así como cuestionarios validados en estudios previos. Dentro de estos se encuentran el cuestionario EAT-26, la encuesta Goldberg y el APGAR familiar.

Para la recolección de los datos:

Primero, se presentó el proyecto de tesis a la facultad de ciencias de la salud para la realización de las encuestas en las instalaciones de la universidad, una vez obtenido el permiso por el decano de la facultad; se verifico la población a estudiar y se aplicó la formula estadística para definir el tamaño muestral.

Segundo, se informó a cada estudiante acerca del presente estudio y se aplicó la encuesta resolviendo las dudas para la correcta resolución del cuestionario.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida se tabulo en base de datos de Microsoft Office Excel y también a través del Programa Estadístico SPSS v22.0

La información recopilada se tabulará para el posterior análisis utilizando herramientas estadísticas, donde se aplicó la estadística descriptiva e inferencial. En la parte descriptiva se presentan tablas y gráficos considerando una y dos variables para el análisis.

En el caso de las variables cualitativas se presentó la información en porcentajes, en el caso de las variables cuantitativas se presentó con las medidas estadísticas como media y desviación estándar.

En la parte inferencial se utilizó diversas medidas estadísticas para establecer la correlación entre dos variables, se usó chi cuadrado para variables medidas en escala nominal y la estadística eta cuando se tiene una variable nominal y otra variable medida en escala de intervalos.

Para responder el objetivo general se aplicó un modelo de regresión logístico donde la variable respuesta es la presencia o ausencia del TCA y las variables independientes son la edad, ansiedad, depresión, el IMC y riesgo familiar.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1

Características generales de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Total de estudiantes: 142	Edad de Estudiantes	Talla en cm	Peso en kg
Media	26,01	1,62	63,14
Desviación estándar	2,24	0,7	8,62

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°1, se observa la edad media de los internos de medicina humana fue de 26 años (DE: 2.24), la talla media fue de 1,62 (DE: 0.7) y el peso promedio fue de 63,14 kg (DE: 8.62).

TABLA N° 2

Distribución por rangos de la edad de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Rangos de edad	Frecuencia	%
23-26	82	57,7
27-30	56	39,4
31-33	4	2,8
Total	142	100,0

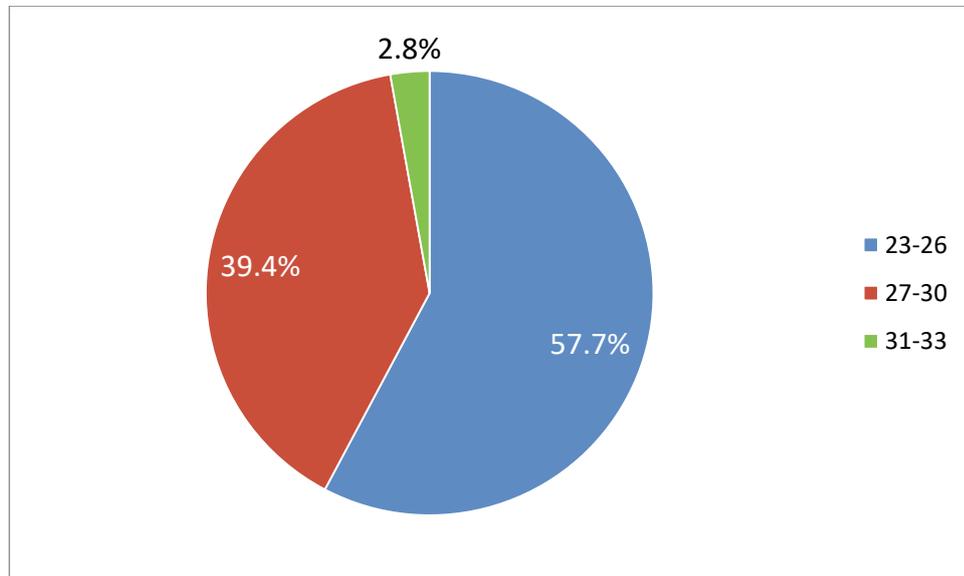
Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°2, se observa que el rango de edades de los internos de medicina encuestados (N=142) varió desde los 23 hasta los 33 años. Forman el rango de 23 a 26 años, 82 encuestados; 27 a 30 años, 56 encuestados y 31 a 33 años, 4 encuestados.

GRÁFICO N° 1

Distribución de la edad de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En el Gráfico N°1, se observa que el rango de edades de los internos de medicina encuestados (N=142) varió desde los 23 hasta los 33 años. Siendo el rango con mayor frecuencia de 23 a 26 años (N=82) con un 57,7% del total de encuestados.

TABLA N° 3

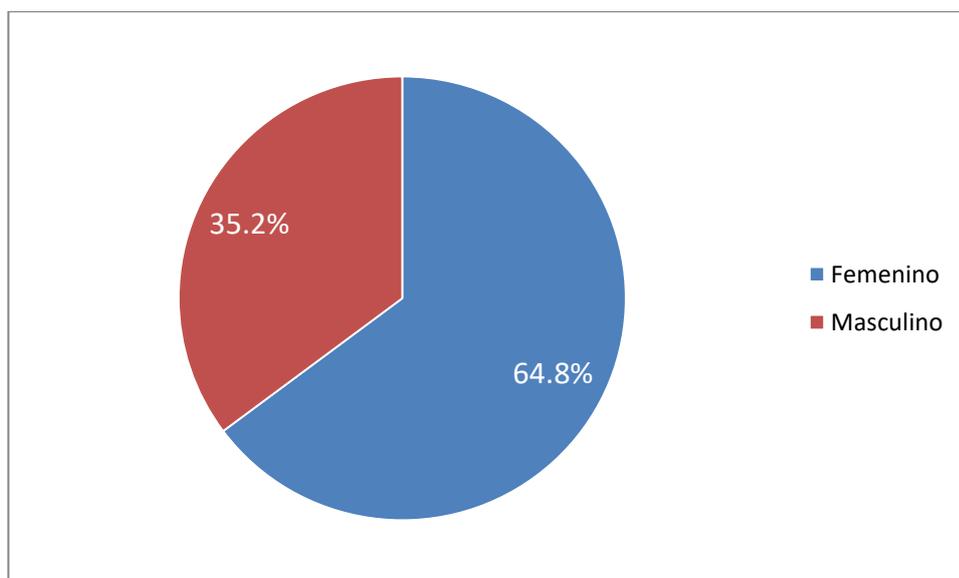
Distribución por sexo de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	92	64,8
Masculino	50	35,2
Total	142	100,0

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 2

Distribución por sexo de los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°3 y Gráfico N°2, se observa que del total de internos de medicina encuestados el 64,8% (N=92) es de sexo femenino y el 35,2% (N=50) de sexo masculino.

