



Universidad César Vallejo

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Trastornos de la conducta alimentaria y apoyo social en estudiantes

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Gambini Acosta, Estephany Pamela (orcid.org/0009-0000-0975-2549)

ASESORA:

Dra. Soto Vasquez, Marilu Roxana (orcid.org/0000-0002-1178-4678)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SOTO VASQUEZ MARILU ROXANA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Trastornos de la conducta alimentaria y apoyo social en estudiantes", cuyo autor es GAMBINI ACOSTA ESTEPHANY PAMELA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 11%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 23 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SOTO VASQUEZ MARILU ROXANA DNI: 28294849 ORCID: 0000-0002-1178-4678	Firmado electrónicamente por: MSOTOVA18 el 31- 10-2024 17:11:12

Código documento Trilce: TRI - 0885604



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, GAMBINI ACOSTA ESTEPHANY PAMELA estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Trastornos de la conducta alimentaria y apoyo social en estudiantes", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ESTEPHANY PAMELA GAMBINI ACOSTA DNI: 72044454 ORCID: 0009-0000-0975-2549	Firmado electrónicamente por: EGAMBINI el 23-10- 2024 00:33:02

Código documento Trilce: TRI - 0885605

DEDICATORIA

A mi padre Frank Ricardo Gambini Vidal , por su amor incondicional y su constante soporte y apoyo en el largo transcurrir de este viaje de formación profesional. Cuya guía y sabiduría han sido preponderantes para mi desarrollo académico y humanístico. Este logro es tan suyo como mío. Las lecciones de perseverancia y sacrificio han sido la inspiración detrás de cada página de esta tesis. Gracias por ser mi ejemplo a seguir.

Esta tesis está dedicada a mi increíble perro cocker spaniel, Austin Ames por ser mi soporte emocional y mi compañero fiel durante todas las noches de desvelo.

AGRADECIMIENTO

Para mi psicólogo Pierre por ser la red de apoyo que todo estudiante necesita. Este logro es un testimonio de nuestro vínculo inquebrantable.

Agradecimiento para mi madre por ser mi fuente constante de apoyo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA.....	11
III. RESULTADOS.....	15
IV. DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS	26
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de apoyo social y sus dimensiones en estudiantes de ciencias de la salud.....	15
Tabla 2. Niveles del trastorno de la conducta alimentaria y sus dimensiones.	16
Tabla 3. Análisis de relación entre el apoyo social y el trastorno de la conducta alimentaria.....	17
Tabla 4: Relación entre el apoyo social y las dimensiones del trastorno de la conducta alimentaria.	18

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el apoyo social y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad privada. **Materiales y métodos:** Estudio no experimental, de tipo correlacional y de carácter transversal, basado en una muestra de 139 estudiantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) para evaluar los TCA y el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) para medir el apoyo social y sus dimensiones: informacional, afectivo e instrumental. La confiabilidad de ambos instrumentos fue alta, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,986 y 0,996, respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS, aplicando el coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** Se encontró que el nivel medio de apoyo social fue predominante en los participantes (48,9%), seguido por el nivel alto (27%). En cuanto a los TCA, la mayoría de los estudiantes presentó niveles bajos en dieta (75,6%), bulimia (76,7%) y control oral (78,5%). La correlación entre el apoyo social y los TCA fue alta e inversa ($\rho = -0,830$; $p = 0,018$), lo que indica que un mayor apoyo social se asocia con un menor riesgo de TCA. Sin embargo, al analizar cada dimensión de apoyo social, las correlaciones con los TCA fueron bajas y no significativas ($p > 0,05$). **Conclusión:** Existe una relación alta e inversa entre el apoyo social y los trastornos de la conducta alimentaria. Los estudiantes con mayor apoyo social percibido presentan un menor riesgo de desarrollar TCA. No obstante, las dimensiones específicas del apoyo social no muestran una asociación significativa con los TCA.

Palabras claves: Apoyo social, trastorno de la conducta alimentaria, estudiantes.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between social support and eating disorders (ED) in health sciences undergraduate students from a private university. **Materials and methods:** Non-experimental, correlational and cross-sectional study, based on a sample of 139 students selected by non-probabilistic convenience sampling. The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) was used to assess ED and the MOS Questionnaire of Perceived Social Support (MOS) was used to measure social support and its dimensions: informational, affective and instrumental. The reliability of both instruments was high, with Cronbach's alpha coefficients of 0.986 and 0.996, respectively. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying Spearman's correlation coefficient. **Results:** It was found that the medium level of social support was predominant in the participants (48.9%), followed by the high level (27%). Regarding eating disorders, most students had low levels of dieting (75.6%), bulimia (76.7%) and oral control (78.5%). The correlation between social support and eating disorders was high and inverse ($\rho = -0.830$; $p = 0.018$), indicating that greater social support is associated with a lower risk of eating disorders. However, when analyzing each dimension of social support, the correlations with eating disorders were low and not significant ($p > 0.05$). **Conclusion:** There is a high and inverse relationship between social support and eating disorders. Students with greater perceived social support have a lower risk of developing eating disorders. However, specific dimensions of social support do not show a significant association with eating disorders.

Keywords: Social support, eating disorder, students.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios evitativos/restrictivos causan pérdida de peso y deficiencias nutricionales, sin preocuparse por la imagen corporal ni temor al incremento del peso, y pueden requerir suplementos nutricionales. Estas condiciones afectan gravemente la salud en sus dimensiones tanto física como psicosocial de los individuos de ambos sexos (1).

Este fenómeno se observó en varias regiones del mundo. En Latinoamérica, por ejemplo, la prevalencia de la anorexia fue menor en comparación con Europa del Este y Estados Unidos; sin embargo, se reportaron índices más altos de bulimia y de atracones alimentarios (2). Estas diferencias también fueron evidentes en un contexto regional: en Europa se registró una frecuencia de trastornos alimentarios del 2,2%, en Asia del 3,5%, y en América alcanzó el 4,6% (3).

En España, se estimó que la prevalencia de los cuadros de anorexia nerviosa (AN) oscilaba del 0,1% hasta el 1,5%, mientras que la bulimia nerviosa afectaba porcentualmente del 1% hasta un 3% de la población. Además, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no especificados también presentaron una incidencia significativa (4). Se estima que alrededor del 3% de los adolescentes en México padecen bulimia o anorexia, y que cerca del 6% muestra variantes clínicas de estos trastornos. En cuanto a Perú, investigaciones como la de Cavero en el 2020 revelaron que, de un grupo de 40 adolescentes, el 75% enfrenta riesgos relacionados con los trastornos alimentarios (5).

Epidemiológicamente son patologías propias de países occidentales desarrollados, en varias culturas y países menos desarrollados. A nivel internacional, la prevalencia informada entre los jóvenes antes del DSM-5 era del 0,5% al 1% para la AN y del 1% al 2% y el 4% para la BN (bulimia nerviosa), y llegaba hasta el 14% para los TCA no Especificados. Por otro lado, la prevalencia de TA (trastorno alimentario) en adolescentes y niños sería del 1-3%, significativamente mayor entre quienes buscan tratamiento para la obesidad (6).

De igual manera, la tendencia de problemas alimentarios en Perú se ve confirmada. Una investigación de Ponce y sus colaboradores en el 2017 indicó que, entre 375 adolescentes evaluados, el 10% mostró señales claras que podrían llevar a un diagnóstico (7).

La prevalencia de trastornos alimentarios en zonas como en Puno-Perú es alarmante, las instituciones educativas de la región deben abordar este tema, reduciendo el riesgo de trastornos alimentarios en un 49,3% en este estudio. El IMC es crucial para clasificar los TCA en estudiantes de secundaria. En promedio, el IMC es normal, pero para las alumnas del género femenino es alarmante. La prevalencia de trastornos alimentarios entre los educandos de secundaria es del 10% para los varones y del 37% para las féminas (8).

