



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

“RELACIÓN ENTRE EVENTOS TRAUMÁTICOS Y
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2024”

“RELATIONSHIP BETWEEN TRAUMATIC EVENTS AND
EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS TREATED AT THE
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2024”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA

AUTOR
ESMERALDA RUBI SILVA RADO

ASESOR
JORGE MARTIN AREVALO FLORES

LIMA – PERÚ
2024

“RELACIÓN ENTRE EVENTOS TRAUMÁTICOS Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2024”

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

7%

2

García Reyna, Norma Irene. "Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1", Bellaterra : Universitat Autònoma de Barcelona,, 2004

Fuente de Internet

1%

3

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

1%

4

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Infile

Trabajo del estudiante

1%

6

agris.fao.org

Fuente de Internet

1%

7

Submitted to Aliat Universidades

Trabajo del estudiante

		1 %
8	www.grafiati.com Fuente de Internet	1 %
9	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Carlos III de Madrid - EUR Trabajo del estudiante	<1 %
11	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
12	lamenteesmaravillosa.com Fuente de Internet	<1 %
13	bonga.unisimon.edu.co Fuente de Internet	<1 %
14	Ester Idini, Pamela Paredes-Carreño, David Valera-Ceamanos. "Characteristics of Stressful Life Events and Its Relationship With Body Disperception in Patients With Eating Disorders", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2023 Publicación	<1 %
15	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
16	journal.sobep.org.br Fuente de Internet	

<1 %

17 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
Fuente de Internet

<1 %

18 worldwidescience.org
Fuente de Internet

<1 %

19 www.slideshare.net
Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo

1. RESUMEN

La identificación de factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria es esencial para su prevención. Se ha identificado que la exposición a eventos traumáticos puede aumentar el riesgo de padecer estos trastornos, aunque la evidencia no es clara. Con la finalidad de evaluar la relación entre la exposición a eventos traumáticos y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2024, se plantea realizar un estudio de casos y controles. Se seleccionará por conveniencia a adolescentes de ambos sexos que acudan a consulta psiquiátrica en el hospital. Los casos serán pacientes diagnosticados con algún trastorno de la conducta alimentaria según el DSM-5, y los controles aquellos sin dicho diagnóstico. Se empleará el "Cuestionario de TraumaInfantil" para evaluar la exposición a eventos traumáticos. Se realizará el análisis utilizando la prueba de Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney; además, los modelos lineales generalizados para calcular el odds ratio ajustado por edad y sexo. Se espera determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes expuestos y no expuestos a eventos traumáticos y comparar estos grupos, además identificar factores independientes asociados.

Palabras clave: *experiencias adversas de la infancia, trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes.*

2. INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón constituyen trastornos de la conducta alimentaria (TCA), enfermedades psiquiátricas caracterizadas por conductas anormales de alimentación que presentan como característica común, la preocupación por el peso (1). Se estima que la prevalencia de cualquier TCA es del 8.4% para las mujeres y del 2.2% para los varones (2). En Europa alrededor del 4% de mujeres padecen AN, el 2% BN y hasta el 4% trastorno por atracón (3). En Latinoamérica, se estima que el 0.1% de la población sufre AN, el 1.6% BN y el 3.5% de atracones (4).

La sintomatología de la AN se caracteriza por inanición autoimpuesta, emaciación, fatiga, mareos, piel seca entre otros. La BN se distingue por episodios de ingesta excesiva de alimentos seguido de vómitos e ingesta de laxantes como comportamientos compensatorios (5). Aunque ambos trastornos comparten el objetivo de perder de peso, la AN se centra en una restricción extrema a la alimentación, mientras que la BN implica un ciclo de atracones y purgas(6).

Para el diagnóstico de los TCA, es necesario obtener un historial médico detallado que incluya mediciones de altura y peso. Además, existen diversos exámenes disponibles que se realizan mediante entrevistas especializadas, como el Examen de Trastornos Alimentarios, el cual evalúa los síntomas alimentarios durante los últimos 28 días y que consta de cuatro subescalas que abordan ámbitos como la restricción dietética, la preocupación por la alimentación, por la forma y peso corporal (7).

Las opciones terapéuticas para los TCA deben incluir intervenciones cognitivas conductuales que aborden la imagen corporal, las conductas alimentarias y la actividad física (8). Además, es crucial considerar la terapia familiar y opciones farmacológicas como los antidepresivos, así como medicamentos específicos como el Topiramato para la BN y lisdexanfetamina para el trastorno por atracones, los cuales ayudan al control de los síntomas principales. Además, es fundamental aplicar tratamientos específicos que aborden las afecciones coexistentes causadas por estos trastornos (9).

Las complicaciones de los TCA pueden observarse en todos los sistemas corporales, incluidos el sistema reproductivo, cardíaco, metabólico, gastrointestinal, además de presentarse alteraciones hidroelectrolíticas debido a la ingesta dietética restringida, vómitos, abuso de laxantes y diuréticos, pudiendo colocar a las personas en mayor riesgo de inestabilidad y muerte (10). Además, a menudo se presentan junto con otras afecciones psiquiátricas como trastornos bipolares, de personalidad, depresión, ansiedad y abuso de sustancias, que incrementan el riesgo de suicidio (11).

Entre los factores de riesgo para TCA destacan el género, debido a que las mujeres poseen mayor riesgo genético en comparación con los varones, además de la presencia de diagnósticos psiquiátricos como trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo, esquizofrenia, entre otros. Asimismo, dedicarse a trabajos o deportes donde se valore la delgadez, así como tener familiares con estos trastornos, incrementa aún más el riesgo (12). Otro factor que ha ganado relevancia son los eventos traumáticos de la niñez, los cuales

pueden llevar a los individuos a desarrollar TCA como un intento de recuperar el control que sienten haber perdido durante dichos eventos (13).

Un evento traumático durante la niñez, es una experiencia negativa que ocurre en esta etapa y puede llevar a un trauma físico y emocional de larga duración. Estos factores estresantes abarcan el abuso infantil emocional, físico y sexual u experiencias negativas como violencia doméstica o accidentes graves que fueron una amenaza para la vida. Tales experiencias no solo impactan en el bienestar inmediato del niño, sino que también tienen un efecto a largo plazo(14,15).

Para valorar la exposición a estos eventos traumáticos se han diseñado diversos instrumentos a nivel internacional, como el “Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida” (16), y el “Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes CEVE-A-R para Adolescentes” (17). Por otro lado, en el contexto peruano el “Cuestionario de Trauma Infantil” ha sido validado satisfactoriamente y permite evaluar la exposición a negligencias físicas y emocionales, el abuso sexual y el abuso físico-emocional durante la infancia (18).

Poder determinar estos factores de riesgo asociados con los TCA es importante para su prevención. Es por ello, que resulta necesario conocer si los eventos traumáticos representan un factor de riesgo para los TCA. Comprender esta relación proporciona un mejor entendimiento del porqué algunas personas desarrollan estos trastornos, lo cual es fundamental para la identificación precoz de los grupos con alto riesgo. A nivel internacional se han desarrollado algunos estudios que evaluaron la asociación entre estas variables.

Convertino et al (2022) en un análisis multicéntrico de bases secundarias, evaluaron la asociación de eventos traumáticos a TCA en una muestra de 36 309 adultos. Encontraron que la prevalencia de TCA era del 43.8%, y que 24.9% de este grupo había reportado experimentar algún evento traumático. Dentro de las experiencias traumáticas, se mencionó que el 34% de los participantes que presentaban AN. En el análisis multivariado la exposición al evento traumático aumento el riesgo del presentar AN (OR = 2.67; IC95: 1.95 – 3.64). Concluyen que la exposición a eventos traumáticos se asocia con la presencia de TCA (19).

Lie et al (2021) mediante un estudio de casos y controles compararon la prevalencia de exposición a eventos traumáticos en 495 pacientes con TCA y 395 pacientes sin TCA, mayores de 16 años. Observaron que el 81% de pacientes que presentaron algún TCA habían estado expuestos a un evento traumático, en contraste con el 65% que no estuvo expuesto a algún trauma. Además, encontraron asociación significativa entre el trauma experimentado y el TCA (OR: 2.47; $p < 0.001$). Concluyen que vivir alguna experiencia traumática aumenta significativamente el riesgo de presentar algún TCA (20).

Groth et al (2019) en un estudio transversal analítico evaluaron la relación entre las experiencias traumáticas y el padecimiento de algún TCA. Encuestaron a 112 profesionales de la salud mental y les consultaron sobre sus pacientes con TCA. Observaron que el 68.7% de los pacientes que habían sido diagnosticados con TCA habían experimentado algún trauma en algún periodo de su vida. El análisis inferencial mostró que estos eventos traumáticos se asociaban al padecimiento de BN (OR: 109.31; $p = 0.044$). Concluyeron que la

exposición a eventos traumáticos aumentaba el riesgo de presentar algún TCA específico (21).

No obstante, aunque la exposición a eventos traumáticos ha sido identificada como un posible factor de riesgo para el desarrollo de TCA, la evidencia no es clara, y actualmente en nuestro medio no existe literatura científica que haya evaluado esta asociación. Por lo tanto, se presenta la siguiente interrogante de investigación: ¿La exposición a eventos traumáticos está asociada a trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2024?

3. OBJETIVOS

a) Objetivo General

- Evaluar la asociación entre la exposición a eventos traumáticos y los trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia durante el 2024.

b) Objetivos Específicos

- Determinar la proporción de trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes que estuvieron expuestos a eventos traumáticos.
- Determinar la proporción de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes que no estuvieron expuestos a eventos traumáticos.
- Comparar las proporciones de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes que estuvieron y no estuvieron expuestos a eventos traumáticos.

- Identificar los factores independientes asociados a los trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes.

4. METODOLOGÍA

a) **Diseño del estudio:** Observacional, analítico, de casos y controles.

b) **Población**

- **Población blanco:** Pacientes adolescentes que acuden a servicios de psiquiatría.

- **Población accesible:** Pacientes adolescentes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia.

- **Población de estudio:** Pacientes adolescentes que reciban atención psiquiátrica en el Hospital Cayetano Heredia entre julio y diciembre del 2024 y que acepten ser parte de la investigación de manera voluntaria.

- **Criterios inclusión:**

Casos: Pacientes de ambos sexos con edades de 13 a 18 años que hayan sido diagnosticadas con algún trastorno de la conducta alimentaria según los criterios del DSM-5.

Controles: Pacientes de ambos sexos con edades de 13 a 18 años que no hayan sido diagnosticadas con algún trastornos de la conducta alimentaria según los criterios del DSM-5.

- **Criterios exclusión.**

- Pacientes que no brinden su consentimiento para formar parte de este estudio.
- Pacientes con registros médicos incompletos o ilegibles.

- Presentar algún trastorno neurológico, psiquiátrico u orgánico que no le permita responder a los cuestionarios necesarios para la investigación.

c) Muestra

- **Unidad de análisis:** Cada adolescente que recibe atención psiquiátrica en el HNCH entre julio y diciembre del 2024.
- **Unidad de muestreo:** Historia clínica de cada paciente.
- **Tamaño de muestra:** Se consideró el antecedente de Convertino et al (19), en el que se reporta que la prevalencia de TCA en pacientes que estuvieron expuestos a un evento traumático de tipo sexual fue del 34%, siendo la exposición a este evento un factor de riesgo para el TCA (OR: 2.67). Estos datos fueron utilizados en el módulo de tamaños de muestra para estudios de casos y controles del programa EPIDAT 4.2. Se obtuvo un tamaño total de 184 pacientes, con una proporción de 1 control por cada caso, como se muestra a continuación:

No obstante, se consideró la población de TCA existente, la cual es de 50 pacientes anualmente y se aplicó corrección poblacional, obteniendo una muestra final de 64 pacientes de 32 casos y 32 controles (Anexo 5).

- **Tipo de muestreo:** no probabilístico, por conveniencia.

d) Definición operacional de variables

1. Variable dependiente

- **Trastorno de la conducta alimentaria:** Diagnóstico definitivo realizado según los criterios del DSM-5 de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, y registrado en la historia clínica. Cualitativa nominal dicotómica. Las categorías de las respuestas registradas serán 0 = Sí y 1 = No.

2. Variables independientes

- **Evento traumático:** Auto-reporte de exposición a eventos traumáticos según el “Cuestionario de Trauma Infantil”. Cualitativa nominal dicotómica. Las categorías de las respuestas registradas serán 0 = Sí (si el puntaje promedio fue ≥ 1) y 1 = No (si el puntaje promedio es 0). Además, se valorará 3 dimensiones: negligencia, abuso sexual y abuso físico-emocional. Estas dimensiones se valorarán de forma cuantitativa continua según el puntaje obtenido.

3. Variables intervinientes

- **Edad:** Años cumplidos por el paciente al momento del estudio, según el registro médico. Cuantitativa de razón. La unidad de medida de la respuesta serán los años.
- **Sexo:** Característica biológica del paciente según registro médico. Cualitativa nominal dicotómica. Las categorías registradas serán: 0 = Masculino y 1 = Femenino.

e) Procedimientos

- Para llevar a cabo el estudio, primero se deberá obtener la aprobación del proyecto por parte de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y, posteriormente, solicitar el permiso de ejecución a la institución hospitalaria correspondiente.
- Durante la consulta psiquiátrica se seleccionará a los pacientes adolescentes que estén recibiendo atención psiquiátrica y que hayan sido diagnosticados con algún TCA, quienes constituirán el grupo de casos. De igual forma se

seleccionará a los pacientes que acudan a consulta psiquiátrica que no hayan presentado algún TCA, constituirán el grupo control.

- Se verificará que se cumplan con los criterios de selección, y se registrará en la ficha de recolección de datos (Anexo 1) datos de las variables de interés.
- Durante la atención del paciente se le presentará el “Cuestionario de Trauma Infantil” (Anexo 2). Este instrumento está conformado por 23 ítems con respuestas tipo Likert que van desde “nunca” (0 puntos) hasta “siempre” (4 puntos), con los ítems 2, 5, 7, 11, 14, 17 y 20, que se valoran con un puntaje mínimo de 0 si la respuesta fue “siempre” y un puntaje máximo de 4 si la respuesta fue “nunca”. Este cuestionario valora 3 dimensiones: la negligencia (ítem 1,2,4,5,6,7,11,14,17,20), el abuso sexual (ítems 8, 18, 19, 21 y 22), y el abuso físico-emocional (ítems 3,9, 10,12,13,15,16,23), y ha sido previamente validado en el ámbito peruano, obteniendo un alpha global de Cronbach de 0.95 (18).
- Según la respuesta obtenida en el cuestionario, se terminará de completar la ficha de recolección de datos según la exposición a algún evento traumático cuando el puntaje promedio global obtenido en la escala sea ≥ 1 . Además, se determinará que, a mayor puntaje, mayor fue mayor el trauma en la niñez, según las dimensiones evaluadas en el cuestionario.
- Al finalizar con la recopilación de información, los datos se ingresarán en el programa Excel 2019, donde serán organizados y sometidos a un análisis estadístico.

f) Aspectos éticos

Para proceder con el estudio, se obtendrán todos los permisos y autorizaciones necesarios, asegurando la confidencialidad de las participantes mediante la codificación de sus datos con iniciales. Siguiendo las directrices de CIOMS (22) para investigaciones observacionales, los datos recolectados serán utilizados exclusivamente con fines científicos. Además, se precisa que se solicitará al participante su asentimiento para participar del estudio (Anexo 3), y al ser menores de edad, se consultará también al apoderado por su consentimiento (Anexo 4) para que su menor hijo o hija participe del estudio.

g) Plan de análisis

Los datos serán analizados utilizando el software STATA 17 y se presentarán de acuerdo a su tipo: los datos cualitativos se mostrarán en términos de frecuencia y porcentaje, mientras que los datos cuantitativos se expresarán en promedios y desviaciones estándar. Para determinar la asociación entre las variables cualitativas se empleará la prueba de Chi-cuadrado, y la prueba de U de Mann-Whitney para valorar la asociación entre las variables cualitativas, con un nivel de significancia de $p < 0.05$ en ambos casos. Luego, se utilizarán modelos lineales generalizados para calcular el odds ratio sin ajustar en un análisis univariado. Posteriormente, se ajustará la variable por edad y sexo del participante en un modelo multivariado para obtener el odds ratio ajustado. Se registrarán los intervalos de confianza al 95% y se considerará significativa la asociación cuando el valor de p sea inferior a 0.05.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahji A, Mazhar M, Hudson C, Nadkarni P, Macneil B, Hawken E. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psyc Res.* 2019, 273: 58-66.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402-1413.
3. Larsen JT, Yilmaz Z, Bulik CM, et al. Diagnosed eating disorders in Danish registers - incidence, prevalence, mortality, and polygenic risk. *Psychiatry Res.* 2024;337:115927.
4. Arija V, Santi M, Novalbos J, Rodríguez A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta. *NutrHosp.* 2022; 39(2): 8-15.
5. Costandache I, Munteanu O, Salaru A, Oroian B, Cozmin M. An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy. *PostepPsychiatr Neurol.* 2023;32(1):40-48.
6. Tan EJ, Raut T, Le LK, Hay P, Ananthapavan J, Lee YY, Mihalopoulos C. The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. *J EatDisord.* 2023;11(1):51.
7. Murray B, Zbozinek D, Craske M. Neural, physiological, and psychological markers of appetitive conditioning in anorexia nervosa: a study protocol. *J EatDisord.* 2022, 10: 68.
8. Samatán E, Ruiz P. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante la pandemia covid 19: estudio trasversal. *RevPsiqu.* 2021; 38(1): 40-52.
9. Klein D, Jillian E, Sylvester M, Schvey A. Eating disorders in primary care: Diagnosis and management. *Am FamPhysician.* 2021; 103(1): 22-32.
10. Peebles R, Sieke E. Medical complications of eating disorders in youth. *ChildAdolPysch Clin.* 2019; 28(4): 593-615.
11. Hambleton A, Pepin G, Le A. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J EatDisord.* 2022, 10: 132.
12. Varela C, Hoyo Á, Tapia-Sanz E, Jiménez-González I, Moral J, Rodríguez-Fernández P. An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: a systematic review. *Front Psychol.* 2023. 8;14:1221679.
13. Groth T, Hilsenroth M, Boccio D, Gold J. Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. *J Child Adolesc Trauma.* 2019;13(4):443-453.
14. Rabito-Alcón MF, Baile JI, Vanderlinden J. Mediating Factors between Childhood Traumatic Experiences and Eating Disorders Development: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2021;8(2):114.
15. Brewerton TD. Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. *J EatDisord.* 2022;10(1):162.

16. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*. 2004;11(4):330–41.
17. Santacruz M, Delgado C. Caracterización psicométrica del cuestionario de eventos vitales estresantes CEVE-A-R para adolescentes de Pasto [tesis de grado]. [San Juan de Pasto]: Universidad de Nariño; 2011. 79 p.
18. Roncal Teran YM. Adaptación y Validación del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ - FC) en una muestra de estudiantes universitarios de Lima [tesis de grado]. [Lima]:Universidad Peruana Unión; 2020. 28p.
19. Convertino AD, Morland LA, Blashill AJ. Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *Int J EatDisord*. 2022;55(8):1079–89.
20. Lie S, Bulik CM, Andreassen OA, Ro O, Bang L. Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1).
21. Groth T, Hilsenroth M, Boccio D, Gold J. Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *J Child Adolesc Trauma*. 2020;13(4):443–53.
22. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4th ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.

5. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto: El financiamiento será asumido al 100% por el autor.

Código	Tiempo	Descripción	Unidad	Costo total
2.3.21.21	12 meses	Movilidad	-	600.00
2.3.24.42	--	Asesoría estadística	300	300.00
2.5.42.11	--	Permisos	25	25.00
2.3.22.44	12 meses	Internet	50	300.00
	TOTAL			1225.00

Presupuesto total será aportado en su totalidad por la investigadora.

Cronograma.

ACTIVIDADES	2024-2025					
	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene
1. Elaboración del proyecto	X					
2. Presentación del proyecto		X				
3. Aprobación del proyecto.		X				
4. Recolección de datos			X	X	X	
5. Análisis de datos						X
6. Redacción del informe						X

6. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

Trastorno de la conducta alimentaria(AN y BN)	() No () Sí
Evento traumático	_____ puntaje () No () Sí
Negligencia	_____ puntaje
Abuso sexual	_____ puntaje
Abuso físico-emocional	_____ puntaje
Edad	_____ años
Sexo	() Masculino () Femenino

**ANEXO 2. CUESTIONARIO DE TRAUMA INFANTIL (CTQ)-
FORMULARIO CORTO**

CÓDIGO:

FECHA:

Estas preguntas son sobre algunas de sus experiencias cuando era niño y adolescente. Paracada pregunta, marque con una (X) el casillero que mejor describa cómo se siente. A pesar de que algunas de estas preguntas son de naturaleza personal, intente responder tan honestamente como pueda. Sus respuestas se mantendrán confidenciales.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos?

N: Nunca	CS: Casi siempre	AV: A veces	CS: Casi siempre	S: Siempre
-----------------	-------------------------	--------------------	-------------------------	-------------------

Nº	Evento	N	CN	AV	CS	S
1	No tuve suficiente para comer					
2	Había que había alguien para cuidarme y protegerme.					
3	Alguien de mi familia me insultaba, como estúpido (a), flojo(a), feo (a).					
4	Mis padres estaban muy embriagados o drogados para poder cuidar de mi familia.					
5	Había alguien de mi familia que me ayudó a sentirme especial e importante					
6	Tuve que usar ropa sucia					
7	Me sentí amado					
8	Creo que fui abusado sexualmente					
9	Alguien de mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones					
10	Me golpearon con correa, palo, cuerda u otras cosas que me hacían daño					
11	Las personas de mi familia se cuidaban las unas a las otras					
12	Las personas de mi familia decían cosas que me herían u ofendían					
13	A menudo me castigaban físicamente cuando cometía un error					
14	Había alguien que me llevara al médico cuando lo necesitaba					
15	Me golpearon tanto que un profesor, vecino o médico se llegaron a dar cuenta					
16	Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
17	Las personas de mi familia se sentían unidos unos con otros					
18	Me hicieron tocamientos indebidos					
19	Me amenazaron con golpearme o contar mentiras sobre mí, si no hacía cosas sexuales					
20	Mi familia fue fuente de seguridad y apoyo					
21	Me intentaron forzar para hacer cosas sexuales o ver videos sobre sexo					
22	Alguien se acercó a mí con insinuaciones sexuales					
23	Creo que fui maltratado emocionalmente.					

ANEXO 3. ASENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE EVENTOS TRAUMÁTICOS Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2024

PROPÓSITO: Evaluar la relación entre la exposición a eventos traumáticos y los trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2024.

Yo,

_____ de
_____ años, identificada con DNI _____, habiendo sido informada sobre el propósito del presente estudio; acepto voluntariamente participar EN LA INVESTIGACIÓN.

Por su parte la investigadora se compromete a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato y secreto profesional. Respetando la decisión de los participantes y apoderados que, en caso de retiro voluntario, sin afectar el trato y la atención.

Los resultados revelarán datos generales y siempre se procurará el bien el respeto a los derechos humanos de los participantes.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.

Lima,....de del 2024

FIRMA DEL PARTICIPANTE
DNI:

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL APODERADO

**TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE EVENTOS
TRAUMÁTICOS Y TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2024**

PROPÓSITO: Evaluar la relación entre la exposición a eventos traumáticos y los trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2024.

Yo,

_____ de
_____ años, identificada con DNI _____, habiendo sido informada sobre el propósito del presente estudio; acepto voluntariamente que mi menor hijo/a, de nombre _____, con DNI _____ participe EN LA INVESTIGACIÓN.

Por su parte la investigadora se compromete a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato y secreto profesional. Respetando la decisión de los participantes y apoderados que, en caso de retiro voluntario, sin afectar el trato y la atención.

Los resultados revelarán datos generales y siempre se procurará el bien el respeto a los derechos humanos de los participantes.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.

Lima,....de del 2024

FIRMA DEL APODERADO
DNI:

ANEXO 5. TAMAÑO MUESTRAL

Calculado mediante el programa Epidat 4.2, en base a los datos del estudio previo de Convertino et al, según:

Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	34,000%
Proporción de controles expuestos:	16,174%
Odds ratio a detectar:	2,670
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	92	92	184

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Fuente: Epidat 4.2

No obstante, es de conocimiento de la investigadora principal de este estudio, que la población aproximada de adolescentes con TCA en el Hospital Cayetano Heredia es de 50 pacientes anualmente. Por lo tanto, se realizó la corrección para muestras finitas:

$$Nc = \frac{N}{1 + \frac{N}{PT}}$$

En esta fórmula se considera el tamaño muestra previamente calculado para los casos ($N = 92$), y el tamaño real de la población ($PT = 50$). Al reemplazar los valores se obtiene un tamaño de muestra de 32 casos y 32 controles. Por lo tanto, el tamaño muestral final será de 64 pacientes.