TABLA N° 4

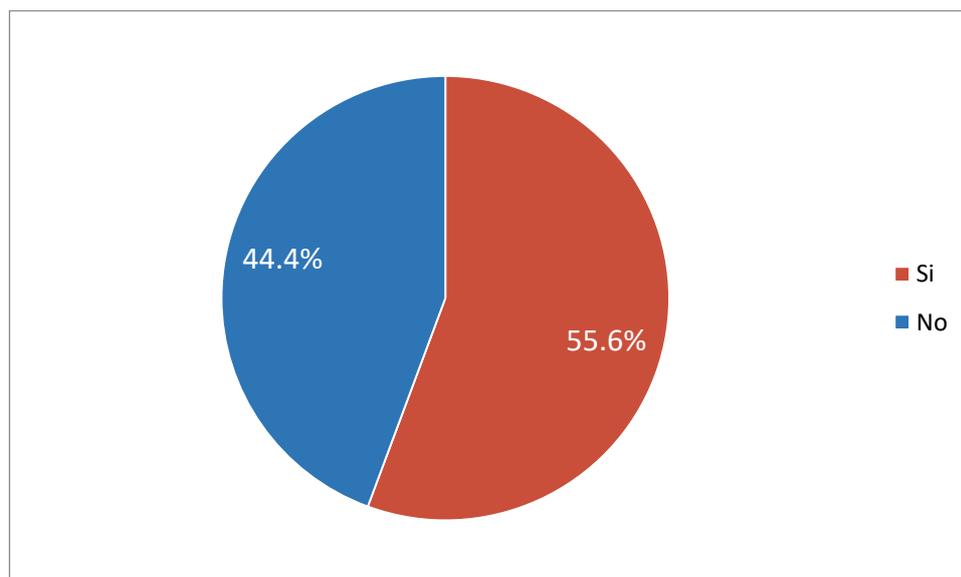
Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Trastorno de Conducta Alimentaria	Frecuencia	%
Si	79	55.6
No	63	44.4
Total	142	100

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 3

Prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°4 y Gráfico N°3, se observa que del total de internos de medicina encuestados el 55,6 % (N=79) tiene riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria. Esto en base a la encuesta EAT 26 cuya suma de puntuación da como positivo si es mayor a 20.

TABLA N° 5

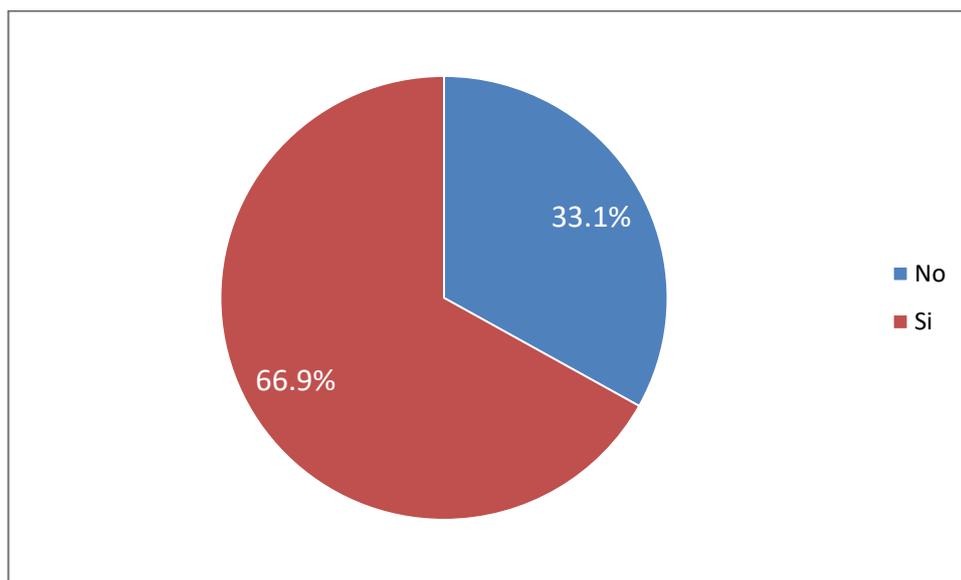
Presencia de depresión en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Depresión	Frecuencia	%
Si	95	66.9
No	47	33.1
Total	142	100,0

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 4

Presencia de depresión en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°5 y el Gráfico N°4, se observa que del total de internos encuestados el 66,9% (N= 95) presenta riesgo de tener depresión. Basado en el cuestionario Goldberg.

TABLA N° 6

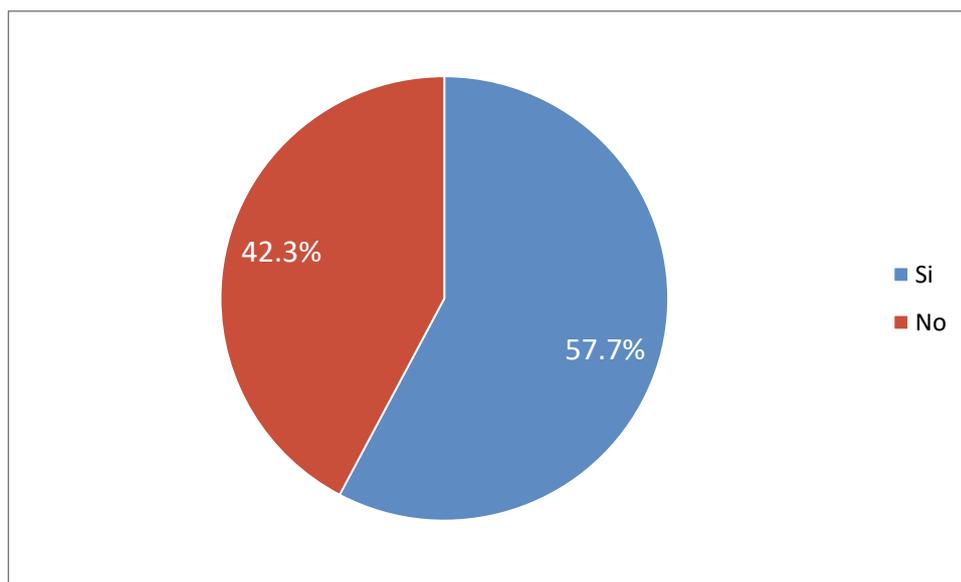
Presencia de ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Ansiedad	Frecuencia	%
Si	82	57.7
No	60	42.3
Total	142	100.0

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 5

Presencia de ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 6 y el Gráfico N°5, se observa que del total de internos encuestados el 57.7% (N=82) presenta riesgo de tener ansiedad. Basado en el cuestionario Goldberg.

TABLA N° 7

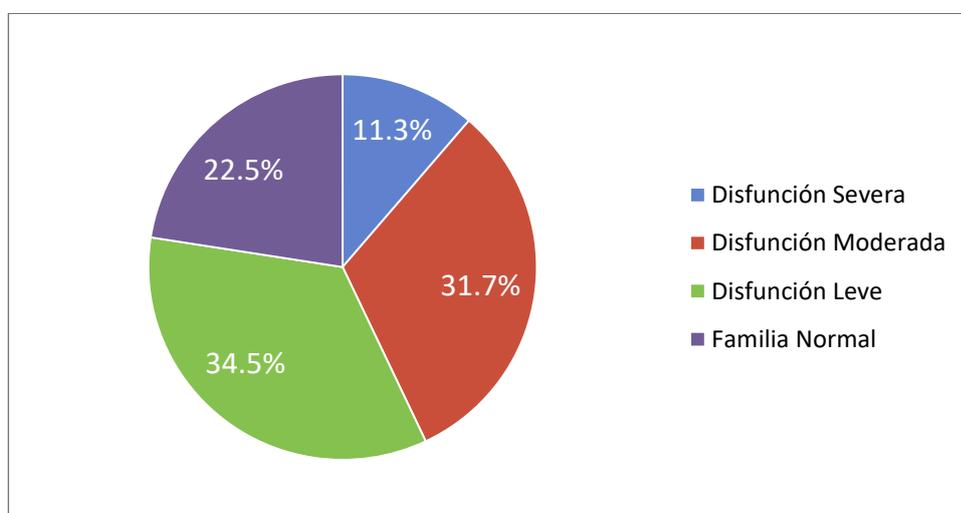
Presencia de disfunción familiar en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Disfunción Familiar	Frecuencia	%
Disfunción Severa	16	11,3
Disfunción Moderada	45	31,7
Disfunción Leve	49	34,5
Familia Normal	32	22,5
Total	142	100,0

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 6

Presencia de disfunción familiar en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°7 y Gráfico N°6, se observa que del total de internos encuestados el 22,5 % (N=32) tiene una familia normal, el 34,5% (N=49) presenta disfunción leve, el 31,7% (N=45) disfunción moderada y el 11,3 % (N=16) tiene severa disfunción familiar.

TABLA N° 8

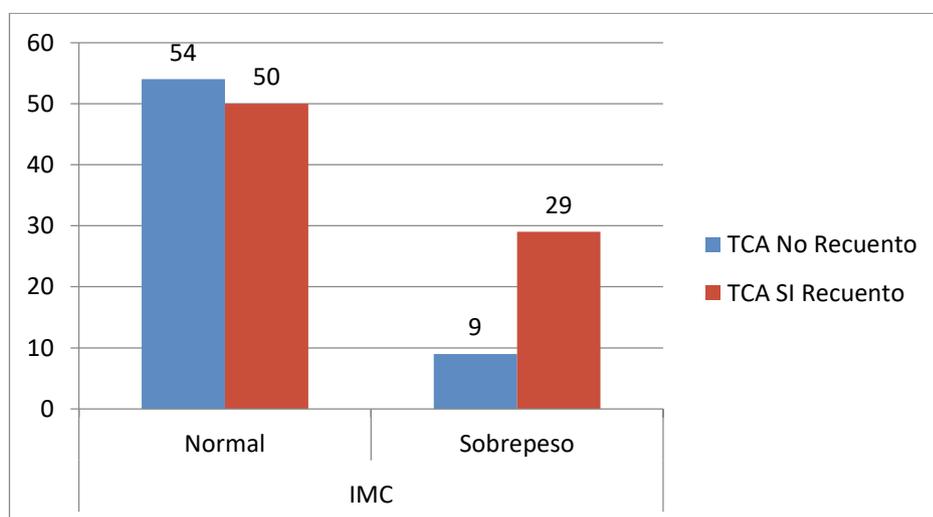
Relación del índice de masa corporal con trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

		IMC		Total	
		Normal	Sobrepeso		
TCA	No	Recuento	54	9	63
		% del total	38,0%	6,3%	44,4%
	SI	Recuento	50	29	79
		% del total	35,2%	20,4%	55,6%
Total		Recuento	104	38	142
		% del total	73,2%	26,8%	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 7

Relación del índice de masa corporal con trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°8 y Gráfico N°7, se observa que del total de internos que presentan trastorno de conducta alimentaria, el 35,2% (N=50) tiene peso normal y el 20,4% (N=29) cursa con sobrepeso.

TABLA N° 9

Prueba Eta para relación de trastorno de conducta alimentaria e IMC en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

			Valor
Nominal por intervalo	Eta	TCA dependiente	,252
		IMC dependiente	,252

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°9, se observa el valor de *Eta*, medida de asociación cuyo valor siempre está comprendido entre 0 y 1. El valor 0 indica que no hay asociación entre las variables de fila y de columna. Los valores cercanos a 1 indican que hay gran relación entre las variables. En la tabla se evidencia que existe una moderada relación entre las variables de estudio.

TABLA N° 10

Relación de presencia de trastorno de conducta alimentaria de acuerdo a sexo en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

			Sexo		Total
			F	M	
TCA	No	Recuento	46	17	63
		% del total	32,4%	12,0%	44,4%
	SI	Recuento	46	33	79
		% del total	32,4%	23,2%	55,6%
Total	Recuento		92	50	142
	% del total		64,8%	35,2%	100,0%

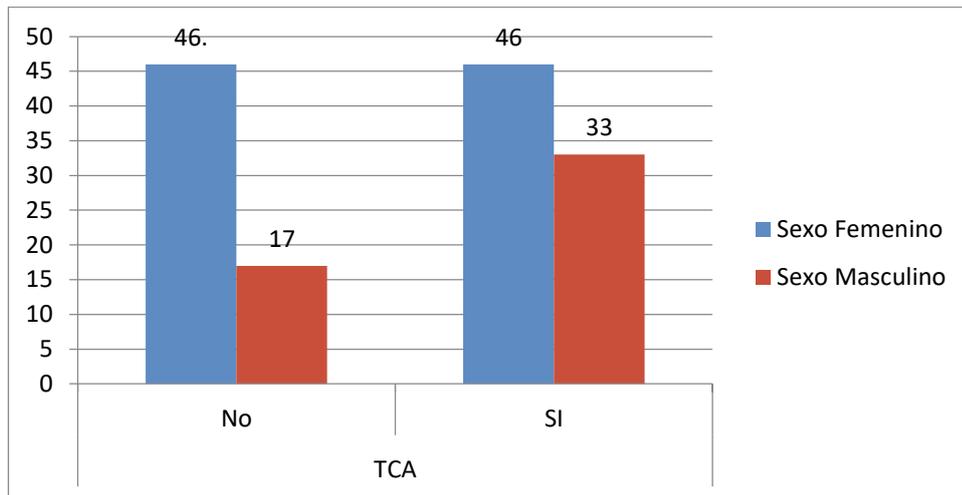
Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°10, se observa que del total de internos que presentan algún trastorno de conducta alimentaria el 32,4% (N=46) es de sexo femenino y el 23.2% (N=33) de sexo masculino.

GRÁFICO N° 8

Relación de presencia de trastorno de conducta alimentaria de acuerdo a sexo en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

TABLA N° 11

Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y sexo en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,360	1	,067
Corrección de continuidad	2,743	1	,098
N de casos válidos	142		

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En el Gráfico N°8, se observa que del total de internos que presentan algún trastorno de conducta alimentaria el 32.4% (N=46) es de sexo; y en la Tabla N°11, se observa que la significancia es mayor a 0,05, por lo tanto no existe relación entre sexo y el trastorno de conducta alimentaria.

TABLA N° 12

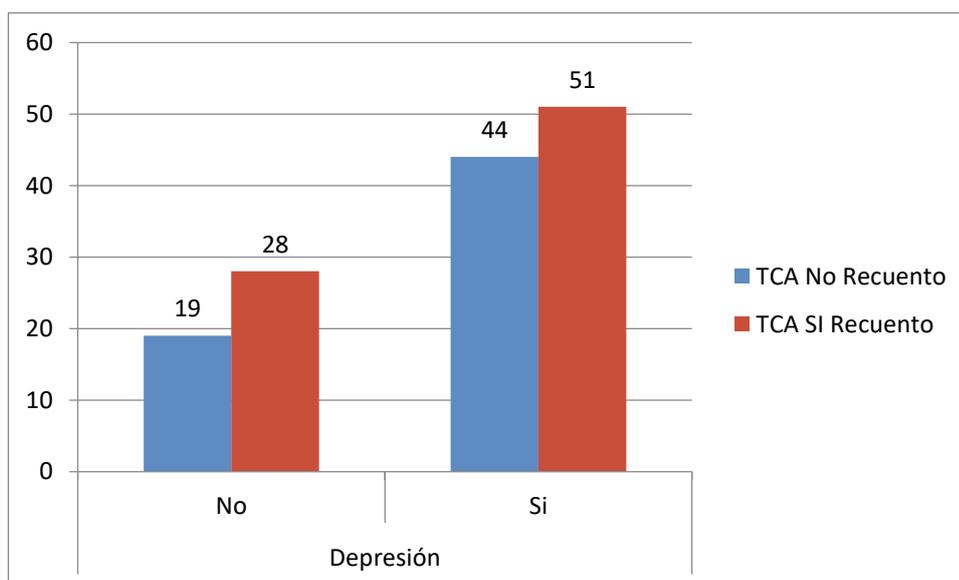
Relación entre trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

			Depresión		Total
			No	Si	
TCA	No	Recuento	19	44	63
		% del total	13,4%	31,0%	44,4%
	SI	Recuento	28	51	79
		% del total	19,7%	35,9%	55,6%
Total		Recuento	47	95	142
		% del total	33,1%	66,9%	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 9

Relación entre trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 12 y Gráfico N°9, se muestra que del total de internos encuestados que presentan algún trastorno de conducta alimentaria, el 35,9% (N=51) también tiene depresión.

TABLA N° 13

Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y depresión en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,442	1	,506
Corrección de continuidad	,236	1	,627
N de casos válidos	142		

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°13 se observa que la significancia no es menor a 0,05, por lo tanto no existe relación entre depresión y el trastorno de conducta alimentaria en los internos de medicina.

TABLA N° 14

Relación entre trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

		Ansiedad			
		No	Si	Total	
Trastorno de conducta alimentaria	No	Recuento	48	15	63
		% del total	33.8%	10.6%	44.4%
	SI	Recuento	12	67	79
		% del total	8.5%	47.2%	55.6%
Total		Recuento	60	82	142
		% del total	42.3%	57.7%	100.0%

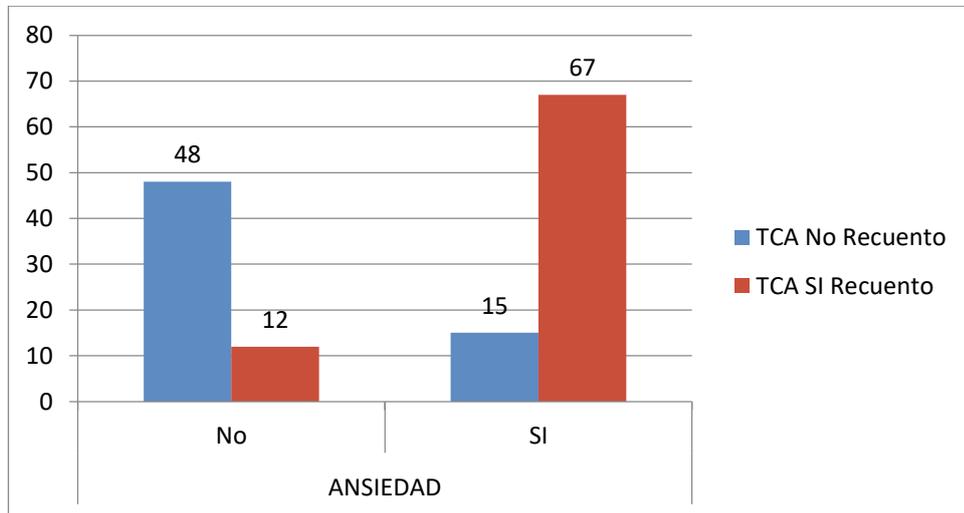
Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 14, se muestra que del total de internos de medicina que presentan algún trastorno de conducta alimentaria, el 47,2% (N=67) también presenta ansiedad.

GRÁFICO N° 10

Relación del trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En el Gráfico N°10, se muestra que del total de estudiantes que presentan algún trastorno de conducta alimentaria el 47.2% (N=67) también presenta ansiedad.

TABLA N° 15

Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y ansiedad en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	53,451	1	,000
Corrección de continuidad	50,981	1	,000
Razón de verosimilitud	56,967	1	,000

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 15, se observa que la significancia es menor a 0.05, es decir que existe relación entre el TCA y la ansiedad en los internos de medicina.

TABLA N° 16

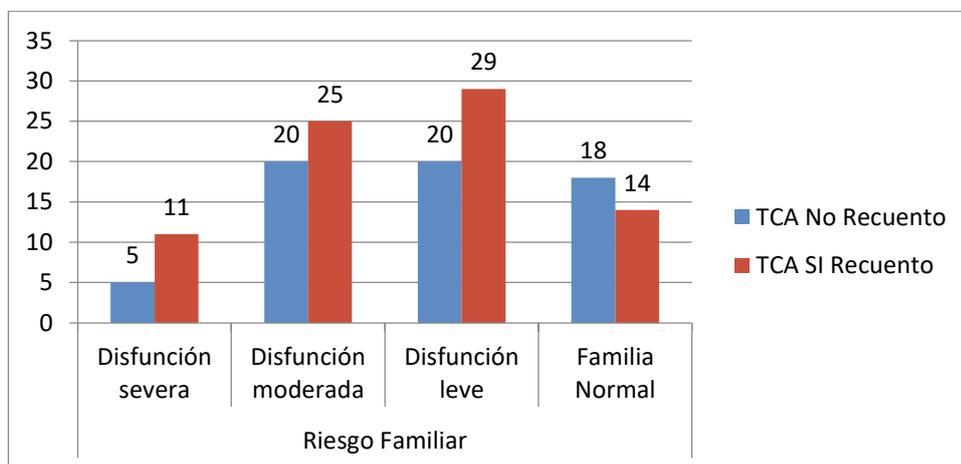
Relación entre trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

		TCA				Total	
		No		Si			
		N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo	Disfunción severa	5	3,5%	11	7,7%	16	11,3%
Familiar	Disfunción moderada	20	14,1%	25	17,6%	45	31,7%
	Disfunción leve	20	14,1%	29	20,4%	49	34,5%
	Familia Normal	18	12,7%	14	9,9%	32	22,5%
Total		63	44,4%	79	55,6%	142	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

GRÁFICO N° 11

Relación entre trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017



Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°16 y Gráfico N°11, se observa que del total de internos con trastorno de conducta alimentaria, el 7,7% (N=11) tiene disfunción severa, el 17,6% (N=25) disfunción moderada, el 20,4% (N=29) disfunción leve y 9,9% (N=14) una familia normal.

TABLA N° 17

Prueba Chi Cuadrado para relación de trastorno de conducta alimentaria y disfunción familiar en los internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,196	3	,362
Razón de verosimilitud	3,220	3	,359
N de casos válidos	142		

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°17, se observa que la significancia no es menor a 0.05, es decir no existe relación entre el TCA y disfunción familiar en los estudiantes de medicina.

TABLA N° 18

Modelo de regresión logística para el estudio de los factores de riesgo del trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. Para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Ansiedad(1)	-3,014	,013	46,938	1	,000	,049	,021	,116
IMC	,069	,440	29,987	1	,000	1,071	1,045	1,098

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°18, se observa lo siguiente:

- Las variables IMC y ansiedad presentan un sig < 0.05, demostrando asociación entre ambas variables y TCA.
- El Exp (B) que evidencia las estimaciones de los odds ratio para medir fuerza de asociación, presenta que el IMC tiene un O_i: 1,071 [IC 95%(1,045-1,098) siendo estadísticamente significativo.

TABLA N° 19

Tabla de resumen de los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2017

Factores Asociados		TCA
Ansiedad	Chi-cuadrado	53,451
	Sig.	,000*
	OR IC95% (7.67- 41.58)	17.86
Disfunción Familiar	Chi-cuadrado	3,196
	Sig.	,362
Depresión	Chi-cuadrado	,442
	Sig.	,506
	OR IC95% (0.62-2.58)	1.271
IMC	Eta TCA dependiente	,252
	Eta IMC dependiente	,252

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina de la UPSJB-2017

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°19, se evidencia la asociación de las variables en estudio donde el IMC presenta un valor eta de 0,252 y la ansiedad un valor de chi cuadrado <0.05, demostrando asociación.

4.2. DISCUSIÓN

El trastorno de conducta alimentaria es una patología que ha ido aumentando en los últimos años ya sea por las nuevas tendencias de moda y por el hecho que “verse bien” se ha vuelto casi una obligación; por lo que en este estudio, primero se buscó la prevalencia de dicho trastorno y segundo algunos factores que se puedan encontrar presentes en estudiantes de medicina humana. Debido a que la carga que se presenta durante el transcurso de esta carrera es fuerte, se buscó estudiar la asociación de trastorno de conducta alimentaria con ansiedad, depresión y disfunción familiar.

Obteniendo que la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria fue de 55.6% en internos de Medicina de la UPSJB, siendo marcadamente superior a los resultados hallados en estudios similares como el de Chonlón K, et al (1) donde solo el 1.02% de los estudiantes de medicina poseen algún tipo de trastorno de conducta alimentaria. A diferencia del estudio de Chiroy Santos RG (8) donde se evidencia que el 23.3% de la población presenta un trastorno de conducta alimentaria. Ambos estudios utilizaron el cuestionario EAT-26 también utilizado en el presente estudio.

La relación entre la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina de la UPSJB y el Índice de Masa Corporal mostro que del total de alumnos con TCA (n=79) el 35.2% tiene un peso dentro de lo normal y el 20.4% Sobrepeso, siendo mayor el porcentaje de las personas que presentan peso normal con riesgo de desarrollar TCA, a diferencia del estudio realizado por Saucedo Molina TJ, et al (6) donde se evidencio que las mujeres con sobrepeso (n=99) presentaron un 20.2% más riesgo de desarrollar TCA y lo varones con obesidad (n=20) un 15% más riesgo de desarrollar TCA. Al realizar la prueba eta para medir asociación esta demostró una asociación estadísticamente adecuada ($p < 0.05$). Asociación

encontrada también en el estudio de Saucedo Molina TJ, et al (6) con un $p < 0.01$ para correlación de Pearson.

La presencia de depresión en los internos que poseen algún tipo de trastorno de conducta alimentaria ($n=79$) fue de 35.9%, hallando un resultado cercano al estudio hecho por Baader Tomas M, et al (5) donde se encontró que el 22% de la población con TCA presenta depresión, similares resultados se encontraron en el estudio de Chiroy Santos RG (8) donde se evidencia que el 12.1% posee depresión y trastorno de conducta alimentaria, pese a demostrarse una presencia importante de depresión en los internos de medicina no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo con aquellos que no presentan depresión, a diferencia del estudio de Baader Tomas M, et al (5) donde se evidencia una diferencia estadística ($p < 0.05$).

La relación entre ansiedad y trastorno de conducta alimentaria en ese estudio fue de 47.2% un porcentaje alto a diferencia del estudio de Chiroy Santos RG (8) donde solo el 2.4% presenta ambos trastornos. Encontrándose un valor de Chi cuadrado < 0.05 , demostrando su asociación. Por lo que, al igual que con la variable ansiedad es de vital importancia buscar un estudio que profundice la relación entre dichas variables para así tratarlas y lograr disminuir la prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en esta población estudiantil. Encontrando la misma relación en el estudio de Wei Wei C (7) con un $p < 0.01$.

La presencia de disfunción familiar es moderada en este estudio donde el 20.4% de los internos con TCA presenta disfunción leve y el 17.6% disfunción moderada, no evidenciando relación estadísticamente significativa, Hallazgos similares se encontraron en el estudio de Quispe Prieto SC (2), donde se evidencio que 11% de los estudiantes con TCA presenta disfunción familiar moderada y no encontrando asociación entre dichas variables ($p < 0.05$).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

EL presente estudio tiene como muestra un total de 142 internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, de los cuales el 64.8% (n=92) fueron de sexo femenino y un 35.2% (n=50) sexo masculino a quienes se les realizó un cuestionario para determinar si presentan o no trastorno de conducta alimentaria y los factores asociados a este concluyendo lo siguiente:

- La prevalencia del Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de Medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista es de 55.6% de un total de 142 estudiantes encuestados. Por lo que su estudio es de vital importancia.
- Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria y el Índice de Masa Corporal, encontrando como dato importante que la mayoría de estos se encuentran dentro del rango de “peso normal”.
- El diagnóstico de depresión se hizo mediante la encuesta Goldberg mostrando que la presencia de depresión en los internos de medicina que tienen Trastorno de Conducta Alimentaria es de 35.9%, mientras que en aquellos que no tienen TCA es de 19.7%. No siendo significativo en este estudio ($P>0.05$).
- Del mismo modo se evaluó la presencia de ansiedad y trastorno de conducta alimentaria donde se obtuvo que un 47.2% presentó ambos trastornos y 55.6 % solo ansiedad. Se obtuvo un Chi cuadrado < 0.05 , demostrando que su asociación es alta y su estudio importante.
- La evaluación de la disfunción familiar se hizo mediante la aplicación del APGAR familiar donde se observó que existe disfunción familiar en los internos de medicina con TCA donde un 20.4 % (n=29) presenta leve disfunción familiar y 17.6% (n=25) disfunción moderada. No encontrando relación entre dichas variables ($P>0.05$).

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda ampliar el estudio a nivel de la escuela de medicina humana y posteriormente en la facultad de ciencias de la salud e identificar los factores en estas poblaciones para así desarrollar programas de diagnóstico precoz y evitar futuras complicaciones.
- La relación entre índice de masa corporal y trastorno de conducta alimentaría demuestra que la mayoría de internos se encuentran dentro de su peso adecuado pero pese a ello presentan algún tipo de trastorno alimenticio por lo que se recomienda, no solo determinar si existe o no un TCA si no también estudiar el nivel nutricional de estos participantes para así ayudar a mejorar el estado de salud de dicha población.
- La presencia de Depresión y su relación con Ansiedad en los internos de Medicina de la UPSJB es alta por lo que se recomienda que se creen programas de ayuda psicológica y un tamizaje anual para su detección precoz.
- La presencia de disfunción familiar de leve a moderada en los internos de medicina de UPSJB es importante, por lo que se recomienda que no solo se tome en cuenta los problemas a nivel personal si no abarcar este trastorno de manera integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chonlón K, Grosso A, Paredes G, Reyes B, Siadén D, Vásquez N, et al. Frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque, durante el año 2012. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, ISSN-e. 2013; 6(2): 13-15.
2. Quispe Prieto SC. Factores psicosociales y conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2014. *Revista Médica Basadrina* 2015; 9(2): 6 - 11
3. Ponce Torres C, Turpo Espinoza K, Salazar Pérez C, Viteri Condori L, Carhuancho Aguilar J, Taype Rondan A. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017; 43(4).
4. Martínez González L, Fernández Villa T, Molina de la Torre A. J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Capelo Álvarez R, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutr Hosp*. 2014; 30(4): 927-934.
5. Baader Tomas M, Carmen Rojas C, Molina JL, Marcelo Gotelli V, Catalina Alamo P, Carlos Fierro F et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2014; 52(3): 167-176.
6. Saucedo Molina T, Zaragoza Cortés J, Peña Irecta A, León Hernández R. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. *Psicología y Salud*. 2015. 25 (2): 243-251.
7. Wei-wei C, Miao N, Yao-wen K, Lian-ping H, Yue-long J and Ying-shui Y. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, Chinaa cross-sectional study. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la*

- Sociedad española de nutrición parenteral y enteral, ISSN 0212-1611. 2015; Vol. 31(4): 1771-1777.
8. Chiroy Santos RG. Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios. Guatemala, junio 2017. [Tesis de grado en internet]. [Guatemala]; Universidad Rafael Landinivar; 2017.
 9. Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
 10. Miembros del Grupo de Trabajo de Normas para el Cuidado Médico de la AED. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da edición. REPORTE AED 2012.
 11. M. L. Portela de Santana, Da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M y Raich RM La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. 2012;27(2):391-401
 12. Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 65, noviembre-diciembre 2008.
 13. Mariana Andrea Staudt, et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006.
 14. Víctor M. Hernández-Escalante, Hugo A. Laviada-Molina. Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Rev Biomed 2014; 25:17-21.
 15. Angela Maria Dominguez Ardila. Prevalencia de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en Estudiantes que inicia la vida universitaria. Universidad de la Sabana. Facultad de Medicina. 2012.

16. María Jesús Vargas Baldares. Trastornos De La Conducta Alimentaria. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica. 2013. (607) 475 – 482.
17. Sainos López DG, Sánchez Morales MT, Vázquez Cruz E, Gutiérrez Gabriel I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia.
18. Solano Pinto N y Cano Vindel A. Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. Madrid. Psicothema. 2012; 24 (3): 384-389.
19. Saucedo Molina TJ, Peña Irecta A, Fernández Cortés TL, García Rosales A, Jiménez Balderrama RE. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. México. Rev Med UV, Julio - Diciembre 2010.
20. A Retolaza Balsategui, Mostajo A, De la Rica JR, Díaz de Garramiola A, Pérez de Loza J, Aramberri I, et al. Validación del cuestionario de salud general de goldberg en consultas de atención primaria. ev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XIII, N.O 46, 1993
21. JA. Bellon Saameño, Delgado Sánchez A, De Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validación y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. Aten Primaria 1996; 18:289-296.
22. Gustavo A Constain, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MA, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, et al. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Aten Primaria. 2014; 46(6):283-289.
23. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. Suplemento 1. Lima. Vol. XXIX. Año 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 1
Cuadro de Operacionalización de Variables



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores Asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
DEPENDIENTE	Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico.	Anorexia Bulimia TCA no especificado	Cualitativa	>20: riesgo de TCA	Politómica	Nominal	Encuesta EAT-26
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA							

INDEPENDIEN TE	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual	Cuantitativa	1: 23-26 2: 27-30 3: 31-33	Discreta	Intervalo	Encuesta
EDAD							
SEXO	Conjunto de características físicas y biológicas que hacen diferentes a mujeres y hombres.	Según sexo biológico de pertenencia	Cualitativa	Femenino Masculino	Dicotómica	Nominal	Encuesta
IMC	Es una medida de asociación entre la masa y la talla	Peso/ (Talla) ²	Cuantitativa	Bajo Peso: < 18.5 Normal: 18.5 – 25 Sobrepeso: >25 Obesidad: >30	Continua	Intervalo	Encuesta
DEPRESIÓN	Estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o alguna en particular y por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio; una alteración del	Estado de tristeza; con cierto grado de abandono que puede darse a nivel personal, social, familiar o laboral. Sentido de desesperanza injustificado o justificado que demuestre el	Cualitativa	≥2 : depresión probable	Dicotómica	Nominal	Escala de Goldberg

	humor o la afectividad, la cual se acompañada usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo	estudiante					
ANSIEDAD	Manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción	Estado de presión y miedo constante que puede ser por causas específicas o inespecíficas, que sea manifestado por el estudiante	Cualitativa	≥4: ansiedad probable	Dicotómica	Nominal	Escala de Goldberg
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente.	Se valorara de mediante el instrumento APGAR familiar	Cualitativa	Disfunción severa Disfunción moderada Disfunción leve Familia Normal	Politómica	Nominal	Encuesta APGAR familiar

**ANEXO N° 2
Instrumento**



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

Factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017

DATOS GENERALES

Edad: Sexo: Talla: Peso:

Siempre	Muy a menudo	A Menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1	0

Coloque en el recuadro en blanco el número de acuerdo a su respuesta

1. Me da miedo pesar demasiado	
2. Procura no comer aunque no tenga hambre	
3. Me preocupo mucho por la comida	
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	
6. Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como	
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	
9. Vomito después de haber comido	
10. Me siento muy culpable después de comer	
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	

12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	
15. Tardo en comer más que las otras personas	
16. Procuro no comer alimentos con azúcar	
17. Como alimentos de régimen	
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	
19. Me controlo en las comidas	
20. Noto que los demás me presionan para que coma	
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	
23. Me comprometo a hacer régimen	
24. Me gusta sentir el estómago vacío	
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	

En cuanto a su familia

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNA S VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o					

necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc					
Me satisface como compartimos en mi familia a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios de la casa, c) El dinero					

En cuanto a su estado de ánimo

	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		

¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si alguna de las respuestas anteriores es si continúe con las siguientes preguntas...		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido de peso por falta de apetito?		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	SI	NO
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		

ANEXO N° 3

Validación de Instrumento – Consulta de Expertos



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“Factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en
internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan
Bautista en el año 2017”

N°	Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones y/o recomendaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	DIMENSIÓN 1: Trastorno de Conducta Alimentaria	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Procura no comer aunque no tenga hambre	✓		✓		✓		
2	Me preocupa mucho por la comida	✓		✓		✓		
3	A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	✓		✓		✓		
4	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
6	Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como	✓		✓		✓		
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	✓		✓		✓		
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	✓		✓		✓		
9	Vomito después de haber comido	✓		✓		✓		
10	Me siento muy culpable después de comer	✓		✓		✓		
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	✓		✓		✓		

12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	✓		✓		✓		
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	✓		✓		✓		
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	✓		✓		✓		
15	Tardo en comer más que las otras personas	✓		✓		✓		
16	Procuro no comer alimentos con azúcar	✓		✓		✓		
17	Como alimentos de régimen	✓		✓		✓		
18	Siento que los alimentos controlan mi vida	✓		✓		✓		
19	Me controlo en las comidas	✓		✓		✓		
20	Noto que los demás me presionan para que coma	✓		✓		✓		
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	✓		✓		✓		
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces	✓		✓		✓		
23	Me comprometo a hacer régimen	✓		✓		✓		
24	Me gusta sentir el estómago vacío	✓		✓		✓		
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	✓		✓		✓		
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: RIESGO FAMILIAR	✓		✓		✓		
27	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad	✓		✓		✓		
28	Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite	✓		✓		✓		
29	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	✓		✓		✓		

30	Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc	✓		✓		✓	
31	Me satisface como compartimos en mi familia a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios de la casa, c) El dinero	✓		✓		✓	
DIMENSION 3: DEPRESION							
32	¿Se ha sentido con poca energía?	✓		✓		✓	
33	¿Ha perdido el interés por las cosas?	✓		✓		✓	
34	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	✓		✓		✓	
35	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	✓		✓		✓	
36	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	✓		✓		✓	
37	¿Ha perdido de peso por falta de apetito?	✓		✓		✓	
38	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	✓		✓		✓	
39	¿Se ha sentido usted enlentecido?	✓		✓		✓	
40	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	✓		✓		✓	
DIMENSION 4: ANSIEDAD							
41	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	✓		✓		✓	
42	¿Ha estado muy preocupado por algo?	✓		✓		✓	
43	¿Se ha sentido muy irritable?	✓		✓		✓	
44	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	✓		✓		✓	
45	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	✓		✓		✓	

46	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	✓		✓		✓	
47	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	✓		✓		✓	
48	¿Ha estado preocupado por su salud?	✓		✓		✓	
49	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia)

Hay supresivos

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lima, 16 de 01 del 2018

Apellidos y nombres del juez: Tomes Olvero Armando

Especialidad del evaluador: Psiquiatra


Armando Torres Olvero
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P 2195 R.N.E. 9 4



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

“Factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017”

N°	Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones y/o recomendaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	DIMENSIÓN 1: Trastorno de Conducta Alimentaria	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Procura no comer aunque no tenga hambre	✓		✓			✓	
2	Me preocupo mucho por la comida	✓		✓		✓		
3	A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	✓		✓		✓		
4	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
6	Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como	✓		✓		✓		
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	✓		✓		✓		
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	✓		✓		✓		
9	Vomito después de haber comido	✓		✓		✓		
10	Me siento muy culpable después de comer	✓		✓		✓		
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	✓		✓		✓		

12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	✓		✓		✓		
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	✓		✓		✓		
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	✓		✓		✓		
15	Tardo en comer más que las otras personas	✓		✓		✓		
16	Procuro no comer alimentos con azúcar	✓		✓		✓		
17	Como alimentos de régimen	✓		✓		✓		
18	Siento que los alimentos controlan mi vida	✓		✓		✓		
19	Me controlo en las comidas	✓		✓		✓		
20	Noto que los demás me presionan para que coma	✓		✓		✓		
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	✓		✓		✓		
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces	✓		✓		✓		
23	Me comprometo a hacer régimen	✓		✓		✓		
24	Me gusta sentir el estómago vacío	✓		✓		✓		
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	✓		✓		✓		
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: RIESGO FAMILIAR							
27	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad	✓		✓		✓		
28	Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite	✓		✓		✓		
29	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	✓		✓		✓		

30	Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc	✓		✓		✓	
31	Me satisface como compartimos en mi familia a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios de la casa, c) El dinero	✓		✓		✓	
DIMENSION 3: DEPRESION							
32	¿Se ha sentido con poca energía?	✓		✓		✓	
33	¿Ha perdido el interés por las cosas?	✓		✓		✓	
34	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	✓		✓		✓	
35	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	✓		✓		✓	
36	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	✓		✓		✓	
37	¿Ha perdido de peso por falta de apetito?	✓		✓		✓	
38	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	✓		✓		✓	
39	¿Se ha sentido usted enlentecido?	✓		✓		✓	
40	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	✓		✓		✓	
DIMENSION 4: ANSIEDAD							
41	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	✓		✓		✓	
42	¿Ha estado muy preocupado por algo?	✓		✓		✓	
43	¿Se ha sentido muy irritable?	✓		✓		✓	
44	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	✓		✓		✓	
45	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	✓		✓		✓	

46	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	✓		✓		✓	
47	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	✓		✓		✓	
48	¿Ha estado preocupado por su salud?	✓		✓		✓	
49	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia)

Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lima, 15 de 01 del 2018

Apellidos y nombres del juez: Ramón Flores Valdeyresena DNI: _____

Especialidad del evaluador: Médico Zuleta

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DR. OSWALDO
Ramos Flores Valdeyresena
MÉDICO INTERNISTA
CNP: 10044

FIRMA



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“Factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en
internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan
Bautista en el año 2017”**

N°	Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones y/o recomendaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	DIMENSIÓN 1: Trastorno de Conducta Alimentaria	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Procura no comer aunque no tenga hambre	/		✓			✓	
2	Me preocupo mucho por la comida	✓		✓		✓		
3	A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	✓		✓		✓		
4	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños	✓		✓		✓		
6	Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como	✓		✓		✓		
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	✓		✓		✓		
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	✓		✓		✓		
9	Vomito después de haber comido	✓		✓		✓		
10	Me siento muy culpable después de comer	✓		✓		✓		
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	✓		✓		✓		

12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías	✓		✓		✓	
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	✓		✓		✓	
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	✓		✓		✓	
15	Tardo en comer más que las otras personas	✓		✓		✓	
16	Procuro no comer alimentos con azúcar	✓		✓		✓	
17	Como alimentos de régimen	✓		✓		✓	
18	Siento que los alimentos controlan mi vida	✓		✓		✓	
19	Me controlo en las comidas	✓		✓		✓	
20	Noto que los demás me presionan para que coma	✓		✓		✓	
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	✓		✓		✓	
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces	✓		✓		✓	
23	Me comprometo a hacer régimen	✓		✓		✓	
24	Me gusta sentir el estómago vacío	✓		✓		✓	
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	✓		✓		✓	
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	✓		✓		✓	
	DIMENSION 2: RIESGO FAMILIAR						
27	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad	✓		✓		✓	
28	Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite	✓		✓		✓	
29	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	✓		✓		✓	

30	Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc	✓		✓		✓	
31	Me satisface como compartimos en mi familia a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios de la casa, c) El dinero	✓		✓		✓	
	DIMENSION 3: DEPRESION	✓					
32	¿Se ha sentido con poca energía?	✓		✓		✓	
33	¿Ha perdido el interés por las cosas?	✓		✓		✓	
34	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	✓		✓		✓	
35	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	✓		✓		✓	
36	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	✓		✓		✓	
37	¿Ha perdido de peso por falta de apetito?	✓		✓		✓	
38	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	✓		✓		✓	
39	¿Se ha sentido usted enlentecido?	✓		✓		✓	
40	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	✓		✓		✓	
	DIMENSION 4: ANSIEDAD						
41	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	✓		✓		✓	
42	¿Ha estado muy preocupado por algo?	✓		✓		✓	
43	¿Se ha sentido muy irritable?	✓		✓		✓	
44	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	✓		✓		✓	
45	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	✓		✓		✓	

46	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	✓		✓		✓	
47	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	✓		✓		✓	
48	¿Ha estado preocupado por su salud?	✓		✓		✓	
49	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia)

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (x) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lima, 18 de 01 del 20 18

Apellidos y nombres del juez: Aguino Dolores Sara DNI: 07498001

Especialidad del evaluador: Estadístico


 Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO
 COESPE - 023
 FIRMA

ANEXO N° 4
Confiabilidad de Instrumento - Estudio Piloto

1. PRUEBA BINOMIAL

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
JUEZ 1	Grupo 1	0	3	,06	,50	,000
	Grupo 2	1	47	,94		
	Total		50	1,00		
JUEZ 2	Grupo 1	1	50	1,00	,50	,000
	Total		50	1,00		
JUEZ 3	Grupo 1	0	2	,04	,50	,000
	Grupo 2	1	48	,96		
	Total		50	1,00		

Fuente: Basado en el instrumento de validación por expertos

INTERPRETACIÓN

Se observa que el instrumento es estadísticamente significativo, por lo que es viable para ser aplicado y se evidencia la existencia de concordancia entre las respuestas dado por los expertos.

2. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD – ALFA DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	N de elementos
,864	50

Fuente: Encuesta realizada a internos de medicina UPSJB, -2017

INTERPRETACIÓN

Se realizó una prueba piloto con las respuestas de 10 pacientes donde se evidencio que el instrumento es altamente confiable si $p > 0.81$, se obtuvo como resultado un alfa = 0.864; por lo tanto el instrumento es confiable.

ANEXO N° 5
Matriz de Consistencia



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores Asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Planteamiento del problema</p> <p>Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas que aparecen frecuentemente en la adolescencia o adultez temprana y con mayor predominio en las mujeres</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Conocer los factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de Medicina Humana de la UPSJB</p>	<p>Trastorno de Conducta Alimentaria</p>	<p>Anorexia</p> <p>Bulimia</p> <p>TCA no especificado</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Estudio experimental, transversal – analítico y retrospectivo</p>
<p>Formulación del problema</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar la prevalencia de Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB</p>	<p>Trastorno de Conducta Alimentaria</p>	<p>Según cuestionario EAT-26</p>	<p>Población:</p> <p>Internos de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista</p>

	Identificar la relación entre el Índice de Masa Corporal y la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB.	IMC	Bajo Peso: < 18.5 Normal: 18.5 – 25 Sobrepeso: >25 Obesidad: >30	
	Relacionar la presencia de depresión y el Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB.	Depresión	Según Encuesta Golberg	
	Demostrar la relación entre ansiedad y el Trastorno de Conducta Alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB.	Ansiedad	Según Encuesta Golberg	
	Analizar si existe disfunción familiar en los internos de medicina humana de la UPSJB con Trastorno de Conducta Alimentaria.	Disfunción Familiar	Según APGAR familiar	