La situación del estado alimenticio entre los estudiantes generó inquietud, por lo que el estudio se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo se relacionaron los trastornos de la conducta alimentaria con el apoyo social en estudiantes de ciencias de la salud?

En este marco, la justificación teórica subrayó la relevancia de contar con conocimientos actualizados sobre los trastornos alimentarios, ya que estos trastornos presentaron patrones conductuales identificables como señales de riesgo. Así, comprender estos patrones resultó esencial para prevenir la aparición de dichos trastornos.

Asimismo, la justificación social de la investigación estuvo dirigida al análisis de los nuevos patrones de conducta asociados con los trastornos alimentarios, lo que aportó a los especialistas en salud herramientas valiosas para abordar estos problemas sociales de manera efectiva. El objetivo fue identificar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el apoyo social en estudiantes de ciencias de la salud. Los objetivos específicos fueron, Identificar los niveles de apoyo social y sus dimensiones en estudiantes de ciencia de la salud. Identificar los niveles de las dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la salud. Determinar la relación entre el apoyo social y las dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria.

Entre los estudios que buscaron la relación entre las variables planteadas está el de Namjoo, et al. en Irán, quienes evaluaron la asociación entre los trastornos alimentarios y el apoyo social, para lo cual desarrollaron un diseño transversal analítico en 282 estudiantes de medicina aplicando la Prueba de Actitud Alimentaria (EAT-26) donde el 51,1% fueron hombres. La prevalencia de trastornos alimentarios en los universitarios de medicina fue positivo en el 17% y negativo 83%. mientras que el apoyo social fue alto con un 50,7%, moderada con 43,6% y bajo 5,7%. Se concluyó que el riesgo de padecer TCA está relacionado con el bajo nivel de apoyo social que percibieron cada uno de los estudiantes de medicina con una $p < 0,05$ (9).

Sanjuán-Navarro, et al., asociaron el riesgo de TCA y los factores de apoyo social en alumnos de odontología de una Universidad Colombiana. Fue un estudio transversal aplicado a 278 estudiantes, usándose para tal fin el test EAT-26, obteniéndose que el riesgo de TCA fue del 27,6% para los hombres y del 28,7% en mujeres. Y apoyo social alcanzó un 40% de óptimo. Se halló que los estudiantes que recibieron apoyo mediante las redes sociales fueron más propensas a reportar los síntomas de TCA obtuvo una RPa de 1,85; IC 95% : 1,19-2,88. Los modelos multivariados mostraron que entre las mujeres universitarias que reportaron una mala salud autoevaluada y algunos síntomas tenían más probabilidades de reportar síntomas de TCA (10).

En la publicación de Kilby, se investigó la conexión entre los trastornos alimentarios, y el apoyo social como mediadores. Para lo cual ejecutaron un diseño transversal en 134 universitarios a quienes se les suministró la Escala de MOS y la Prueba de actitudes alimentarias (EAT-26). Se analizaron las correlaciones entre dichas escalas. Se halló que el apoyo social se correlaciona negativamente con los trastornos alimentarios, donde el apoyo social no actúa como mediador entre ninguna otra variable, ni predice ni es predicho por las otras variables (11).

En Canadá, Weave, analizó si los trastornos alimentarios entre estudiantes universitarios pueden impedir la salud y el éxito académico y como el apoyo social puede ayudar a mejorar los síntomas. Se uso un diseño de transversal en

142 estudiantes de tres universidades del este de Canadá. riesgo de TA, los síntomas, las conductas y la recuperación. Se analizaron los datos en 2293 universitarios canadienses recopilados en la encuesta de Evaluación Nacional de Salud Universitaria. En general, el 4,9% de la muestra fue diagnosticado con un TCA, mientras que aproximadamente el 25% de toda la muestra se consideró en riesgo de TCA. Las pruebas de chi-cuadrado de dos factores revelaron que aquellos en la muestra de riesgo de TCA, no se halló relación entre los problemas con la familia y las relaciones con los pares, y menos probabilidades de reportar un sentido de conexión con la comunidad en comparación con la muestra sin riesgo (12).

En Venezuela Ramírez, et al., analizaron cuan prevalente son los TAC asociadas trastornos del comportamiento alimentario en universitarios, el diseño fue analítico, no experimental y transeccional, con una muestra de 357 universitarios, se halló un factor de riesgo de 12,61% para el total de la muestra. Se halló altas cifras porcentuales de las tendencias de los TCA entre dos de 6 instituciones, con 4% y la otra obtuvo 3,4% para la muestra total, y 31,11% y 26,67% para el grupo Si-TCA y universitarios de Ciencias Económicas y Administrativas 6,4% para la muestra total y 51,1% para el grupo Si-TCA. Lo hallado indica que la prevalencia de riesgo de TAC supera levemente lo esperado (13).

En el Reino Unido, según Agea, se examinó la prevalencia de TCA, insomnio y consumo de sustancias alcohólicas en exceso en el Reino Unido en relación con el síndrome de burnout. En una investigación que incluyó a 231 médicos, se halló que el 45% de aquellos que presentaban burnout también reportaban un consumo excesivo de alcohol. Asimismo, se observó que entre el 24% y el 28% de los médicos con burnout mostraban algún tipo de trastorno alimentario, mientras que entre el 71% y el 10% presentaban dificultades para conciliar el sueño. Estos resultados resaltan la conexión entre el burnout y diversos problemas de salud mental y conductual en el ámbito médico del Reino Unido (14).

En Latinoamérica, Romero, estudió la relación entre algunos factores y los trastornos alimentarios en adultos. Al revisar varios artículos, se identificó que entre el 11% y el 25% de los adultos tuvieron estrés laboral, el cual se asocia con diversas consecuencias negativas, tales como la reducción de las interacciones sociales, falta de organización personal, síntomas depresivos, disminución de la autoestima, accidentes laborales y problemas de alimentación. Estos resultados subrayan los elevados niveles de estrés laboral que impactan la regulación alimentaria y recalcan la importancia de abordar tanto el estrés laboral como sus efectos en la salud tanto mental como físico en los trabajadores (15).

En Perú Zapana, investigó la relación entre la predisposición a TCA y los niveles de ansiedad en estudiantes de ciencias de la salud durante el confinamiento. Se encuestó a 125 alumnos de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) entre julio y septiembre de 2020. Los hallazgos revelaron que el 43% de estudiantes con predisposición a TCA experimentaron altos niveles de ansiedad, en comparación con el 19% de aquellos que no presentaban dicha predisposición, quienes mostraban niveles similares de ansiedad. Estos hallazgos sugieren una conexión entre la propensión a desarrollar trastornos alimentarios y cuadros ansiosos en los alumnos de ciencias de la salud durante el confinamiento (16).

Otras investigaciones indicaron que el 33,9% de los universitarios se encuentran en un riesgo considerable de desarrollar TCA. Asimismo, en otra investigación, se identificó el estrés como un factor clave vinculado a los riesgos de desarrollar TCA. Esta relación sugiere que el estrés podría tener un efecto considerable en la aparición de dichos trastornos en los universitarios. Además, el estudio destacó que el estrés fue el factor más destacado relacionado con los TCA, afectando aproximadamente a un tercio (31,4%) de los estudiantes encuestados. Estos resultados indican que abordar el estrés podría ser esencial para prevenir o reducir la incidencia de estos trastornos en esta población (18).

Los TCA representan un conjunto de enfermedades de carácter bio psicológico grave, donde hay múltiples factores asociado a su desarrollo, dicho trastorno

puede conducir al deceso de quien lo sufre. Además, los factores de tipo cultural adquieren especial relevancia al tratar de dar explicación cómo describe, diagnostica controla y minimiza en entorno social (19).

La TCA también se le conoce como trastorno evasivo/restrictivo de alimentación que resulta una nueva conceptualización que señala a aquellos que consiguen una disminución significativa del peso o cuando ocurre un déficit nutricional, o cuando ocurre una dependencia de suplementos dietéticos. Dichas personas tienen influencia psicosocial ocasionado por una reducción de ingesta de calorías, aunque no hay alteración de la percepción de un incremento en el peso. Por tal motivo, los argumentos teóricos manifiestan que, los sujetos con trastornos alimentarios experimentan cambios en la alimentación, así como otros cambios cognitivos, emocionales y conductuales (20).

En la misma línea, diversas investigaciones indican que la prevalencia de TCA entre los estudiantes es notable, con cerca de uno de cada diez alumnos mostrando indicios de dichos trastornos. Además, se sugiere que estos trastornos pueden verse afectados por factores sociales, como la dinámica familiar y el entorno laboral (21-23).

Por lo tanto, los fundamentos teóricos sugieren que los individuos con TAC experimentan alteraciones en sus hábitos alimenticios, así como cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual. El Manual diagnóstico y estadístico DSM-5, reconoce varios diagnósticos diferentes, destacando especialmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) (24).

La anorexia se define por una restricción extrema en la ingesta de productos alimenticio, impulsada por un extremo miedo al aumento de peso, lo que resulta en un peso corporal considerablemente disminuido en comparación con la edad, el sexo, la salud física y desarrollo del individuo. Según la OMS el índice de masa corporal (IMC) de 18,5 kg/m² o menos para adultos, y un IMC por debajo del percentil cinco para el grupo de adolescentes, son indicadores de esta condición (25).

La anorexia nerviosa que se subdivide en dos tipos: el tipo restrictivo (ANR), que es caracterizada por una extremadamente limitada ingesta de alimentos y un ejercicio excesivo durante al menos los últimos tres meses, y el subtipo purgante (ANP), que conserva las conductas del ANR, pero incluye prácticas compensatorias regulares, como el vómito que uno mismo se induce y el uso indebido de laxantes, medicamentos o algún diurético. Además, la anorexia nerviosa frecuentemente se presenta junto con otras comorbilidades, siendo las más comunes la ansiedad, la depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y trastornos de la personalidad, especialmente los de tipo antisocial, histriónico y limítrofe (13).

En pacientes con el subtipo bulímico, al igual que en aquellos diagnosticados con bulimia nerviosa (BN), se observa una comorbilidad que se relaciona con mayores niveles de problemas psicológicos, como disforia, ansiedad, depresión, comportamientos antisociales, uso de sustancias y robos, en comparación con los que tienen bulimia restrictiva. Para que se diagnostique BN, es fundamental que ocurran episodios recurrentes de atracones, que implican un consumo en exceso de alimentos con una sensación de falta de control, al menos un día a la en el transcurrir de tres meses. Además, deben estar presentes ciertas conductas de tipo compensatorio inapropiados con el fin de reducir el incremento del peso y una percepción corporal que se ve excesivamente influenciada por el peso. Este trastorno tiende a ser más difícil de identificar, ya que las personas afectadas suelen ocultar su condición, manteniendo un peso normal o incluso siendo sobrepeso u obesas. La incidencia de BN es notablemente mayor en mujeres, con una proporción de 9 a 1 en comparación con hombres, y generalmente se manifiesta más tarde que la anorexia nerviosa (AN), habitualmente entre los 15 y 25 años. Asimismo, es común que los individuos con BN presentan abuso de sustancias, que a menudo comienza como un intento de controlar el hambre (26).

Los trastornos alimentarios son el producto de la interacción compleja entre componentes ambientales, psicológicos y biológicos, que dan lugar a modelos de influencias psicosociales. Dentro de este marco, la genética se considera un factor de mayor relevancia en los TCA en comparación con los aspectos

ambientales. Investigaciones sobre familias han demostrado que el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario aumenta hasta diez veces si un familiar sufre de anorexia nerviosa (AN) (27).

En la revisión de artículos, se subrayó que los estudios realizados con gemelos ofrecieron la oportunidad de evaluar la influencia de factores ambientales como genéticos en los trastornos alimentarios. En este contexto, se determinó que las influencias genéticas constituían el 56% del riesgo de anorexia nerviosa, con un porcentaje del 71% en gemelos que son idénticos y del 10% en gemelos que no son idénticos. Asimismo, se encontró que los factores psicológicos asociados con el desarrollo de TCA presentaban características variadas, muchas de las cuales coexisten con factores genéticos que alteraban los hábitos alimenticios (14).

Los pacientes diagnosticados con TCA a menudo presentaban características de personalidad que precedían a la enfermedad. Entre aquellos factores de riesgo detectados, se destacaron el perfeccionismo elevado, el autocontrol riguroso, la alta autoexigencia, la autoestima disminuida, la escasa tolerancia a una situación frustrante y una hipersensibilidad social significativa. En este marco, se observó que el perfeccionismo podía actuar como un indicador diagnóstico común entre el TCA y otros trastornos frecuentemente vinculados, como la depresión y la ansiedad. Un estudio reciente realizado por Dreiberg y sus colaboradores reveló que la depresión y la ansiedad mediaban la relación entre el perfeccionismo y los síntomas asociados con los TCA (28).

El trastorno asociado con los TCA, como la depresión mayor y el trastorno denominado obsesivo compulsivo, podría haber actuado como un factor precursor en el desarrollo de la bulimia nerviosa (BN), la anorexia nerviosa (AN) y otros TCA. Esta relación se detalla a través de criterios genéticos compartidos; sin embargo, los cambios en el consumo alimentario y el peso, que se asocian con síntomas de trastornos depresivos o de ansiedad, también pueden haber sido factores predisponentes para la aparición de los TCA. La insatisfacción corporal (IC) surgió como un componente psicológico crucial en la etiología de los trastornos alimentarios. En las adolescentes, la IC durante la adolescencia

temprana se identificó como el predictor más consistente de trastornos alimentarios. Este fenómeno suele estar influenciado por la internalización de un estado de delgadez considerada como ideal y la presión para mantener un cuerpo esbelto, lo que a menudo se relaciona con un aumento de peso previo, baja autoestima y emociones negativas. Sin embargo, la IC también se consideró un indicador de salud mental relevante para ambos sexos, no sólo en el desarrollo de TCA, sino también en la progresión de trastornos depresivos (29).

Se observó que los efectos de la IC variaron entre mujeres y varones. En los varones, la insatisfacción se centraba en la masa y el tamaño muscular, lo que se vinculó estrechamente con síntomas de bulimia. Por otro lado, cuando la búsqueda de un ideal delgado conducía a la IC, esto podría desencadenar dietas y comportamientos compulsivos, aumentando el riesgo de TCA en el espectro de purgas y atracones. Además, si la IC se acompañaba de un bajo índice de masa corporal (IMC) y problemas emocionales, el riesgo de desarrollar anorexia nerviosa ya sea clínica o subclínica, aumentaba significativamente (30).

Asimismo, se identificó que los componentes psicosociales relacionados con un IMC elevado pueden afectar a ambos sexos, aunque suelen tener un impacto más negativo en las mujeres. Se observó que las personas obesas tienden a comer en exceso con mayor frecuencia y enfrentan problemas emocionales. En un análisis realizado por Jebeile y colaboradores, se sugirió que los tratamientos para la obesidad deberían incluir evaluaciones de los criterios de riesgo para TCA, tanto antes como después de las intervenciones y durante el seguimiento. Por lo tanto, al realizar modificaciones dietéticas, es fundamental también examinar y evaluar la distorsión cognitiva relacionada con la alimentación, las conductas obsesivas o compensatorias, el sesgo intrínseco sobre el peso y la insatisfacción corporal (IC) (31).

El Apoyo Social (AS) como definición tiene múltiples dimensiones que se refiere a un fenómeno complejo y se halla relacionado con la salud de los individuos, también es definida como el grado en que las necesidades básicas sociales de

los individuos son realizadas mediante la interacción con otros individuos, comprendiéndose como una necesidad básica a la afiliación, identidad, afecto, seguridad, pertenencia, así como aprobación. Por tanto, el AS resulta útil para mantener en buena condición de la salud, mejora el estado de enfermedad, actúa positivamente en las psicopatologías y patologías en general, mediante un efecto amortiguador que expresa su efecto atenuante para estresores sociales (32).

El soporte social es considerado como el constructo constituido por tres principales dimensiones: el emocional, el informacional y el instrumental. En cuanto al soporte emocional se le relacionado con la empatía y amor, refiriéndose a una expresión de cariño y afecto que se brindan a las personas del entorno más cercano. El soporte informacional es el mensaje que brindan otras personas y que puede servir para enfrentar situaciones difíciles. El cuanto al apoyo instrumental o material es el soporte económico o ayuda que brindan algunos individuos de la red. Existen una diversidad de instrumentos para evaluar el soporte social algunos de ellos agrupan a los integrantes de la red social en familiares, amistades y personas significativas; en algunos instrumentos, se incluyen compañeros y profesores u otros tipos de ocupaciones (33).

Conforme aumenta la duración del uso de las redes sociales, aumentan los comportamientos sedentarios de las personas y el uso de cuentas de redes sociales con contenido visual se asocia con el riesgo de trastornos alimentarios. Por tanto, para prevenir el uso inconsciente de las redes sociales, se deben brindar educación/seminarios a diferentes grupos de edad, que incluyan recomendaciones sobre imagen corporal adecuada, nutrición saludable y actividad física (34).

II. METODOLOGÍA

El estudio fue básico, ya que se centró en la generación de conocimientos teóricos (38). Su diseño fue no experimental, dado que se buscó comprender el estado natural de la muestra (39). Además, se caracterizó como correlacional, al intentar estimar la relación entre dos variables en interacción. Por último, se trató de una investigación transversal, ya que se estableció un periodo específico para su desarrollo (40).

Como variables se usó la variable TCA, compuesta por los elementos de dieta, bulimia y preocupación por la comida y el control oral. Mientras que la variable apoyo social abordó el apoyo informacional, afectivo e instrumental.

La población que participó en esta investigación estuvo constituida por todos los universitarios de ciencias de la salud de una universidad privada. Se establecieron criterios de inclusión que requerían que los universitarios estuvieran matriculados en la malla regular durante todo el periodo 2024-I y que aceptaran ser parte en este estudio, brindando su consentimiento informado. Por otro lado, se aplicaron criterios de exclusión que descalificaban a aquellos que cursaron carreras en ciencias de la salud durante el año 2024 y a quienes no pertenecían a dichas carreras en la universidad privada. La muestra, determinada a través del software de libre acceso G*Power 3.1 con parámetros de correlación de 0.3, considerando 0,05 como error alfa y una potencia estadística de $1-\beta$ de 0.95, resultó en un tamaño de 139 participantes. La selección de estos se llevó a cabo utilizando la técnica del muestreo no probabilístico basado en la conveniencia.

Se utilizó 2 instrumentos para la ejecución. El Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) que describe actitudes alimentarias diseñado por Garner y colaboradores en 1982, con una versión validada para el idioma español para adolescentes elaborada por Garandillas et al. Este test incluye 26 ítems que se agrupan en tres dimensiones: Dieta (D), que evalúa actitudes de evitación hacia alimentos que podrían incrementar el peso y la preocupación por la delgadez, conformado por 13 ítems; Bulimia y preocupación por la comida (B), con 6 ítems que indagan sobre alguna conducta bulímica, como vómitos y atracones, y pensamientos

relacionados con la alimentación; y Control Oral (CO), compuesto por 7 preguntas que miden el autocontrol en la ingesta y la presión social para obtener más peso. Los participantes responden cada ítem en una escala Likert de 6 puntos que varía desde "nunca" hasta "siempre". Los ítems del 1 al 24 y el 26 se puntúan en sentido positivo (con puntuaciones de 3 a 0 de "siempre" a "nunca"), mientras que el ítem 25 se califica de manera inversa (de "nunca" a "siempre" con puntuaciones de 3 a 0) (41). La validación en el contexto se realizó mediante un piloto usando el método ítems-test donde los ítems presentaron valores por encima del 0,21, además la confiabilidad reflejó un valor de 0,986 en el coeficiente de alfa de Cronbach.

Originalmente, este instrumento evaluaba cinco dimensiones, pero posteriormente se redujeron a tres. El primero es el apoyo emocional/informacional que incluye las preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17 y 19), valores 9 a 20 bajo, 21 a 33 medio y 34 a 45 alto.; en el apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15) 4 a 9 bajo, 10 a 15 medio y 16 a 20 alto. En la interacción social positiva afectiva (ítems 6, 7, 10, 11, 14 y 18). 6 a 14 bajo, 15 a 23 medio y 24 a 30 alto. Puntaje Global de 15 a 25 indica un bajo nivel de apoyo social es decir el individuo casi nunca siente que hay apoyo social en las redes sociales: puntaje de 26 a 50 Nivel medio de apoyo social, donde el individuo algunas veces percibe el apoyo social en las redes sociales y un puntaje de 51 hasta 75 es Nivel alto de apoyo social y es aquel donde el individuo casi siempre percibe el apoyo de otros en redes sociales (43).

El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS), fue confeccionado por Stewart y Sherbourne en 1991 y adaptado en España por Revilla, Luna, Bailón y Medina, fue diseñado para evaluar el apoyo social percibido en personas de 18 años o más. Este instrumento podía administrarse individual o colectivamente, con lapso estimado de entre 15 y 30 minutos, y permitía una calificación manual o computarizada. En términos de validez, Stewart y Sherbourne identificaron una correlación significativa entre las dimensiones del cuestionario, con valores entre 0,72 y 0,88, lo que se consideró un nivel elevado de correlación. En cuanto a su confiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido para la escala general fue de 0,97, mientras que en sus dimensiones

específicas se encontraron índices de 0,91 y 0,96, lo cual reflejó una alta consistencia interna del instrumento (32).

La validación en el contexto se realizó mediante un piloto usando el método ítems-test donde los ítems presentaron valores por encima del 0,21, además la confiabilidad reflejó un valor de 0,996 en el coeficiente de alfa de Cronbach.

Los resultados se plasmaron en tablas para frecuencias absolutas y porcentuales para los análisis descriptivos. Además, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, y dado que los resultados no siguieron la existencia de distribución normal, para lo cual se utilizaron estadísticos no paramétricos, como el coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, se procedió a calcular el tamaño del efecto, así como su potencia estadística para garantizar que no se cometieron errores estadísticos. Todos los resultados fueron analizados utilizando un software estadístico.

El protocolo fue sometido a revisión por el Comité de Ética de la Universidad César Vallejo y se llevó a cabo únicamente después de recibir la aprobación correspondiente. Se siguieron rigurosamente los principios bioéticos, comenzando con el de beneficencia, asegurando proteger la identidad de quienes participaron como datos confidenciales y preservar en el anonimato los datos, lo que permitió que las encuestas sean forma anónima. Los resultados obtenidos se destinaron exclusivamente a esta investigación.

Además, se cumplió con el principio de no maleficencia, garantizando que la investigación no causará ningún daño físico o psicológico a los participantes, ya que se utilizaron solo instrumentos estandarizados, no controvertidos, que respetaban las creencias culturales y religiosas. Estos instrumentos fueron diseñados para medir objetivamente las variables en estudio.

También se respetó la autonomía de los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado redactado en un lenguaje claro y comprensible, lo que les permitió tomar una decisión bien informada sobre su participación en el estudio. Finalmente, la investigación se llevó a cabo bajo el principio de justicia, asegurando un trato equitativo a todos los participantes, sin discriminación por

razones de raza, religión, tendencia política u otra característica durante todo el proceso de investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Niveles de apoyo social y sus dimensiones en estudiantes de ciencias de la salud.

Niveles	Apoyo social		Apoyo informacional		Apoyo afectivo		Apoyo instrumental	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	38	27,0	38	27,0	36	25,5	38	27,0
Medio	69	48,9	69	48,9	69	48,9	69	48,9
Bajo	32	22,7	32	22,7	34	24,1	32	22,7
Total	139	100,0	139	100,0	139	100,0	139	100,0

La tabla 1 presenta los niveles de apoyo social en universitarios y sus dimensiones: apoyo informacional, afectivo e instrumental. En todas las dimensiones, un gran porcentaje de los participantes reportaron un nivel de apoyo medio (48,9%), seguido por un alto (27,0% para el apoyo social general e informacional, 25,5% en apoyo afectivo, y 27,0% en el apoyo instrumental). Un menor porcentaje reportó un nivel de apoyo bajo, con un 22,7% para apoyo social general, informacional e instrumental, y un 24,1% para apoyo afectivo. Solo el 1,4% de los universitarios en cada dimensión reportó niveles muy altos de apoyo social, lo que supone que la mayoría de los participantes perciben un apoyo moderado, con una proporción menor en los extremos de la escala.

Tabla 2. Niveles del trastorno de la conducta alimentaria y sus dimensiones.

Niveles	Dieta		Bulimia		Control Oral		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	9	6,5	10	6,8	11	7,9	12	8,6
Medio	25	17,9	23	16,5	19	13,6	19	13,6
Bajo	105	75,6	106	76,7	109	78,5	108	77,7
Total	139	100	139	100	139	100	139	100

La Tabla 2 presenta los niveles del trastorno de la conducta alimentaria, divididos en las dimensiones de dieta, bulimia y control oral. En general, la mayoría de los participantes reporta niveles bajos en cada una de estas dimensiones, con porcentajes de 75,6% para dieta, 76,7% para bulimia, 78,5% para control oral, y 77,7% en total. Los niveles medios se observan en un 17,9% en dieta, 16,5% en bulimia, 13,6% en control oral, y 13,6% en el total general. Los niveles altos son los menos comunes, con un 6,5% en dieta, 6,8 en la bulimia, 7,9% en control oral, y 10,3% en el total general. Estos resultados sugieren que un gran porcentaje de estudiantes universitarios no presentan un trastorno grave en ninguna de las dimensiones analizadas.

Tabla 3. Análisis de relación entre el apoyo social y el trastorno de la conducta alimentaria.

Variable	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Apoyo social- Trastorno de conducta	-0,81	0,018	139

La Tabla 3 presenta la correlación entre el apoyo social y el trastorno de la conducta alimentaria, con un coeficiente de -0,81 y un valor de significancia de 0,018. Esta correlación es inversa y alta, indicando que a mayor apoyo social menor trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 4: Relación entre el apoyo social y las dimensiones del trastorno de la conducta alimentaria.

Variables	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Apoyo social-Dieta	-0,905	0,010	139
Apoyo social-Bulimia	-0,973	0,003	139
Apoyo social-Control oral	-0,822	0,019	139

La Tabla 4 presenta la conexión entre el trastorno de la conducta alimentaria y las distintas dimensiones del apoyo social: informacional, afectivo e instrumental, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Estos coeficientes de correlación son bajos: 0,010 para el apoyo informacional, 0,018 para el apoyo afectivo y 0,035 para el apoyo instrumental, con valores de significancia de 0,911, 0,837 y 0,680, respectivamente. Estos resultados sugieren que no existe una relación significativa entre el trastorno de la conducta alimentaria y ninguna de las dimensiones del apoyo social, dado que los coeficientes de correlación son muy bajos y los valores de significancia superan el umbral de 0,05.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo general fue identificar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el apoyo social en universitarios pertenecientes a las ciencias de la salud. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, la correlación de Spearman presentó un coeficiente de -0.81 y un valor de significancia de 0.018, indicando una relación e inversamente proporcional entre ambas variables, además de ser estadísticamente significativa al tener un valor p menor a 0.05. Estos hallazgos sugieren que el apoyo social desempeñó un rol relevante en la manifestación de los trastornos de la conducta alimentaria en esta muestra, lo que podría implicar que también existen otros factores predominantes que influyen de alguna manera en estos trastornos.

El papel del apoyo social como factor de protección en los trastornos alimentarios ha sido ampliamente documentado en la literatura científica. Diversos estudios han demostrado que las redes de apoyo sólidas pueden disminuir significativamente el riesgo de desarrollo de estos trastornos. Así en un estudio, encontraron que el apoyo social percibido está inversamente relacionado con la gravedad de los síntomas en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, destacando que las personas con mayores niveles de apoyo social presentaban menos síntomas y una mejor prognosis (44).

El apoyo social actúa como un amortiguador frente al estrés y las presiones socioculturales relacionadas con la imagen corporal y la alimentación. Las interacciones positivas con familiares y amigos fomentan una autoestima saludable y una imagen corporal positiva, reduciendo la susceptibilidad a internalizar ideales de belleza poco realistas promovidos por los medios de comunicación. Además, el apoyo social facilita la búsqueda de ayuda profesional y mejora la adherencia al tratamiento, aspectos cruciales para la recuperación (45).

En un estudio se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado que comparó la eficacia de la terapia familiar basada en el peso y la terapia cognitivo-conductual

en adolescentes con bulimia nerviosa. Los resultados mostraron que la inclusión de la familia y, por ende, el fortalecimiento del apoyo social, condujo a mejores resultados en el tratamiento, evidenciando la importancia de involucrar a las redes de apoyo en las intervenciones terapéuticas (46). Además, un meta-análisis examinó la relación entre el apoyo social y los trastornos alimentarios, concluyendo que el apoyo social percibido y recibido está significativamente asociado con una menor sintomatología de trastornos alimentarios y una mejor respuesta al tratamiento (47).

En un estudio que comparó a pacientes con trastornos alimentarios con controles sanos, los hallazgos revelaron que los pacientes con trastornos alimentarios informaron niveles más bajos de apoyo social percibido, tanto en términos de disponibilidad como de satisfacción. Además, estos individuos experimentaron niveles más altos de soledad y depresión, que se sabe que exacerbaban las conductas alimentarias desordenadas. Esta investigación sugiere que mejorar la satisfacción con el apoyo social podría mitigar la soledad y, por extensión, reducir la gravedad de los trastornos alimentarios (48).

Los estudios sugieren que, más allá de la mera presencia, la calidad del apoyo social (como la comprensión emocional, el modelado conductual y la provisión de recursos) desempeña un papel esencial en los resultados de la recuperación. El apoyo positivo puede ayudar a controlar el estrés, influir en conductas alimentarias más saludables y guiar a las personas hacia vías de tratamiento adecuadas. Para una intervención eficaz, se recomienda que los proveedores de atención médica evalúen las redes sociales de los pacientes e incorporen estrategias para fortalecerlas como parte de un plan de tratamiento integral (49).

La correlación entre el apoyo social y las conductas de dieta es notablemente fuerte, lo cual indica que las personas que perciben niveles más altos de apoyo social tienen menos probabilidades de realizar dietas restrictivas, una conducta comúnmente asociada con los trastornos alimentarios. El apoyo social puede aliviar la necesidad de un control dietético estricto al proporcionar estabilidad emocional y reducir las preocupaciones sobre la imagen corporal a través del refuerzo social positivo. Un estudio realizado por Langdon-Daly et al., respalda

esto, al encontrar que una mayor seguridad social está fuertemente correlacionada con una reducción de los síntomas de los trastornos alimentarios, independientemente del apoyo social recibido y percibido (50); es decir al recibir refuerzo positivo y aceptación de su entorno social, los individuos experimentan mayor estabilidad emocional y una disminución en las preocupaciones sobre la imagen corporal. Este efecto protector del apoyo social se debe a varios mecanismos. En primer lugar, el apoyo emocional de familiares y amigos puede ayudar a las personas a manejar el estrés y las emociones negativas sin recurrir a conductas alimentarias desordenadas como estrategia de afrontamiento. En segundo lugar, el apoyo informativo puede ofrecer perspectivas más saludables sobre la alimentación y el cuerpo, contrarrestando los mensajes negativos de los medios y la sociedad. Por último, el apoyo práctico, como acompañar a alguien a una cita con un profesional de la salud, puede facilitar el acceso a recursos y tratamientos adecuados.

Un estudio encontró que el apoyo familiar y de amigos se asocia con una menor incidencia de conductas alimentarias desordenadas en adolescentes. Este estudio, destacó que los adolescentes que perciben un mayor apoyo social tienen menos probabilidades de adoptar dietas restrictivas y presentan una imagen corporal más positiva (51). Otros autores descubrieron que, en individuos con altos niveles de apoyo social, la insatisfacción corporal tenía un impacto menor en el desarrollo de síntomas alimentarios desordenados, lo que subraya el papel protector del apoyo social (52).

Además, el concepto de "sensación de seguridad social" ha sido explorado en relación con los trastornos alimentarios, encontrándose que una mayor sensación de seguridad social está asociada con una disminución en los síntomas de trastornos alimentarios como las dietas restrictivas, independientemente del apoyo social percibido y recibido. Esto sugiere que no solo es importante la cantidad de apoyo social, sino también la calidad de las relaciones y el sentimiento de pertenencia y aceptación dentro de las mismas (53).

La correlación inversa entre el apoyo social y las conductas relacionadas con la bulimia es fuerte, sugiriendo que un mayor apoyo social está profundamente asociado con una menor incidencia de conductas bulímicas, como los atracones y las purgas. La presencia de una red de apoyo puede ayudar a las personas a gestionar el estrés y regular las emociones, reduciendo así la necesidad de mecanismos de afrontamiento desadaptativos como la bulimia. La investigación de Kerr-Gaffney et al., indica que los altos niveles de ansiedad social están asociados con una psicopatología más grave de los trastornos alimentarios, lo que destaca la importancia del apoyo social para mitigar estas conductas (54).

Además, investigaciones actuales han explorado el papel de las comunidades en línea y los grupos de apoyo virtuales en la reducción de las conductas de control oral desordenadas. Estas plataformas pueden ofrecer un sentido de pertenencia y comprensión, especialmente para aquellos que se sienten aislados o estigmatizados. Al conectarse con otros que enfrentan desafíos similares, las personas pueden compartir estrategias de afrontamiento y recibir apoyo emocional, lo que contribuye a reducir las conductas alimentarias perjudiciales (55).

El apoyo social actúa como un amortiguador frente al estrés y las emociones negativas que pueden llevar a las conductas de control oral desordenadas. Al sentirse respaldadas y comprendidas por su entorno, las personas son más capaces de manejar sus emociones de manera saludable, sin recurrir a comportamientos alimentarios perjudiciales. Además, las interacciones positivas con familiares y amigos pueden fomentar una autoimagen más positiva y aumentar la autoestima, lo que reduce la necesidad de ejercer un control excesivo sobre la alimentación (56,57).

La relación entre el apoyo social y las conductas de control oral muestran también una correlación negativa. Esto sugiere que las redes de apoyo social más fuertes contribuyen a una menor tendencia a las conductas de control oral desordenadas, posiblemente al proporcionar fuentes alternativas de satisfacción emocional y reducir los sentimientos de aislamiento que podrían desencadenar dichas conductas. Un estudio de Ellis et al., enfatiza la

importancia de las intervenciones de apoyo a las comidas, destacando el papel del apoyo social en la normalización de las conductas alimentarias y la reducción del malestar durante las comidas (58).

Estos hallazgos subrayan en conjunto la importancia del apoyo social para reducir el riesgo y la gravedad de los trastornos alimentarios. El apoyo social actúa como un amortiguador contra el desarrollo de problemas relacionados con la dieta, la bulimia y el control, lo que indica su potencial como foco de intervenciones destinadas a prevenir y tratar los trastornos alimentarios en estudiantes de ciencias de la salud. Mejorar las redes de apoyo social a través de la participación familiar, los grupos de apoyo entre pares y los programas comunitarios puede ser una medida vital para mitigar el impacto de los trastornos alimentarios. No obstante, debido a lo limitado de nuestra muestra, aún se necesitan mayores investigaciones que confirmen estos resultados, así como las posibles variables subyacentes que fortalecen o disminuyen esta relación.

V. CONCLUSIONES

1. Existe una relación alta e inversa entre el apoyo social y los trastornos de la conducta alimentaria ($\rho=-0,830$; $p=0,018$) es decir a mayor apoyo social menor riesgo de trastornos de conductas alimentarias.
2. El nivel medio fue el predominante en apoyo social y sus dimensiones con 48,9% en cada una de las dimensiones respectivamente.
3. El nivel bajo fue predominante en las dimensiones de trastornos de la conducta alimentaria con 75,6% para dieta, 76,7% para bulimia, y 78,5% para control oral.
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre apoyo social con las dimensiones de trastornos de la conducta alimentaria ($p<0,05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Para futuros estudios, se recomienda explorar otras variables como el estrés, la ansiedad y el entorno familiar, que podrían tener un impacto más significativo en la aparición de trastornos alimentarios, empleando un diseño longitudinal para captar mejor las posibles variaciones en la relación con el apoyo social.
2. Los estudiantes de ciencias de la salud deben participar en talleres sobre hábitos alimenticios saludables y bienestar emocional, con el fin de reforzar sus redes de apoyo social y prevenir problemas relacionados con la conducta alimentaria.
3. Se propone realizar un análisis comparativo sobre las prácticas alimenticias y el apoyo social entre estudiantes de diferentes carreras universitarias, para identificar posibles diferencias que puedan influir en la aparición de trastornos alimentarios y determinar si estas variaciones están relacionadas con el entorno académico o social.

REFERENCIAS

1. Saborío L, Hidalgo L. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica*. 2015 Mar;32(1):119-24. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en
2. Restrepo JE, Castañeda QT. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2020 Sept;49(3):162-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000300162&lng=en
3. Arija-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiológica y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2022;39(spe2):8-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611202200050003&lng=es
4. Benítez AM, Sánchez S, Bermejo ML, Franco L, García-Herráiz MA, Cubero J. Análisis del riesgo de sufrir trastornos alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura, España. *Enferm Glob*. 2019;18(54):124-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201900020005&lng=es
5. Cavero B, Brigge Y. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Presentación de María, Comas, Perú 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/54219>
6. Morales L, Hidalgo L. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica*. 2015;32:119-24. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
7. Ponce C, Torres K, Espinoza C. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43(4):551-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n4/551-561/es/>

8. Castillo D, Bravo M, Esquivel J, Esquivel M, Salgado F. Síndrome de Burnout y compromiso organizacional en un hospital público – Perú. *Rev Cient Multidiscip.* 2022;6(6):8256-71. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3995/6058>
9. Namjoo M, Farid M, Akbari K. Risk of Eating Disorders (EDs) among Iranian Medical Students: Perceived Social Support (PSS) and COVID-19-Related Anxiety. *Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences (Behbood)* 2023;27(3):0-0. Available from: <https://sid.ir/paper/1130715/en>
10. Sanjuán-Navarro PS, Agudelo-Suárez AA, Mora-Cárdenas AL, et al. Frequency of symptoms and the associated factors of eating disorders in a group of dental students in Medellín, Colombia. *Dent Med Probl.* 2023;60(3):401–411. doi:10.17219/dmp/149900
11. Kilby R. "Effects of Emotional Intelligence and Social Support on the Relationship Between Childhood Maltreatment and Disordered Eating" (2024). Undergraduate Honors Theses. 105. <https://digscholarship.unco.edu/honors/105>
12. Weave K. Health Championing of University Women Seeking Help from eating Disorders *International Journal of Advanced Nursing Education and Research* 2023; 8 (1):1-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21742/ijaner.2023.8.1.01>
13. Ramírez A. y Zerpa C. (2022). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de Caracas, 2020. *GICOS*, 7(1), 11-26DOI: <https://doi.org/10.53766>
14. Agea O. La OMS reconoce el síndrome de burnout como enfermedad profesional. 2022. Disponible en: <https://www.grupo2000.es/la-oms-reconoce-el-sindrome-de-burnout-como-enfermedadprofesional/>
15. Romero A, Macías M, Alcívar M, Cantos E. Síndrome de Burnout en Internos de Medicina. *Rev Cient Invest Conoc.* 2022;6(4):580-609. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1887>
16. Zapana R. Salud mental asociado al promedio académico de estudiantes universitarios de la carrera de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna en el semestre I 2023. UPT. 2023. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2981>

17. Feng X, Wang Y, Jia P, Wang Y, Guan Z, Meng K. Associations between professional identity and turnover intent in prehospital emergency physicians: The mediating effect of burnout. *Front Public Health*. 2022;10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9713236/>
18. Paredes J. Asociación entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes de medicina durante aislamiento social. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/6901>
19. Ayuzo-del Valle N, Covarrubias-Esquer J. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. mex. pediatr*. 2019 Abr ;86(2):80-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es.
20. Arijá V, Santi M, Novalbos R, Canals J, Rodríguez-Martín M. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria, *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2022;28(Supl. 3): 10-1 ISSN 1135-3074
21. West C, Dyrbye L, Erwin P, Shanafelt T. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27692469/>
22. Medisauskaite A, Kamau C. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(5) . Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6530309/>
23. Ponce C, Espinoza K, Salazar C, Viteri-Condori L, Carhuancho J, Taype A. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev Cub de Salud Pública*. 2017;43(4):551-6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n4/551-561/es/>
24. Budhiwianto S, Bennett CJ, Bristow CA, Dart J. Global prevalence of eating disorders in nutrition and dietetic university students: A systematic scoping review. *Nutrients*. 2023;15(10):2317. doi: <https://doi.org/10.3390/nu15102317>
25. Solly JE, Chamberlain SR, Lust K, Grant JE. Binge-eating disorder in university students: high prevalence and strong link to impulsive and compulsive traits. *CNS Spectrums*. 2023;28(1):61-69. doi:10.1017/S1092852921000882

26. Moraleos C. Síndrome de burnout y factores sociodemográficos en trabajadores de una empresa de la zona industrial de Atacomulco. 2018. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.50>
27. Warren C, Schafer K, Ellen M, Olivardia R. A qualitative analysis of job burnout in eating disorder treatment providers. *Eat Disord.* 2012;20(3):175-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22519896/>
28. Vázquez R, Aguilar X, Tellez-Girón O, Mancilla-Diaz J. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Rev Mex Tras Alim.* 2015;6(2):108-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-trastornos-alimentarios--110-articulo-eating-disorders-diagnostic-from-dsm-iv-S2007152315000221>
29. Cuadro E, Baile J. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Rev Mex De trast. Aliment.* 2015;6(2):97-107. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
30. Thun-Hohenstein L, Höbinger-Ablasser C, Geyerhofer S, Lampert K, Schreuer M, Fritz C. Burnout in medical students. *Neuropsychiatr.* 2021;35(1):17-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32880881/>
31. Farrell S, Kadhum M, Lewis T, Singh G, Penzenstadler L, Molodynski A. Wellbeing and burnout amongst medical students in England. *Int Rev Psychiatry.* 2019;31(7-8):579-583. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31692396/>
32. Güneş, M., Demirer, B. The effect of social media use on eating behaviors and physical activity among university students. *J Public Health (Berl.)* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02025-w>
33. Castro L, Vargas J. Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2024. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/45691/REP_LE_YLA.CASTRO_JAIR.VARGAS_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Che M, Quispe M. Escala De Apoyo Social En Redes Sociales: Adaptación Para Universitarios De Lima Metropolitana. Lima – Perú 2020. Universidad Cesar

- Vallejo. 2020. Disponible en :
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49979/Che_RMD%20-%20Quispe_NMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Santos J. Prevalencia de estrés académico y factores asociados en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Cuenca, 2016. Ecuador. 2017. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26542/1/TESIS.pdf>
36. Caballero C, Gonzales O, Palacio J. Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. SCIELO. 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000100008&script=sci_arttext..
37. Leyva MY, Viteri JR, Estupiñan J, Hernandez RE. Diagnóstico de los retos de la investigación científica post pandemia en el Ecuador. Dilemas contemp educ política valores [Internet]. 2021 [citado 2024 oct 30];9(spe1):00053. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000800053&lng=es&nrm=iso.
38. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 mayo-junio;15(3). Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?lang=es>
39. Guillen OR, Sánchez MR, Begazo De Bedoya LH. Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional: bajo el enfoque cuantitativo, variable categórico, escala ordinal y la estadística no paramétrica. 1ra ed. Lima, Perú: Oscar Rafael Guillen Valle; 2020. Depósito legal: 2020-00802. Disponible en: https://cliic.org/2020/Taller-Normas-APA-2020/libro-elaborar-tesis-tipo-correlacional-octubre-19_c.pdf
40. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Estudios transversales. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2021 [citado 2024 oct 30];21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000100179&script=sci_arttext.
41. Torres KJA. Propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-26) en una muestra de adolescentes escolarizados de Trujillo, 2022 [tesis]. Trujillo (Perú): Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud,

- Escuela Profesional de Medicina. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108420/Torres_CKJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
42. Collacso HR, Leon LL. Adaptación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2018 [tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Humanidades, Escuela Profesional de Psicología; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/36115>.
43. Castro L, Vargas J. Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2024. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/45691/REP_LEYLA.CASTRO_JAIR.VARGAS_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure JL. Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21(1):31-38.
45. Leonidas C, Santos MA dos. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014 May 21;10:915.
46. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(11):1087-1096.e5.
47. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J. The impact of social media on body image and eating behaviors: A systematic review of the literature. *Psychol Med*. 2019;50(1):1-13.
48. Makri E, Michopoulos I, Gonidakis F. Investigation of Loneliness and Social Support in Patients with Eating Disorders: A Case-Control Study. *Psychiatry International*. 2022 Jun;3(2):142–57.
49. Quiles Y, Terol MC. Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *Span J Psychol*. 2009 May;12(1):226–35.

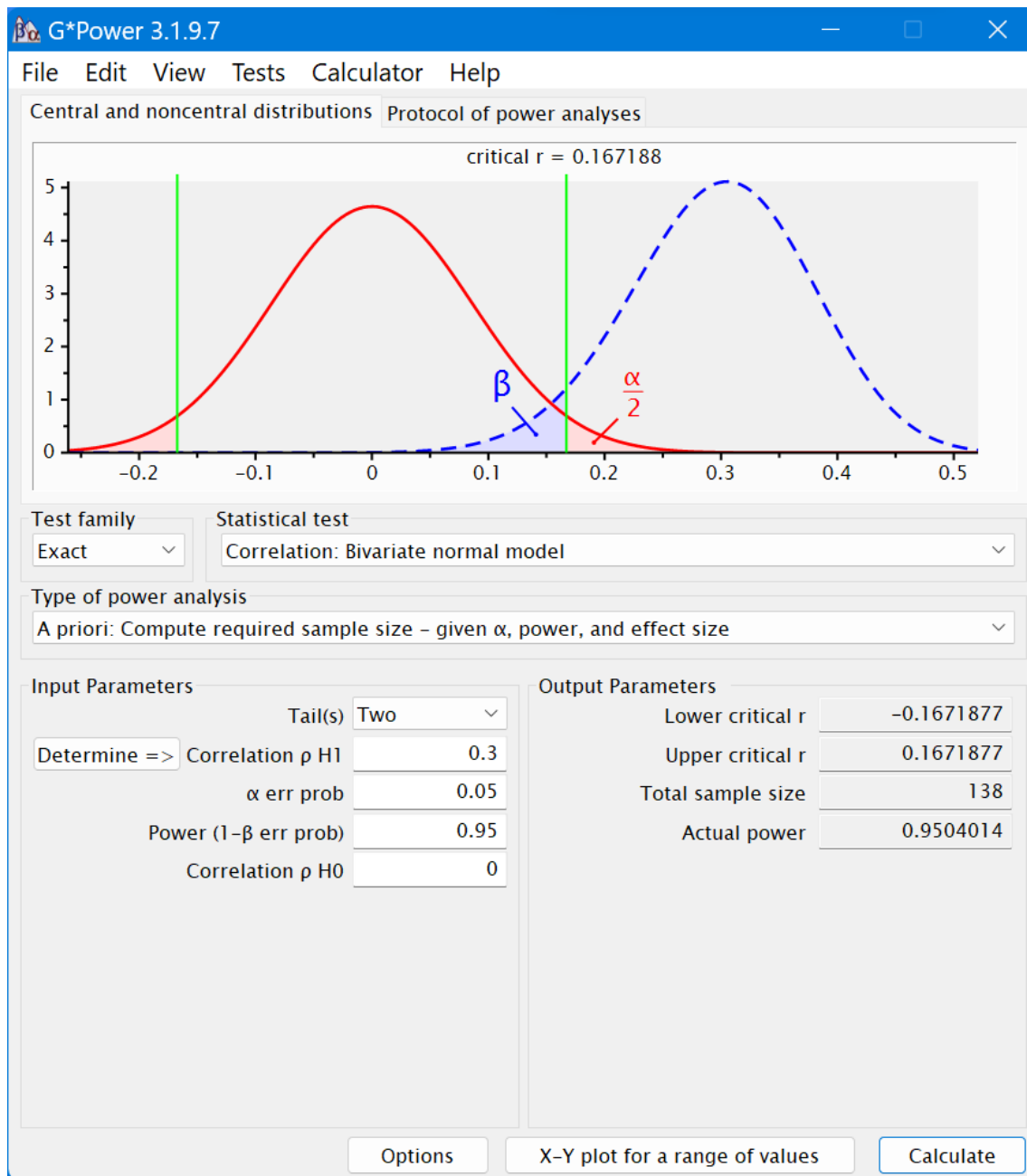
50. Langdon-Daly J, Chuang H, Handke AM. Social safeness and eating disorder symptoms: a correlational study exploring associations of social safeness, eating disorder symptoms, social support and shame in a non-clinical young adult sample. *Journal of Eating Disorders*. 2024 Jul 22;12(1):102.
51. Linville D, Stice E, Gau JM. Predictive effects of peer and parent support on the development of disordered eating among early and middle adolescent girls. *J Youth Adolesc*. 2012;41(9):1074-1086.
52. Matthews A, Farrell C, Blackmore E. The impact of social support on the relationship between body dissatisfaction and eating disorders. *Eat Behav*. 2016;23:53-58.
53. Kelly AC, Tasca GA, Gupta S. Shared mechanisms among loneliness, interpersonal difficulties, and eating disorder symptoms: A narrative review. *Can Psychol*. 2016;57(3):174-184.
54. Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018 Nov;48(15):2477–91.
55. Lee S, Park E. Online social connectedness and disordered eating behaviors among young adults. *Eating Behaviors*. 2021;41:101513.
56. Jones A, Williams M, Burnside E. The impact of social support on disordered eating behaviors in adolescents: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*. 2020;8(1):15.
57. Smith K, Harris L, Wilkinson K. Meal support interventions in eating disorder recovery: Effectiveness and challenges. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(4):447-454.
58. Ellis A, Gillespie K, McCosker L, Hudson C, Diamond G, Machingura T, et al. Meal support intervention for eating disorders: a mixed-methods systematic review. *Journal of Eating Disorders*. 2024 Apr 22;12(1):47.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Trastornos de la conducta alimentaria	las conductas alimentarias de riesgo abarcan una variedad de acciones perturbadas relacionadas con la ingesta de alimentos, las cuales, si bien no alcanzan la misma intensidad que el trastorno de las conductas alimentarias, comparten características similares	Será medida por la escala EAT 26	Dieta	Intervalo
			Bulimia y preocupación por la comida	
			Control oral	
Apoyo social	Percepción de ser estimado, cuidado y apoyado por su entorno social.	Será evaluado mediante por el cuestionario MOS a través de sus cuatro dimensiones	Apoyo informacional	Intervalo
			Apoyo afectivo	
			Apoyo instrumental	

Anexo 2. Tamaño muestral.



Anexo 3. Instrumentos: Escala de actitudes ante la alimentación eat-26.

Edad: _____ Fecha: / / Sexo: _____

Carrera universitaria: _____ Ciclo de estudios: _____

El presente cuestionario consiste en veintiséis ítems. Por favor lea los ítems de forma pausada una por una, si el ítem describe su actitud de hace tres meses hasta el día de hoy, marque con una X en el recuadro “Siempre”, “Casi siempre”, “A veces”, “Casi nunca” o “Nunca”, según se adapte a tu rutina.

| S | Siempre | CS | Casi Siempre | AV | A Veces | CN | Casi Nunca | N | Nunca |

	Cuestionario	S	CS	AV	CN	N
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre					
3	La comida es para mí una preocupación habitual					
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como					
7	Procuro no comer alimentos que contienen muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más					
9	Vómito después de comer					
10	Me siento muy culpable después de comer					
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgada/o					
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o					
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis					
15	Tardo más tiempo que los demás en comer					
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar					
17	Como alimentos dietéticos					
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida					
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida					
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más					
21	Paso demasiado tiempo pensando en comida					
22	No me siento bien después de haber comido dulces					
23	Estoy haciendo dieta					
24	Me gusta tener el estómago vacío					
25	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías					
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar					

Anexo 4. Cuestionario MOS de apoyo social.

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 4. Validez y Confiabilidad del Instrumento de trastornos de la conducta alimentaria.

Ítem	Coefficiente	Interpretación
1	0.534	Válido
2	0.897	Válido
3	0.874	Válido
4	0.839	Válido
5	0.863	Válido
6	0.933	Válido
7	0.931	Válido
8	0.888	Válido
9	0.816	Válido
10	0.902	Válido
11	0.898	Válido
12	0.915	Válido
13	0.739	Válido
14	0.922	Válido
15	0.926	Válido
16	0.904	Válido
17	0.971	Válido
18	0.931	Válido
19	0.861	Válido
20	0.845	Válido
21	0.900	Válido
22	0.875	Válido
23	0.948	Válido
24	0.894	Válido
25	0.767	Válido
26	0.820	Válido

Resultado: Instrumento que posee validez.

Anexo 5. Validez y Confiabilidad del Instrumento de apoyo social.

Ítem	Coficiente	Interpretación
1	0.841	Válido
2	0.966	Válido
3	0.977	Válido
4	0.964	Válido
5	0.966	Válido
6	0.973	Válido
7	0.985	Válido
8	0.987	Válido
9	0.979	Válido
10	0.978	Válido
11	0.973	Válido
12	0.976	Válido
13	0.980	Válido
14	0.964	Válido
15	0.975	Válido
16	0.974	Válido
17	0.982	Válido
18	0.981	Válido
19	0.971	Válido

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Trastorno de la conducta alimentaria y apoyo social en estudiantes de ciencias de la salud Investigador: Gambini Acosta Estephany.

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Trastorno de la conducta alimentaria y apoyo social en estudiantes de ciencias de la salud; cuyo propósito es si hay relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el apoyo social. Para participar, debe tener en cuenta que:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación.
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 20 minutos.

Recuerde que:

Su Participación es voluntaria: Usted podrá hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Por lo tanto, recuerda: Tu participación es completamente voluntaria. Puedes retirarte en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa

Riesgo: No existe riesgo alguno en participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios: Los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad: Todos los datos recolectados serán anónimos. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada

para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y serán eliminados convenientemente, al finalizar todo el estudio.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador.

ESTEPHANY PAMELA GAMBINI ACOSTA; email: egambini@ucvvirtual.edu.pe

y Docente asesora Dra. MARILÚ ROXANA SOTO VÁSQUEZ; email: msotova18@ucvvirtual.edu.pe

o al siguiente teléfono: 981908628

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Firma:

DNI:

Fecha y hora: