



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2018**

**PRESENTADO POR
FELIPE ALONSO SUASNABAR ZUMAITA**

**ASESORA
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
FELIPE ALONSO SUASNABAR ZUMAITA**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad	4
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	16
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	17
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Procedimientos de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Hoy, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son una patología que cada vez se está viendo con mayor frecuencia en el mundo occidental. Las tendencias o modas impuestas, actualmente, por los medios de comunicación, hacen que el trastorno tenga mayor alcance e impacto a nivel mundial.

Lo que originalmente se veía mayoritariamente en países desarrollados, gracias a la globalización, también se puede ver, con cada vez mayor frecuencia, este tipo de trastornos en países en vías de desarrollo como es el caso de Latinoamérica y particularmente Perú.

Esto hace que en países de Latinoamérica como Chile donde se ve que en el 65% de adolescentes tienen deseos de tener un menor peso, agregado a un mayor estrés en el grupo de las mujeres;¹ en Brasil, la insatisfacción corporal media la relación entre la presión de los medios, la autoestima, el estado de ánimo, el IMC y las conductas alimentarias desordenadas.²

Específicamente, en el Perú se ve que en un distrito de la capital un 13,9% presenta riesgo de padecer TCA: la mayor incidencia está en los escolares que presentan mayor influencia de los medios de comunicación en el 2015;³ previamente, en 2003, se vio que el 16% de la población adolescente de Lima Metropolitana presentaba factores de riesgo para TCA.⁴

Lo que también se ve con mayor frecuencia en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren es que, cuando el psiquiatra recién ve al paciente con este trastorno, es que ya en, muchos casos, ha pasado bastante tiempo desde su instalación, por lo que el pronóstico es preocupante, sobre todo por las complicaciones personales y familiares.

Actualmente, en el Hospital Sabogal, estos trastornos se diagnostican cuando los casos ya están avanzados, en el servicio de Psiquiatría. Usualmente son 60 casos al año de niñas mayormente adolescentes. El problema es que no se sabe si los infantes menores están en riesgo de padecer anorexia, bulimia, trastorno por atracón, etc.

Con respecto al año 2018 y los que vienen, según datos mundiales, estas cifras van a ir en aumento, pues aún hay casos que no están diagnosticados adecuadamente; se ve que la presencia de factores de riesgo en un adolescente aumenta hasta en un 60% la probabilidad de presentar un TCA.⁵

Ante lo expuesto, existe la necesidad de una adecuada identificación de los factores de riesgo de los niños que acuden a la consulta pediátrica, pues no se toma en cuenta este tema como un punto más en la cultura preventiva de la salud.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo actitudinales que podrían desarrollar trastornos de conducta alimentaria, en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, durante 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer los factores de riesgo actitudinales que podrían desarrollar trastornos de conducta alimentaria en los pacientes del Servicio de Pediatría que son atendidos en Consulta Externa del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los pensamientos, con respecto al peso y la comida, que presentan los pacientes del Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante 2018.

Identificar las conductas alimentarias de riesgo que presentan los pacientes del Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante 2018.

Verificar los factores de riesgo para trastornos de conducta alimentaria de acuerdo a sexo, edad e índice de masa corporal.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Se ha visto que los TCA están presentes de forma constante en otros países a través de los años e incrementándose. Al ser una patología que se presenta en edades tempranas de la vida además de ser totalmente tratable y conociendo el daño en la vida de los pacientes y en la de los que los rodean, es una obligación

como médicos ver primero la realidad situacional actual para poder intervenir de forma adecuada.

Investigar sobre el tema va a dar las herramientas necesarias para poder establecer protocolos de tratamiento o prevención y promoción, si es que los datos obtenidos sugieren trabajar a ese nivel, como es lo que se hace en los países, donde ya es un tema de preocupación.

Con esto, no solo se beneficiarán los pacientes sino sus familiares, que se llevan gran parte del sufrimiento, y las instituciones prestadoras de salud ahorrando gastos evitables en el caso de un diagnóstico y manejo oportuno.

Finalmente, este es una patología que pasa desapercibida hasta que muestra su parte más cruel en el paciente y la mejor forma para manejar esta patología es en sus fases iniciales.

1.4.2 Viabilidad

Se cuenta con el tiempo necesario para realizar la investigación durante horario de consultorio, el cual presenta gran afluencia de pacientes potencialmente elegibles; solo es necesario una persona que capacite a los médicos de consultorio para el llenado de los formularios, respecto al financiamiento, este es un estudio que no genera altos costos.

1.4.3 Limitaciones

La muestra de pacientes va a ser sólo de un hospital, el cual no cuenta con la

afluencia de todos los niveles socioeconómicos del país, por lo que no estaría representada toda la población y, por consiguiente, su generalización a niveles macro no serían exactas.

Fidelidad de la información tomada de los pacientes y/o sus familiares que, por diversas razones como los prejuicios, falta de capacidad resolutive de los formularios o vergüenza podrían hacer falsos negativos o falsos positivos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Ya en 2013, se realizó un estudio hecho en Australia de dos grupos cohorte de mujeres entre 18 y 42 años (n=257) con síntomas de TCA y sin ellos. Se presentan 61 participantes con probable TCA y 23 con probable trastorno dismórfico corporal (TDC), el cual se relaciona directamente con desarrollar un TCA en el futuro. Este estudio concluye en que esta información acerca de probables TCA y TDC sirven como datos predictivos de aparición de TCA y futura discapacidad en mujeres.⁵

En el mismo año, 2013, y nuevamente en Australia se realiza otro estudio, de tipo cohorte, en el que se le hace seguimiento a un grupo de adolescentes (n=1383) varones (49%) y mujeres (51%) desde los 14 años hasta que cumplen 20 años, tiempo durante el cual se les toma 3 pruebas (a los 14, 17 y 20 años). El resultado fue que, en el grupo de varones, los que presentaron alguna conducta de TCA se mantuvo o disminuyó a lo largo del tiempo; sin embargo, en las mujeres estas características se incrementaron con un pico a la edad de los 17 años.⁶

Los factores de riesgo podrían aparecer hasta desde que son muy jóvenes, como se ve en un estudio de cohortes no aleatorizado de 2014 en EE. UU., en el que se evalúan 25 madres con antecedentes de TCA y otras 25 sin antecedentes; se ve que, si bien no hubo diferencias significativas en lo que es el tipo de alimentación que se le da a los bebés, las madres con antecedentes de TCA eran más propensas a informar que tomaban un enfoque restrictivo especial para alimentar al bebé (evitar los alimentos procesados o usar únicamente alimentos orgánicos, etc.).⁷

En 2016, se desarrolló una investigación de tipo analítica, transversal que incluyó como población de estudio a 836 adolescentes entre 12-19 años de secundaria de la ciudad de Addis Ababa, Etiopia. La investigación determinó una prevalencia de TCA en adolescentes es de 8,6% y asocia a las mujeres, madres que estudian su primera carrera a TCA y el trabajo concluyó que un número significativo de adolescentes es susceptible a desarrollar TCA; fueron las mujeres y madres que estudian más propensas dentro de ese grupo, además de recomendar un cribado para TCA en las mujeres adolescentes.⁸

Otro estudio de 2016, de tipo analítica, transversal que incluyó como población de estudio 967 estudiantes de edades entre 18-25 años de una universidad pública de EE. UU. La investigación determinó que 10% de los encuestados tenían un alto nivel de desarrollar TCA. Además, el porcentaje de participantes con mayor riesgo se vio en el grupo de sobrepeso/obesidad que en el del grupo de peso normal/bajo peso y el estudio concluyó en que la detección precoz, el aumento de la conciencia y la promoción de hábitos alimenticios saludables podrían ser estrategias potenciales para ayudar a tratar y prevenir el desarrollo de trastornos o condiciones de salud asociadas en la nutrición.⁹

Más recientemente, en 2017, un estudio analítico de cohorte que incluyó alumnos de 9° grado de escuelas en Tampere, Finlandia, durante el 2002-2003 y replicado en, igualmente, alumnos de 9° grado, 10 años después. El resultado no mostró ningún cambio en la prevalencia de TCA, síntomas por los trastornos o tratamiento recibido entre los dos tiempos de 2002-2003 y 2012-2013. Se concluye que, de

acuerdo a estos resultados, los TCA no se están incrementando en la población adolescente.¹⁰

Otro estudio, en febrero de 2017, de tipo analítico prospectivo que evaluó adolescentes de tres edades diferentes: 14 (6615), 16 (5888) y 18 años (5100). Luego de la investigación, se vio que había una clase asintomática y dos sintomáticas en todo momento y que las niñas de las dos clases sintomáticas permanecieron sintomáticas en las evaluaciones posteriores; estas niñas tenían mayor probabilidad de presentar ansiedad y depresión, así como abuso de alcohol y consumo de sustancias, además de autoinflingirse daño mostrando al final que las chicas sintomáticas persisten con esto en la adolescencia y la necesidad de identificar tempranamente los TCA para reducir su cronicidad.¹¹

También, en 2017, se hace un estudio analítico prospectivo en China con 389 adolescentes entre 11 y 18 años dada la necesidad de datos epidemiológicos para una mayor consciencia de prevención. Se usa el cuestionario SCOFF donde se evidencia que había una prevalencia de 28,8% que presentaban factores de riesgo para presentar en un futuro un TCA.¹²

Un estudio, de 2017, en el que se evaluó 298 participantes femeninas de edades entre los 11 y 24 años, tuvo como muestra a bailarinas de las modalidades de danza clásica, contemporánea y española a las que se les brinda el test de siluetas para adolescentes mostrando como resultado que, las bailarinas de clásico y contemporáneo se percibieron con un mayor IMC del que tenían, mientras que en español se encontró lo opuesto. Diez bailarinas presentaron un alto riesgo de un

TCA, y en el índice de insatisfacción. Todas las modalidades señalaron como ideal estar más delgadas de cómo se percibían.¹³

Ya en 2018, se publica otro estudio transversal entre 1524 estudiantes de doce escuelas secundarias de Alemania, en el que se ve que el ideal femenino de delgadez es hasta 3 puntos por debajo del IMC promedio para su edad, presentando síntomas de comportamientos alimentario en las adolescentes entre 15 y 17 años además de angustia en los temas de alimentación, cuerpo y peso de ellas.¹⁴

Un estudio transversal acerca de una muestra de 452 personas transgénero de edades entre 18 y 75 años del año 2018 hecho en Massachusetts, EE.UU., busca ver la prevalencia de factores de riesgo para TCA. El estudio obtuvo como resultado que las personas no conformes con el género femenino asignado al nacer parecen tener aumentado el riesgo de TCA a lo largo de la vida en relación con los participantes que nacieron varones y luego cambiaron de género. Se concluyó que urgen más investigaciones sobre factores de riesgo y estrategias de intervención con perspectiva de género.¹⁵

También se hizo un estudio este 2018 para investigar la prevalencia y los factores de riesgo para los comportamientos de control de peso desordenados en adolescentes de Corea del Sur, comportamientos que fueron definidos como conductas de control de peso durante el último mes: ayuno, dieta de un alimento exclusivo por largo tiempo, vómitos y toma de laxantes/diuréticos/píldoras sin receta para la dieta. Se obtuvo de resultado que el 6,2% de los adolescentes coreanos (el

8,9% de las niñas, el 3,7% de los niños) exhibió algunas de estas conductas además de verse qué edad avanzada, sobrepeso/obesidad, madurez puberal, alto nivel económico del hogar y la educación vocacional se asociaron positivamente con las conductas de riesgo para niñas y niños. Por otro lado, bajo nivel económico de los hogares, una mayor educación de los padres y la educación mixta se asociaron positivamente a las conductas de riesgo solo entre niñas.¹⁶

2.2 Bases teóricas

Anorexia nerviosa (AN)

La AN afecta aproximadamente 490 por 100 000 personas/años en mujeres finlandesas de 15-19 años de edad. Existe una detección de casos que se pierden cuando la determinación se basa en la remisión clínica. Alternativamente, se refleja una prevalencia creciente del síndrome desde los años 70 hasta estos tiempos, sugiriendo que el trastorno se ha vuelto cada vez más común. En la incidencia respecto al sexo se ve que las mujeres de entre 15 y 19 años constituyen aproximadamente el 40% de todos los casos, por otro lado, la incidencia de AN entre los hombres fue menor de 1 por 100 000 años/persona en las prácticas generales en el Países Bajos y el Reino Unido en los años noventa.¹⁷

La prevalencia se vio unos estudios donde se ven las tasas de prevalencia de la vida AN en mujeres variaron del 1,7% al 3,6%, y respecto a la población masculina encontraron que tanto el punto como la duración de la vida eran del 0,1%.¹⁸

En los noventa, se realizó un metanálisis donde se muestra que la AN se asocia a la mayor tasa de mortalidad entre todos los trastornos mentales;¹⁹ esto se sustenta

en estudios publicados en 2011 que da la cifra de 5,1 muertes (IC 95%) por 1000 años-persona.²⁰

Bulimia nerviosa (BN)

Las estimaciones de la incidencia de BN han variado ampliamente desde que se introdujo como categoría diagnóstica en 1980 y esto se dio por cambios en las definiciones de la enfermedad, diferencias en las poblaciones estudiadas y posibles cambios en la prevalencia de la enfermedad en el tiempo. A esto le agregamos que el DSM-III no incluyó un requisito de frecuencia para los episodios de atracones. Por lo tanto, las estimaciones de prevalencia basadas en el DSM-III fueron bastante altas, ya que los criterios diagnósticos no distinguían episodios ocasionales de atracones de un trastorno más grave.

A pesar de que inicialmente la incidencia era sobreestimada, cuando las frecuencias de los síntomas se aceptaron a una vez a la semana, por criterios del DSM-5, un estudio en el 2009 nos da la tasa de incidencia máxima de la BN a 300 por cada 100 000 personas-años en mujeres de 16- 20 años.²¹ Otro estudio, el mismo año, corrobora lo encontrado en el estudio anterior al seguir mostrando la creciente tasa de incidencia de 438 (IC: 95%) por 100 000 persona-años en mujeres finlandesas de 15-18.²²

A todo lo anterior, se agrega que se está evidenciando que la edad al inicio de BN está disminuyendo. En una muestra de 793 pacientes BN italianos referidos a una unidad ambulatoria de trastornos alimentarios entre 1985 y 2008, se vio que en 10 años había disminuido 1,4 (de 18,5 a 17,1) años la edad de inicio.²³

Se vio en dos estudios que los índices de prevalencia de BN eran casi idénticos de 0,59% y 0,6% respectivamente en las mujeres, y que a esto se le agrega la prevalencia de BN durante la vida en mujeres, y se ve una tasa del 2,6%.^{18, 24}

En un metanálisis de 12 estudios, en 2011, se describe la tasa de mortalidad en pacientes con BN, donde se muestra una tasa de mortalidad ponderada de 1,74 por 1000 años/persona (95% CI). Antes de esto, entre 1979 y 1997, se ven en 1885 pacientes evaluados para el tratamiento de trastornos de la alimentación que de los 906 pacientes de BN, 35 (3,9%) habían muerto después de un seguimiento medio de casi 19 años. El suicidio representó el 23% de las muertes en estos casos.²⁰

Trastorno por atracón (TA)

Se ha visto que el TA es al menos tan común como el AN y el BN en la población general, cuando se hizo el estudio de Hudson y colegas en el 2007 informaron estimaciones de prevalencia de por vida de TA de 3,5% en mujeres y 2,0% en hombres.²⁵ Años más tarde, se realizan otros tres estudios, y los resultados nos proporcionaron los datos de que en las mujeres obtuvieron un resultado que oscilaba entre 3,0% y del 3,6% de prevalencia durante la vida, mientras que las tasas correspondientes para los hombres solo informaron una tasa de 2.1%.¹⁸

Las estimaciones de prevalencia para TA son aún más altas entre los individuos obesos (4 al 8%) y hasta el 30% entre los pacientes que buscan intervención quirúrgica para disminuir el peso, como es la cirugía bariátrica.

El TA es un comportamiento alimentario bastante común en adolescentes; así nos muestra un estudio longitudinal de cohorte en adolescentes estadounidenses, en el que la tasa de incidencia de TA fue de 10.1 por 1000 años/persona entre mujeres y 6.6 por 1000 años/persona entre los hombres.^{17, 24}

Respecto a la mortalidad en estos pacientes se vio que 2 de 68 pacientes ingresados para tratamiento hospitalario del TA había muerto después de 12 años, una incidencia no significativa de 2,29. También se vio en otro estudio que, en la población, el 42% de los sujetos con TA era obeso (IMC > 30 kg / m²) en el momento de la entrevista y también una prevalencia significativamente más alta de Obesidad mórbida (IMC > 40 kg / m²).¹⁷ A esto le podemos agregar que, en un metanálisis de riesgo de suicidio en los trastornos alimentarios, no se ha producido suicidio entre 246 pacientes con BED después de una media seguimiento de 5,3 años.²⁶

Criterios diagnósticos según DSM-5

Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta calórica, que conduce a bajar a un peso de forma significativa de manera que es inferior al mínimo esperado, y en relación a su edad, sexo, curso del desarrollo y salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso.
- C. Alteración en la forma en que percibe su propio peso o cuerpo, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso bajo actual.

Especificar si es un tipo restrictivo, purgativo o con atracones.

Gravedad actual:

Leve: IMC \geq 17 kg/m²

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones caracterizados por:

1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos muy superior a la que ingeriría normalmente.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio de atracón.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados: vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen por lo menos uno a la semana y estando presentes durante tres meses consecutivos como mínimo.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar:

La gravedad mínima es basada en la frecuencia, en promedio, de comportamientos compensatorios inapropiados.

- Leve: 1–3 episodios por semana.
- Moderado: 4–7 episodios por semana.
- Grave: 8–13 episodios por semana.
- Extremo: 14 o más episodios por semana.

Trastorno de atracones

- A. Episodios recurrentes de atracones caracterizados por:
1. Ingestión, durante un periodo específico, de alimentos que sobrepasan de forma muy evidente a la cantidad que ingeriría normalmente.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- B. Los atracones se asocian a mínimo a no menos de tres de los acontecimientos a continuación:
1. Comer mucho más rápido de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse tan lleno que no es placentero.
 3. Comer gran cantidad de alimentos cuando no siente hambre.
 4. Comer a causa de la vergüenza que siente al darse cuenta de todo lo que ha ingerido.
 5. No estar a gusto con sí mismo, sentirse triste o muy avergonzado respecto a eso.
- C. Sensación de incomodidad intensa, física y psíquica, respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen por lo menos uno a la semana y están presentes

durante tres meses consecutivos como mínimo.

- E. El atracón no presenta un comportamiento compensatorio inapropiado de forma cotidiana.²⁷

2.3 Definición de términos básicos

Factores de riesgo: características de una persona la hacen proclive a desarrollar determinada enfermedad.

Anorexia: trastorno mental en el que la persona presenta miedo a comer y tiene una percepción alterada de su cuerpo. Por ello, el paciente deja de comer y/o hace demasiado ejercicio.

Bulimia: trastorno mental en el que la persona presenta miedo a comer y tiene una percepción alterada de su cuerpo. La persona que padece esta enfermedad presenta episodios de comer compulsivamente y luego vomitar o uso de purgantes y diuréticos.

Trastorno por atracón: la persona tiene episodios de comer compulsivamente, lo que genera discomfort o malestar.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de las Hipótesis

La metodología del estudio no requiere de hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variabl e	Definició n	Tipo por su naturaleza	Dimension es	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de categorías	Medio de verificación
Edad	Tiempo de vida de un persona	Cuantitativo		Años cumplidos	Intervalo	Menores de 10 años Entre 10 y 12 años Entre 13 y 14 años	<10 10-12 13-14	Historia clínica
Sexo	Condicio n orgánica de la persona	Cualitativo		Sexo biológico	Nominal	1. Masculino 2. Femenino		Historia clínica
Estado nutricional	Condicio n de la persona respecto al consumo de los requerimientos alimenticios necesarios	Cualitativo		Índice de masa corporal	Ordinal	1. Delgadez severa 2. Delgadez moderada 3. Delgadez leve 4. Normal 5. Sobrepeso 6. Obesidad	1. <16 2. 16-16.99 3. 17-18.49 4. 18.5-24.99 5. 25-29.99 6. ≥30	Historia clínica
Factores de riesgo actitudinales para trastorno de conducta alimentaria	Variables en la conducta alimentaria que podrían llevar al trastorno de conducta alimentaria	Cualitativo	Pensamientos sobre peso y comida Conductas alimentarias de riesgo	Respuestas al formulario	Nominal	1. Siempre 2. Muy a menudo 3. A menudo 4. Algunas veces 5. Raramente 6. Nunca	1. 0 puntos 2. 1 punto 3. 2 puntos 4. 3 puntos	Formulario EAT-26

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio

Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Niños y adolescentes que se atienden en el Callao.

Población de estudio

600 pacientes atendidos por consultorio externo del Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal en 2018.

Tamaño de la población

235 (n=234.1) pacientes atendidos por consultorio externo del Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal en 2018.

Selección de la muestra

Muestreo aleatorio simple.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes entre 8 y 14 años de edad que se atiendan en el Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal.

Que estén acompañados por las personas que los suelen cuidar

No presentar enfermedad orgánica grave o consumo de sustancias ni diagnósticos actuales o previos de TCA.

Presentar historia clínica al momento del examen

Criterios de exclusión

Pacientes que acudan a consulta acompañados por cuidadores que desconocen la realidad del paciente

Presentar enfermedad orgánica grave, consumo de sustancias

Capacidad intelectual que no permita la resolución de cuestionario

Pacientes con diagnóstico de algún TCA.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Revisión de historias clínicas además de proporcionar formulario de la escala EAT-26.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Sumatoria de puntos de cada una de las preguntas del formulario EAT-26. Estas dan un puntaje de 3, 2, 1, 0, 0, 0 desde la que más se aproxima a la presencia de sintomatología (“siempre”). Únicamente, el ítem 25 se puntúa de forma inversa (“nunca” = 3). Un resultado mayor a 20 indica necesidad de una entrevista con el psiquiatra por presentar múltiples factores de riesgo.

4.5 Aspectos éticos

Se usarán consentimientos informados escritos en donde se especifica la razón de la investigación y la confidencialidad de la información proporcionada de esta forma.

El estudio ha sido evaluado por el comité de ética de la Universidad San Martín de Porres además de la del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Se anexa el modelo del consentimiento informado.

CRONOGRAMA

Pasos	2018											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Redacción final del proyecto	X	X										
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X				
Resultados									X			
Discusión y conclusiones										X		
Páginas preliminares										X		
Redacción final											X	
Presentación del informe												X

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Claudia Cruzat-MandiCha, Fernanda Díaz-Castrillónb. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. Rev Med Chile 144: 743-750. [Internet] 2016. Extraído el 9 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27598493>
2. Leonardo de Sousa Fortes, Juliana Fernandes Filgueiras. Etiological model of disordered eating behaviors in Brazilian adolescent girls. Cad. Saúde Pública 32(4):e00024115. [Internet] 2016. Extraído el 9 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27167040>
3. Lic. Yessenia Lazo Montoyaa, Lic. Alejandra Quenayaa, Dr. Percy Mayta-Tristán. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. Arch Argent Pediatr 113(6):519-525. [Internet] 2015. Extraído el 9 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26593797>
4. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Rev Psicol (Lima) 21(2):234-69. [Internet] 2003. Extraído el 8 de febrero de 2018. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6844/6978>

5. Deborah Mitchison, Rocco Crino and Phillipa Hay. The presence, predictive utility and clinical significance of body dysmorphic symptoms in women with eating disorders. *Journal of eating disorders* 1:20. [Internet] 2013. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784046>

6. Karina L Allen, Ross D Crosby, Wendy H Oddy and Susan M Byrne. Eating disorder symptom trajectories in adolescence: effects of time, participant sex, and early adolescent depressive symptoms. *Journal of eating disorders* 1:32. [Internet] 2013. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24999411>

7. Elizabeth R. Hoffmana, Margaret E. Bentleya, Robert M. Hamer et al. A comparison of infant and toddler feeding practices. *Matern Child Nutr* 10(3): 360–372. [Internet] 2014. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784046>

8. Yirga B, Assefa Gelaw Y, Derso T, Wassie M. Disorder eating attitude and associated factors among high school adolescents aged 12- 19 years in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 9(1):503. [Internet] 2016. Extraído el 7 de diciembre de 2016. Disponible en: [https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2318-](https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2318-6)

9. Yu Z, Tan M. Disordered Eating Behaviors and Food Addiction among Nutrition Major College Students. *Nutrients* 8(11). [Internet] 2016. Extraído el 26 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/8/11/673>

10. Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population?. *Nord J Psychiatry* 71(1):61-66 2017. [Internet] 2016. Extraído el 29 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039488.2016.1224272?journalCode=ipsc20>

11. Micali N, Horton NJ, Crosby RD, Swanson SA, Sonnevile KR, Solmi F et al. Eating disorder behaviours amongst adolescents: investigating classification, persistence and prospective associations with adverse outcomes using latent class models. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26(2):231-240. [Internet] 2017. Extraído el 21 de febrero de 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-016-0877-7>

12. Tingting Feng and Dawit Shawel Abebe. Eating behaviour disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of eating disorders* 5:47 [Internet] 2017. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093817>

13. Raquel Vaquero-Cristóbal, Miguel Kazarez y Francisco Esparza-Ros. Influencia de la modalidad de danza en la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en bailarinas preadolescentes, adolescentes y jóvenes. *Nutr Hosp.* 34(6):1442-1447. [Internet] 2017. Extraído el 18 de febrero de 2018. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1091/729>
14. Kathrin Schuck¹, Simone Munsch and Silvia Schneider. Body image perceptions and symptoms of disturbed eating behavior among children and adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 12:10. [Internet] 2018. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29410705>
15. Elizabeth W. Diemer, Jaclyn M. White Hughto, Allegra R. Gordon et al. Beyond the Binary: Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. *Transgender Health* Vol 3.1. [Internet] 2018. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29359198>
16. [Kim Y](#), [Austin SB](#), [Subramanian SV](#) et al. Risk factors for disordered weight control behaviors among Korean adolescents: Multilevel analysis of the Korea Youth Risk Behavior Survey. *Int J Eat Disord.* 51(2):124-138. [Internet] 2018. Extraído el 18 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29341246>

17. Frédérique R. E. Smink & Daphne van Hoeken & Hans W. Hoek. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 14:406–414. [Internet] 2012. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/pdf/11920_2012_Article_282.pdf
18. Camilla Lindvall Dahlgren¹, Line Wisting¹ and Øyvind Rø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders* 5:56. [Internet] 2017. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5745658/pdf/40337_2017_Article_186.pdf
19. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173:11–53. [Internet] 1998. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9850203>
20. Arcelus J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 68(7):724–31. [Internet] 2011. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727255>
21. Keski-Rahkonen A, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a

- nationwide population-based study. Psychol Med 39(5):823–31. [Internet] 2009. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/incidence-and-outcomes-of-bulimia-nervosa-a-nationwide-populationbased-study/D3C4019CBFD27B23CAA6518A4C36FF89>
22. Isomaa R, et al. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year followup study. Eur Eat Disord Rev 17(3):199–207. [Internet] 2009. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19308945/#ft>
23. Favaro A, et al. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. The Journal of Clinical Psychiatry 70 (12):1715–21. [Internet] 2009. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2009/v70n12/v70n1214.aspx>
24. Frédérique R.E. Smink MD, Daphne van Hoeken PhD, Albertine J. Oldehinkel PhD, Hans W. Hoek MD, PhD. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int J Eat Disord. 47(6):610-9. [Internet] 2014. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24903034>
25. [Hudson JI](#), [Hiripi E](#), [Pope HG Jr](#). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. [Kessler RC](#) Biol

Psychiatry 61(3):348-58. [Internet] 2012. Extraído el 21 de febrero de 2018.

Disponible en: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(06\)00474-4/fulltext](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(06)00474-4/fulltext)

26. [Preti A](#), [Rocchi MB](#), [Sisti D](#), [Camboni MV](#), [Miotto P](#). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. Acta Psychiatr Scand 124(1):6-17. [Internet] 2012. Extraído el 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21092024>

27. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. p. 189-197

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en el servicio de pediatría Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2018	¿Cuál es la incidencia de los factores de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren el 2018?	Obtener la incidencia de factores de riesgo en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren el 2018.	Descriptivo, cuantitativo y prospectivo	600 pacientes atendidos por consultorio externo del Servicio de Pediatría del Hospital Alberto Sabogal en 2018	Formulario EAT-26 (Eating attitude test)
		Delimitar la población más afectada dentro de este grupo que se está estudiando.		Sumatoria de puntos obtenidos en el formulario EAT-26. Se califica 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección a las respuestas que más se aproximan a la sintomatología. Sólo el ítem 25 se puntúa de una manera inversa. Una calificación mayor a 20 requeriría entrevista con el especialista.	

2. Instrumentos de recolección de datos

Formulario Eating attitude test (EAT-26)

		Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque 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 tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con mucha harina						
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						

3. Consentimiento Informado

Consentimiento informado para la participación en la investigación

La presente investigación, dirigida por el Dr. Felipe A. Suasnabar Zumaita, residente de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres tiene como objetivo:

Establecer los factores de riesgo actitudinales que podrían desarrollar trastornos de conducta alimentaria en los pacientes del Servicio de Pediatría que son atendidos en Consulta Externa del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante 2018.

Si acepta participar en la presente investigación, las preguntas que se respondan en el formulario y en la entrevista serán harán participes del estudio. Para ello, se requerirá de aproximadamente 30 minutos, los cuales se emplearán para la dar a conocer las instrucciones para el correcto llenado y posterior elaboración del formulario de 26 preguntas.

La información que nos brinde será de carácter confidencial y no será utilizada para ningún otro fin fuera de los de este estudio. Además, serán anónimas.

Una vez transcritas las entrevistas y los cuestionarios, éstos serán almacenados dentro de sus historias clínicas. De existir alguna interrogante sobre esta investigación, puede realizarlas preguntas que requiera en el momento que desee durante su participación en él.

Por otro lado, también puede negar su participación o retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo(a) perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por _____ . Donde previamente me han indicado los objetivos de esta investigación.

También he sido informado que tendré que responder un formulario y algunas preguntas en una entrevista, lo que tomará aproximadamente _____ minutos de mi tiempo. Entiendo que la información que yo brinde en el curso de este proyecto será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro fin fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento.

He sido comunicado de que puedo realizar preguntas sobre el estudio en el momento que desee y que puedo retirarme del mismo cuando yo lo decida, sin que esto signifique algún perjuicio alguno para mi persona.

Comprendo que una copia de la presente hoja de consentimiento informado me será entregada, y que puedo solicitar información de los resultados de esta investigación cuando ésta haya culminado.

Nombre del participante
y DNI

Firma del participante

FECHA: