

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS EGRESADOS
DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MOLINA HÍJAR MARILYN ROSS

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

LIMA – PERÚ

2022

ASESOR

Mg. PINTO OBLITAS, Joseph Arturo

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Mg. Joseph Pinto, por su resaltante, clara y constante asesoría metodológica. A la Mg. Elsi Bazán, por su comprometida asesoría estadística. Y al Dr. Giraldo Pardave, por emplear sus conocimientos sobre la psiquiatría para asesorarme en la elaboración de esta tesis.

DEDICATORIA

A mis padres, por su paciencia, apoyo y amor incondicionales. A mis abuelos, por ser los más grandes influyentes en la calidad de ser humano que soy. A quienes fueron mis residentes en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y en el Hospital Sergio Emilio Bernales, por enseñarme que un médico es más que solo conocimientos. Y a mis amigos de la vida, por soportarme en mis peores versiones y alentarme a nunca rendirme.

RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 103 participantes, en quienes se aplicó el Cuestionario de Conductas Alimentarias (*Eating Attitudes Test*, EAT-26). Las variables fueron analizadas utilizando porcentajes, además de medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS: El 7,8% de egresados presentó riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Este grupo en riesgo tuvo una edad media de $28,5 \pm 5,3$, además de incorporar a: El 8,3% de varones y al 7,5% de mujeres. El 9,1% de quienes proceden de Lima y a ninguno de quienes no son de Lima. El 30,8% de casados, el 5,6% de los que se hallan en una relación y el 3,7% de solteros. El 8,3% de quienes viven con su familia, el 7,1% de quienes viven solos y ninguno de los que viven con su pareja. El 9,1% de quienes no ejercen la profesión y el 6,8% de quienes sí la están ejerciendo.

CONCLUSIONES: La frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en egresados de la carrera de medicina humana fue 7,8%.

PALABRAS CLAVES: riesgo, trastornos, conducta alimentaria, medicina humana, universidad

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the frequency of potential eating disorders in graduates of human medicine career of the San Juan Bautista Private University during the year 2020.

METHODS: It is a descriptive, observational, prospective, cross-sectional study. The sample was composed of 103 participants, to whom the Eating Attitudes Test was applied. The variables were analyzed using percentages, in addition to measures of central tendency and dispersion.

RESULTS: 7,8% of graduates showed risk of developing eating disorders. This group at risk had a mean age of $28,5 \pm 5,3$ and included: 8,3% of men and 7,5% of women. 9,1% of those who are from Lima and none of those who are from outside Lima. 30,8% of those who are married, 5,6% of those who are in a relationship and 3,7% of those who are single. 8,3% of those who live with their family, 7,1% of those who live alone and none of those who live with their partners. 9,1% of those who aren't practicing the profession and 6,8% those of who are practicing the profession.

CONCLUSIONS: The frequency of potential eating disorders in graduates of human medicine career of the San Juan Bautista Private University during the year 2020 was 7,8%.

KEYWORDS: risk, disorders, eating, human medicine, university

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria comprenden un espectro de entidades usualmente ignoradas hasta que su alcance afecta el desenvolvimiento biopsicosocial de la persona. Esto ocurre incluso en el oficio médico, en el cual las patologías de esta naturaleza suelen ser estigmatizadas, generando un potencial alto costo no solo a nivel personal, sino también social por el rol esencial que posee el médico en el sector salud y, por tanto, en el bienestar general comunitario. Esto hace esencial centrar la atención en este sector poblacional, en especial en circunstancias como las que aquejan actualmente. Bajo esta premisa, nace la realización del presente trabajo de investigación, que ha sido estructurado de la siguiente manera:

El primer capítulo, que ahonda en el problema al mostrarnos su planteamiento, formulación, delimitación, limitaciones y justificación, para culminar resaltando los objetivos y el propósito.

El segundo capítulo, que plasma el marco teórico con la presentación de los correspondientes antecedentes bibliográficos, base teórica, marco conceptual, además de la hipótesis, las variables y la definición operacional de términos de importancia clave para el entendimiento de este estudio.

El tercer capítulo, que detalla la metodología empleada para la conducción de esta investigación, detallando el diseño metodológico, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, para cerrar con los aspectos éticos.

El cuarto capítulo, que expone el análisis de los resultados para luego pasar a plantear la discusión con respecto a cada objetivo trazado de manera inicial.

El quinto capítulo, que parte de la reflexión realizada en el capítulo previo, para manifestar las conclusiones y recomendaciones que se han forjado a partir de lo hallado en el trabajo de investigación.

Finalmente, se muestran en los anexos: El instrumento de recolección de datos, los formatos de validación del juicio de expertos, la operacionalización de las variables y la matriz de consistencia.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESOR.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7. PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	13
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	29
2.4. HIPÓTESIS.....	30
2.4.1. GENERAL.....	30
2.4.2. ESPECÍFICOS.....	30
2.5. VARIABLES.....	30
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	33
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	33
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS...	34
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	36
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	36
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
4.1. RESULTADOS	37
4.2. DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1. CONCLUSIONES.....	47
5.2. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS.....

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 37**

TABLA N°2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA EDAD EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 38**

TABLA N°3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN AL SEXO EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 39**

TABLA N°4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA PROCEDENCIA EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 40**

TABLA N°5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN SENTIMENTAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 41**

TABLA N°6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN VIVENCIAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- **Pág. 42**

TABLA N°7. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN LABORAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020 ----- Pág. 43

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO N°2: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

ANEXO N°3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los trastornos de la salud mental son entidades complejas de origen multifactorial con un impacto usualmente subestimado a pesar de la progresión en sus cifras. Dentro de estas patologías, se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria. Entre 1990 y 2017, su prevalencia global varió de 0,18% a 0,21%; en el Perú, del 0,29% al 0,37%⁽¹⁾.

Se estima que 1 de 4 individuos con estos trastornos busca tratamiento⁽²⁾. Especialmente en países en vías de desarrollo, esto nace del menosprecio a la salud mental⁽¹⁾. Frente a esto, los instrumentos psicométricos son creados para ayudar a detectar el riesgo de desarrollar estos trastornos en ámbitos no clínicos⁽³⁾.

La labor médica implica un fuerte estrés psicosomático; aun así, el médico se caracteriza por un espíritu proactivo, competitivo y perfeccionista. Tales elementos resaltan más en el médico recién egresado por su búsqueda de generar un nombre desde el inicio de su carrera, lo cual además se enlaza con su reciente vivencia del internado médico, etapa que trae consigo su propia y particular dosis de estrés⁽⁴⁾. Encubiertos por el temor al estigma y la consecuente evasión de la búsqueda de consejería, estos factores trazan un camino para el potencial desarrollo de los trastornos mencionados⁽⁵⁾.

Teniendo en cuenta el rol del médico como cabeza del sector salud y la importancia de éste para la sustentabilidad de un país, resulta urgente acortar las barreras mencionadas y prevenir las consecuencias de estos trastornos. La detección formal del riesgo de desarrollarlos en recientes egresados de la carrera puede ser el primer paso para llevar a cabo una intervención adecuada y oportuna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características de edad y sexo de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?
- ¿Cuáles son las características de procedencia y situación sentimental de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?
- ¿Cuáles son las características de situación vivencial y situación laboral de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Teórica: En nuestro país, son contados los trabajos de investigación en torno a los trastornos de la conducta alimentaria. A nivel internacional, la mayoría de las investigaciones estudian poblaciones de edad adolescente, o incluso se centran solo en el sexo femenino; son escasos los que seleccionan su población conforme al sector laboral. Con este trabajo de investigación se busca ampliar la información sobre el riesgo de desarrollar estos trastornos en el sector profesional de la salud.

Práctica: Si bien no permiten hacer un diagnóstico, cuestionarios estandarizados como el que emplea este estudio permiten detectar el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria y de ser el caso, acudir a un especialista en el área para la intervención correspondiente.

Metodológica: Debido al contexto coyuntural, se determinó que el diseño de estudio óptimo era uno descriptivo, transversal, prospectivo, observacional. Para éste, se eligió un instrumento ya validado internacionalmente y usado ampliamente en trabajos de investigación, con una versión al español también validada. Además, se realizó el cálculo de la muestra en base a un valor de frecuencia hallado en el último trabajo de investigación realizado en nuestra ciudad en una población de características similares a las del presente estudio.

Económico – Social: Un trastorno de la conducta alimentaria no solo representa una afectación en la salud mental, sino también física. Esto en el personal médico representa una afectación en el rendimiento laboral y, por lo tanto, un alto costo económico y social. La prevención de tal situación yace en el tamizaje del riesgo potencial de desarrollar estos trastornos.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: El trabajo se realizó en la Universidad Privada San Juan Bautista.

Delimitación temporal: La investigación se llevó a cabo durante el año 2020.

Delimitación social: El estudio se realizó en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Delimitación conceptual: El presente trabajo de investigación aborda los trastornos de la conducta alimentaria, enfocándose en el riesgo de desarrollar tales en una población teóricamente susceptible.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La coyuntura actual exigió la realización de esta investigación mediante un instrumento que llegara a los participantes a través de un contacto virtual y fuera autoaplicado bajo instrucciones en una plataforma virtual. La libertad de la persona contactada de elegir o no la aplicación de este instrumento dio lugar a la omisión en una mayoría de casos, lo cual condujo a tener que decidir trabajar con una muestra en lugar de toda la población. Asimismo, este instrumento fue elaborado con preguntas tipo Likert, por lo que las respuestas estuvieron sometidas a la subjetividad, sinceridad y compromiso del encuestado, que a su vez podrían ser afectadas negativamente por la misma patología, en el caso de trastornos de la conducta alimentaria instaurados, o por factores personales o circunstanciales del participante en el momento en que este recibiera el contacto. También debe tomarse en cuenta que las características que posee la población de estudio no son necesariamente iguales a las de otro tipo de poblaciones, por lo cual existe un límite respecto al grado al que puedan llegar a extrapolarse los resultados obtenidos. Finalmente, siendo la población de estudio de un tamaño reducido, teniendo que estudiar en una muestra de esta población un fenómeno cuya frecuencia suele ser de valores reducidos y centrar los objetivos específicos en la distribución de este fenómeno, la posibilidad de extrapolar los resultados se ve sometida a una aun mayor limitación.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Estimar la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

1.6.2. ESPECÍFICOS

Identificar las características de edad y sexo de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

Identificar las características de procedencia y situación sentimental de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

Identificar las características de situación vivencial y situación laboral de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

1.7. PROPÓSITO

Este trabajo de investigación busca valorar la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en alumnos egresados de la carrera de Medicina Humana debido a que, por la naturaleza y ritmo del oficio, los profesionales de este sector presentan susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastornos. Fuera del alcance de esta investigación, pero esperando generar conciencia al respecto, está la búsqueda de ampliar la investigación en torno a estos trastornos en general, pero en particular en nuestro sector laboral, ya que la detección temprana de este tipo de patologías permitiría una intervención oportuna y, de esta manera, ahorro en los posibles costos económico-sociales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Momeni *et al.* (2020), realizaron un estudio transversal en 385 estudiantes de ciencias médicas en la Universidad de Qazvin de Irán, buscando relacionar el comportamiento alimentario con la insatisfacción respecto a la imagen corporal. Se empleó como instrumento el llamado EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) y se obtuvo que el puntaje promedio fue $66,75 \pm 29,8$ y que el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario estuvo presente en el 18,5% de los estudiantes⁽⁶⁾.

Freire *et al.* (2020), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en 160 estudiantes de instituciones de educación superior de Ecuador. Se tuvo como fin estimar el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria mediante la aplicación del EAT-26. Se determinó que el 10,6% presentaba riesgo de presentar este tipo de trastornos⁽⁷⁾.

Tayfur *et al.* (2020), estudiaron una muestra de 301 estudiantes universitarios de las dos ciudades más industrializadas de Turquía, con el objetivo de hallar relaciones entre las conductas alimentarias con la imagen corporal y la depresión. Empleando el EAT-26, se halló que el 18,3% presentó conductas alimentarias no adecuadas⁽⁸⁾.

Nascimento *et al.* (2020), condujeron un estudio de diseño transversal en 271 estudiantes de cursos relacionados a la salud en una universidad pública de Pernambuco, Brasil, con el propósito de identificar indicadores de trastornos de la conducta alimentaria. Con la aplicación del EAT-26, se halló que el 7,4%

de los estudiantes presentó riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria⁽⁹⁾.

Ebrahim *et al.* (2019), realizaron un estudio descriptivo transversal en 400 varones universitarios en Kuwait, planteándose determinar la prevalencia de indicadores de trastornos alimentarios con la aplicación del EAT-26. La media del puntaje total fue de 20,4 (DS=14,08) y la proporción de participantes en riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria fue de 16,2%. La media en el grupo en riesgo fue 32,7 (DS=10,8) y en el que no estaba en riesgo fue 9,87 (DS=5,13)⁽¹⁰⁾.

Sampaio *et al.* (2019), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en 246 estudiantes de carreras de ciencias de la salud de una universidad estatal de Brasil, en aras de investigar el riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. Se usó el EAT-26, obteniendo que el 16,0% de la muestra estudiada presentaba riesgo a padecer este tipo de trastornos⁽¹¹⁾.

Gramaglia *et al.* (2019), ejecutaron un estudio transversal en 664 estudiantes universitarias en Italia. El objetivo fue relacionar sus conductas alimentarias y otros rasgos con la ortorexia nervosa. Respecto a lo hallado con el EAT-26, el 8,43% de la muestra presentó conductas alimentarias de riesgo y la media del puntaje total fue $7,89 \pm 9,51$. La media del puntaje de la subescala dieta fue $5,04 \pm 6,06$; la de la subescala bulimia y preocupación por la comida, $0,99 \pm 2,23$ y la de la subescala control oral, $1,78 \pm 2,93$ ⁽¹²⁾.

Alkazemi *et al.* (2018), emprendieron un estudio descriptivo transversal en 1147 mujeres universitarias de la Universidad de Kuwait, para investigar la presencia de comportamientos alimentarios inadecuados. Se usó el EAT-26 y el 46,4% presentó riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario. La media del puntaje total fue $21,0 \pm 11,2$; la del grupo en riesgo, $31,3 \pm 0,8$ y la del grupo sin riesgo, $10,4 \pm 5,1$. Por subescalas: Dieta ($11,8 \pm$

8,0), bulimia y preocupación por la comida ($4,0 \pm 3,8$), control oral ($5,8 \pm 4,2$). Los ítems que más puntuaron 2 ó 3 fueron: 'Pienso en quemar calorías al ejercitarme' (46,2%) y 'Me preocupa el deseo de adelgazar' (46,2%)⁽¹³⁾.

Saleh *et al.* (2018), estudiaron con un diseño transversal a 2001 mujeres estudiantes de la Universidad Nacional An-Najah de Palestina, planteándose determinar la prevalencia de comportamientos alimentarios alterados. El resultado tras aplicar el EAT-26 fue que un 28,6% de las participantes logró un puntaje mayor o igual a 20, presentando riesgo de desarrollar un trastorno alimentario⁽¹⁴⁾.

Pengpid *et al.* (2018), ejecutaron un estudio transversal en 3148 estudiantes de universidades de la Asociación de Naciones del Sureste Asiático. Se usó el EAT-26 para determinar la prevalencia de conductas alimentarias anormales. El resultado fue que en el 11,5% se identificó el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria⁽¹⁵⁾.

Vijayalakshmi *et al.* (2018), usaron un diseño descriptivo transversal para estudiar a 454 alumnos de las carreras de medicina y enfermería en India, para valorar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. Con el EAT-26, se identificó una proporción de conductas alimentarias problemáticas del 10,4% y un puntaje total promedio de $9,36 \pm 7,70$ ⁽¹⁶⁾.

Edwards *et al.* (2018), llevaron a cabo un estudio en 132 adultos en Estados Unidos, en aras de investigar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en situaciones de sobrepeso y obesidad. Con la aplicación del EAT-26, se obtuvo que el 13% de los participantes tuvieron un puntaje de 0, el 87% reportó cierto grado de anormalidad en sus conductas alimentarias y el 3,0% presentó riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria⁽¹⁷⁾.

Maia *et al.* (2018), usaron un diseño transversal para estudiar a 130 mujeres asistentes al curso de nutrición de una institución en Brasil. El estudio buscó evaluar el comportamiento alimentario con el EAT-26, para asociarlo con otros factores. El 9,62% mostró riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario y una puntuación promedio total de $10,17 \pm 5,55^{(18)}$.

Radwan *et al.* (2018), condujeron un estudio transversal en 662 estudiantes de la Universidad de Sharjah, en los Emiratos Árabes Unidos, buscando explorar factores que influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Se halló que el 33,2% de la muestra estudiada alcanzó un puntaje mayor o igual a 20 en el EAT-26, con un puntaje promedio total de $16,8 \pm 12,5^{(19)}$.

Abd *et al.* (2018), llevaron a cabo un estudio transversal en 1200 estudiantes universitarias en la ciudad de Taif, Arabia Saudita, con el fin de estimar la prevalencia de potenciales trastornos alimentarios. Con el EAT-26, se halló que ésta fue 35,4% y que la media del puntaje total fue $17,5 \pm 10,4$. En la subescala dieta, la media fue $8,7 \pm 6,5$ y en los participantes en riesgo, el ítem con mayor proporción fue 'Pienso en quemar calorías al ejercitarme' (75,2%). En la subescala bulimia y preocupación por la comida, la media fue $3,3 \pm 3,5$ y en los participantes en riesgo, el ítem con mayor proporción fue 'Siento que la comida controla mi vida' (64,9%). En la subescala control oral la media fue $5,5 \pm 4,2$ y en los participantes en riesgo, el ítem con mayor proporción fue 'Muestro autocontrol respecto a la comida' (76,2%)⁽²⁰⁾.

Kandeger *et al.* (2018), estudiaron con un diseño transversal a 383 estudiantes universitarios en Turquía, con la finalidad de evaluar la presencia de comportamientos alimentarios alterados y determinar su relación con otros factores. Empleando el EAT-26, se obtuvo una media del puntaje total de $11,44 \pm 8,78$ y una distribución del 4,2% de los comportamientos alimentarios de riesgo⁽²¹⁾.

Syed *et al.* (2018), llevaron a cabo un estudio transversal en 250 mujeres universitarias en Peshawar, Pakistán, buscando explorar su estado de salud y de nutrición, así como posibles trastornos alimentarios, con la aplicación del EAT-26. Se determinó un puntaje total promedio de $18 \pm 10,05$ y en las subescalas: Dieta, $8,5 \pm 7$; bulimia y preocupación por comida, $3,20 \pm 2,50$; control oral, $6,36 \pm 4,41$. Si bien ninguna participante superó el punto de corte, la valoración cercana a tal fue interpretada e igual sirvió para completar los otros objetivos del estudio⁽²²⁾.

Fadipe *et al.* (2017), estudiaron con un diseño descriptivo transversal a 1054 estudiantes de pregrado en Lagos, Nigeria, con el objetivo de determinar la presencia de conductas alimentarias no adecuadas. Se empleó el EAT-26 y se obtuvo como puntaje total promedio $11,52 \pm 8,54$ y 16,03% presentó conductas alimentarias de riesgo. En la subescala dieta, la media fue $6,59 \pm 5,58$; en la subescala bulimia y preocupación por la comida, $1,18 \pm 1,98$; en la subescala control oral, $3,75 \pm 3,61$ ⁽²³⁾.

Kaur (2017), condujo un estudio en 80 mujeres universitarias en Puyab, India, con el propósito de valorar los desórdenes alimenticios presentes mediante la aplicación del EAT-26. Los resultados mostraron que un 52,12% de la muestra estudiada superaron el punto de corte, indicando riesgo para desarrollar desórdenes de la conducta alimentaria⁽²⁴⁾.

Ngan *et al.* (2017), realizaron un estudio transversal en 320 estudiantes de medicina de tercero, cuarto y quinto de año de una facultad privada en Malasia. Se aplicó el EAT-20 con el fin de valorar el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y luego correlacionarlo con otros factores. Se determinó que el 11,0% presentaba riesgo de desarrollar este tipo de trastornos⁽²⁵⁾.

El-Bagoury *et al.* (2017), llevaron a cabo un estudio transversal en una muestra de 445 estudiantes de la Universidad Ain Shams de Egipto, con el fin de estimar la frecuencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y relacionarlo con otros factores. Con el EAT-26, se obtuvo que el riesgo de padecer este tipo de trastornos alcanzó una frecuencia del 73,26% en la muestra estudiada⁽²⁶⁾.

Hosseini *et al.* (2016), usaron un diseño transversal para estudiar a 231 mujeres de la Universidad Hamadan de Ciencias Médicas de Irán, con el objetivo de identificar conductas alimentarias de riesgo y factores influyentes. Mediante el uso del EAT-26, se detectaron actitudes alimentarias anormales en el 21,6% de las estudiantes⁽²⁷⁾.

Shashank *et al.* (2016), estudiaron con un diseño transversal a 134 mujeres estudiantes de medicina del Instituto de Ciencias Médicas Adichunchanagiri, en India, con el propósito de valorar conductas alimentarias inadecuadas. Al emplearse el EAT-26, se estimó una prevalencia de 29,2% de conductas alimentarias de riesgo, con una media de 25,63 (DS=4,27) de la puntuación de este grupo, y una media de 8,67 (DS=3,42) en quienes no se encontraban en riesgo⁽²⁸⁾.

O'hara *et al.* (2016), ejecutaron un estudio transversal en una muestra de 420 mujeres estudiantes de tres universidades en los Emiratos Árabes Unidos, con el fin de evaluar la presencia de actitudes alimentarias inadecuadas y relacionarlas con el estigma del peso y la autoestima. Con la aplicación del EAT-26, se determinó que casi el 30% presentaba riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria⁽²⁹⁾.

Magalhaes *et al.* (2016), usaron un diseño transversal para estudiar a 202 mujeres estudiantes de todos los semestres de la escuela de medicina de una universidad pública de Brasil. El objetivo fue estimar la prevalencia de

comportamiento alimentario anormal y asociarlo a otros factores. Se hizo uso del EAT-26, mostrándose una prevalencia de 9,9%⁽³⁰⁾.

Panchami *et al.* (2016), realizaron un estudio observacional transversal en 150 estudiantes de medicina en Karnataka, India, para investigar la presencia de desórdenes alimentarios y factores correlacionados. Empleando el EAT-26, se halló riesgo para padecer este tipo de desórdenes en el 4,7% de la muestra estudiada⁽³¹⁾.

Naeimi *et al.* (2016), estudiaron con un diseño transversal a 430 estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas Tabriz, en Irán, con la finalidad de valorar el riesgo de trastornos alimentarios con relación a otros factores. Se utilizó el EAT-26, hallando que 9,5% de la muestra estudiada presentaba riesgo de padecer este tipo de trastornos⁽³²⁾.

Haroon *et al.* (2016), emprendieron un estudio descriptivo transversal en 75 estudiantes de medicina en Islamabad, Pakistán, con el objetivo de valorar la frecuencia de posibles trastornos alimentarios. Con el uso del EAT-26, el 22,6% de la muestra estudiada mostró estar en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios⁽³³⁾.

Manaf *et al.* (2016), llevaron a cabo un estudio en 206 mujeres estudiantes de medicina de una universidad privada de Malasia, con el propósito de estimar la prevalencia de susceptibilidad para desórdenes alimentarios. La aplicación del EAT-26 dio como resultado una prevalencia de 6,3%⁽³⁴⁾.

ANTECEDENTES NACIONALES

Año *et al.* (2019), ejecutaron un estudio observacional transversal analítico en 264 estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco, con el fin de determinar factores asociados a trastornos de la conducta

alimentaria. Para ello, primero se aplicó el EAT-26, determinándose una predisposición para estos trastornos en el 15% de la muestra estudiada⁽³⁵⁾.

Vega *et al.* (2018), usaron un diseño observacional descriptivo para estudiar a 147 estudiantes de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo en Lima, proponiéndose estimar la frecuencia de trastornos alimentarios mediante el EAT-26. Se determinó una prevalencia de este tipo de trastornos en el 15,6% de la muestra estudiada⁽³⁶⁾.

Ponce *et al.* (2017), realizaron un estudio descriptivo transversal en 375 estudiantes de medicina de primer año de la Universidad San Martín de Porres, Lima, con la finalidad de hallar la prevalencia del probable diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria. Como resultado, con el EAT-26 se halló que un posible trastorno de la conducta alimentaria era prevalente en el 10,1% de los estudiantes⁽³⁷⁾.

Lazo *et al.* (2015), condujeron un estudio transversal analítico en 483 mujeres adolescentes de tres centros educativos del distrito de La Victoria, Lima, con el objetivo de estimar la existencia de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y relacionarlo con otros factores. Con el EAT-26, se determinó que el 13,9% de las alumnas presentaban riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria⁽³⁸⁾.

2.2. BASE TEÓRICA

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades psicosomáticas de impacto severo poseedoras de una compleja etiología originada en la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales. El conocimiento sobre estos sigue ampliándose constante y progresivamente en la búsqueda de un manejo oportuno, acertado y perdurable⁽³⁹⁾.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En 1980, la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales incluyó por primera vez a la anorexia nervosa, y a la bulimia como un subtipo; siete años después, en la versión revisada, se colocó a la bulimia nervosa como una entidad independiente⁽⁴⁰⁾.

En la cuarta edición, publicada en 1994, la sección de los trastornos de la conducta alimentaria se clasificó en aquellos propios de la infancia y los que inician en la adolescencia, agrupándose los últimos en específicos (anorexia y bulimia) e inespecíficos (trastorno por atracones y otros cuadros subclínicos)⁽⁴¹⁾.

La quinta y última edición hasta la fecha tornó esta sección en trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos, erradicó la división previa y abarcó nuevos diagnósticos⁽⁴²⁾; se mostró así mejoría en la utilidad clínica de estos criterios, dando pie a extender el conocimiento de estos trastornos más allá de los más conocidos, y que así la historia y la investigación dejen de girar en torno a la anorexia y la bulimia⁽⁴³⁾.

DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Son trastornos que consisten en una alteración persistente en la alimentación o en la conducta relacionada con ésta, alterándose así el consumo o la absorción de los alimentos, con un deterioro biopsicosocial significativo. A continuación, se revisarán los criterios diagnósticos de estos trastornos, según la Asociación Americana de Psiquiatría⁽⁴⁴⁾.

Pica

Persistencia en la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias por al menos un mes, incoherente con el grado de desarrollo y las prácticas socioculturales aceptadas. Junto a otro trastorno mental o afección médica, es grave y justifica atención clínica adicional⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Periodo continuo sin cumplimiento de los criterios⁽⁴⁴⁾.

Trastorno de rumiación

Recurrencia en la regurgitación de alimentos por al menos un mes; el contenido se vuelve a masticar, se traga o escupe. No debe ser explicable por una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica, ni darse en el curso de otro trastorno alimentario. De producirse junto a otro trastorno mental, es grave y justifica atención clínica adicional⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Periodo continuo sin cumplimiento de los criterios⁽⁴⁴⁾.

Trastorno por evitación/restricción de la ingestión de alimentos

Espectro manifestado como incumplimiento de las necesidades nutritivas y/o energéticas, asociado a uno o más: Pérdida ponderal significativa, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de alimentación enteral o suplementos nutritivos orales, interferencia importante psicosocial⁽⁴⁴⁾.

La condición no debería ser atribuible a la falta de alimentos disponibles o a una práctica cultural aceptada, ni producirse en el curso de la anorexia o bulimia, ni existir pruebas de un trastorno en la autopercepción del peso o constitución, ni ser explicable por una afección médica concurrente u otro trastorno mental. En el contexto de otra patología, la gravedad de este trastorno es superior y justifica la atención clínica adicional⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Periodo continuo sin cumplimiento de los criterios⁽⁴⁴⁾.

Anorexia

Ingesta restringida que conduce a pérdida ponderal significativa con relación a la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. Existe miedo a subir de peso u otro comportamiento persistente que interfiere en ello a pesar de la pérdida ya significativa. Además, alteración en la autopercepción constitucional, influencia inadecuada en la autoevaluación, o negación de la gravedad de la pérdida de peso⁽⁴⁴⁾.

TIPOS: Restrictivo, cuando durante los últimos tres meses, la pérdida de peso se debe sobre todo a la dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo. Purgativo o de atracones/purgas, cuando durante los últimos tres meses, se han presentado episodios recurrentes de atracones o purgas⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Se considera parcial cuando el primer criterio no se ha cumplido durante un periodo continuo, pero aún se cumple el segundo o el tercero. Se considera total al existir un periodo continuo de incumplimiento de todos los criterios⁽⁴⁴⁾.

GRAVEDAD: Se basa en el Índice de Masa Corporal: Leve es ≥ 17 kg/m². Moderado es 16 a 16,99 kg/m². Grave es 15 a 15,99 kg/m². Extremo es < 15 kg/m². Existen factores agravantes fuera del mencionado que pueden reflejar complicación del trastorno⁽⁴⁴⁾.

Bulimia

Recurrencia de episodios de atracones. Ingesta en cantidad superior a la que la mayoría ingeriría en tales circunstancias, sintiendo falta de control al

respecto. Recurrencia de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso (vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros, ayuno o ejercicio excesivo). Frecuencia mínima de una vez a la semana por tres meses. La constitución y peso influyen la autoevaluación. No cursa durante episodios de anorexia⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Dependiendo de la existencia de un periodo continuo de incumplimiento de algunos o todos los criterios, se considera parcial o total, respectivamente⁽⁴⁴⁾.

GRAVEDAD: Se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios: Leve, de 1 a 3 por semana. Moderado, de 4 a 7 por semana. Grave, de 8 a 13 por semana. Extremo, 14 a la semana en promedio. Existen factores agravantes fuera del mencionado que pueden reflejar complicación del trastorno⁽⁴⁴⁾.

Trastorno por atracones

Recurrencia de episodios de atracones asociados a tres o más: Comer con mucha más rapidez de lo normal, hasta sentirse desagradablemente lleno, grandes cantidades sin sentir hambre, solo por la vergüenza por la cantidad, posteriores disgusto, depresión o vergüenza con uno mismo. Malestar intenso respecto a estos episodios. Se dan al menos una vez a la semana por tres meses, no se asocian a conducta compensatoria inapropiada recurrente, ni al curso de la bulimia y anorexia⁽⁴⁴⁾.

REMISIÓN: Es parcial cuando la frecuencia de atracones es menor a un episodio semanal durante un periodo continuo. La ausencia completa de todos los criterios por un periodo continuo define la remisión total⁽⁴⁴⁾.

GRAVEDAD: Se basa en la frecuencia de los episodios de atracones: Leve, 1 a 3 por semana. Moderado, 4 a 7 por semana. Grave, 8 a 13 por semana. Extremo, 14 o más por semana. Existen factores agravantes fuera del mencionado que pueden reflejar complicación del trastorno⁽⁴⁴⁾.

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión especificado

Casos con predominio de síntomas característicos de un trastorno, con malestar o deterioro significativos, que no cumplen todos los criterios, situación que es especificada por el clínico que reporta. Ejemplos: Anorexia nervosa atípica, bulimia nervosa de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos⁽⁴⁴⁾.

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos no especificado

Casos con predominio de síntomas característicos de un trastorno, con malestar o deterioro significativos, que no cumplen todos los criterios y cuya situación no es especificada en el reporte; incluye casos en los que no existe suficiente información para un diagnóstico más específico (urgencias)⁽⁴⁴⁾.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Con los últimos criterios brindados por la Asociación Americana de Psiquiatría, se dio un aumento en las cifras, incluso en sectores poblacionales no predominantes, como varones, personas mayores y de clase socioeconómico baja⁽⁴⁵⁾. Gracias a ello, no existe una fidedigna prevalencia global actual de estos trastornos⁽⁴⁶⁾.

Una muestra del impacto de los nuevos espectros diagnósticos incluidos se da en dos estudios: El primero, llevado a cabo en Reino Unido, mostró una prevalencia de 4,4%, que crecía a 7,4% al incluir los trastornos especificados y no especificados⁽⁴⁷⁾. El segundo, realizado en Australia, resultó en una prevalencia para cualquier trastorno alimentario de 22,2%; de 6,2% al tomar en cuenta solo a las entidades de criterios cumplidos; de 11,2% al tomar en cuenta solo a otros trastornos especificados⁽⁴⁸⁾.

La proporción es de 4:1 en mujeres y de 10:1 en varones⁽⁴⁹⁾. Al comparar ambos sexos, el predominio se da en el sexo femenino (9:1)⁽⁵⁰⁾. El pico de incidencia de la anorexia es entre los 10 y 19 años; en la bulimia es menos claro, pero algunos estudios lo sitúan entre los 10 y 20 años, y otros entre los 25 y 29⁽⁴⁹⁾. Otras etapas a tomar en cuenta son la infancia y la menopausia⁽⁵⁰⁾.

La mortalidad es alta; un estudio mostró tasas estandarizadas de 5,35 en anorexia; 1,49 en bulimia y 1,50 en el trastorno por atracones⁽⁵¹⁾. La anorexia es el trastorno psiquiátrico asociado a mayor mortalidad⁽⁵⁰⁾, con tasas que en estudios de largo plazo bordean el 20%, además de representar diez veces más riesgo de una muerte prematura⁽⁵²⁾.

De 1990 al 2013, la anorexia y bulimia pasaron del décimo tercer lugar al décimo segundo como causas de años de vida ajustados por discapacidad en mujeres entre 15 a 19 años en países de altos ingresos. En los de ingresos bajos y medios, pasaron del quincuagésimo octavo al cuadragésimo sexto lugar. A nivel global, fueron 2,2% del indicador⁽⁵³⁾.

El indicador mencionado tiene mayores cifras en los países occidentales. A la cabeza están India, China y Estados Unidos. Aún los datos son insuficientes para tener clara la carga y distribución de estos trastornos en Asia, Islas del Pacífico, Latinoamérica y África⁽⁵³⁾.

Dentro de la poca evidencia existente, en Latinoamérica se halló una prevalencia puntual de 0,1% para anorexia, 1,16% para bulimia y 3,53% para el trastorno por atracones; en hispanos/latinos en Estados Unidos los valores fueron de 0,08% para anorexia, 1,61% para bulimia y 1,92% para el trastorno por atracones⁽⁵⁴⁾. Se plantea que el ideal corporal diferente actuaría como factor protector, en especial para la anorexia⁽⁵⁵⁾.

Latinoamérica no cuenta con información suficiente para realizar una comparación entre los países de su región; la investigación se centra predominantemente en trabajos emprendidos en Brasil, México o Colombia⁽⁵⁴⁾. Tanto a nivel mundial como regional es necesario ampliar el conocimiento epidemiológico de estos trastornos. De cualquier modo, debe tenerse presente que estos afectan independientemente del género, edad, clase social, raza o cultura⁽⁵⁰⁾.

BASES BIOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La alimentación consiste en el ingreso al organismo de las sustancias requeridas para su continuo funcionamiento⁽⁵⁶⁾. La evolución volvió al ser humano omnívoro con fines adaptativos, pero también condujo a que existieran esferas psicológicas y socioculturales y que éstas pasaran a influir en la alimentación⁽⁵⁷⁾. Es esencial entonces desentrañar los procesos que intervienen en la conducta alimentaria normal para luego entender cómo puede verse alterada.

El impulso fisiológico para alimentarse se manifiesta como sensación de hambre, con efectos psicológicos que llevan a buscar una fuente alimenticia. El apetito, el impulso psicológico, implica selectividad en la calidad o tipo de comida a ingerir. Una vez lograda la ingestión, se genera la sensación de saciedad⁽⁴³⁾. En base al continuo de los estados de hambre y saciedad, el

cerebro establece preferencias según el carácter positivo o negativo del efecto del alimento⁽⁵⁷⁾.

Así es como la iniciación y mantenimiento de la conducta alimentaria están afectadas por factores metabólicos, con función homeostática y generación de hambre por procesos internos, y factores no metabólicos, con foco en el aprendizaje de las preferencias y las recompensas asociadas a estímulos. Por lo que las regiones cerebrales que regulan el apetito cumplen una función tanto homeostática como hedónica⁽⁴³⁾.

Regulación Homeostática

El núcleo lateral del hipotálamo ejerce el rol de centro de la alimentación partiendo de impulsos motores para la búsqueda de comida. Como centro de la saciedad, tenemos al núcleo ventromedial. El núcleo arcuato recibe hormonas liberadas del tracto gastrointestinal y el tejido adiposo con el fin de regular la ingesta de comida y el gasto energético. También llegan señales neurales del tracto gastrointestinal informando sobre el llenado gástrico; químicas, informando sobre los nutrientes en la sangre; información sensorial sobre la comida, de la corteza cerebral⁽⁴³⁾.

Los centros poseen receptores para varios neurotransmisores que modulan la conducta alimentaria. Tenemos sustancias orexigénicas (estimulantes) y anorexigénicas (inhibidoras), El llenado gastrointestinal, la colecistocinina, el péptido YY, el péptido similar al glucagón, la grelina y diversos factores orales operan en la modulación a corto plazo de la ingesta de comida. Existen teorías glucostáticas, aminostáticas y lipostáticas sobre la regulación a largo plazo⁽⁴³⁾.

Regulación No homeostática

En el ser humano, la acción de comer puede iniciarse sin existir la señal de depleción, dándose por una decisión cortical, en la que a su vez influyen factores externos. El control de esta conducta recae en la interacción de la amígdala/hipocampo, corteza orbitofrontal, ínsula y cuerpo estriado. El control cognitivo lo modula la corteza prefrontal. Se ha planteado el rol de la ínsula anterior como corteza gustatoria primaria y el de la corteza orbitofrontal, como secundaria⁽⁴³⁾.

Neurotransmisores

Son varios los neurotransmisores involucrados en la conducta alimentaria normal. Por ejemplo, la serotonina tiene un efecto hipofágico probablemente mediado por receptores postsinápticos 5-HT_{2C}, y la dopamina parece estar asociada al efecto de reforzamiento en la alimentación y a la duración del consumo de comida y la cantidad⁽⁴³⁾.

Se ha planteado que GABA y el glutamato tienen rol estimulador, que la alteración de la noradrenalina a nivel cerebral puede incrementar o disminuir la alimentación, y que el factor neurotrófico derivado del cerebro influye tanto en los mecanismos homeostáticos como hedónicos⁽⁴³⁾.

El deseo y gusto por la comida inducidos por los cannabinoides nacen de un aumento en la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens, que puede ser reducida por antagonistas opioides, sugiriendo un rol potencial de los opioides endógenos en el aspecto de recompensa⁽⁴³⁾.

ASPECTOS INVOLUCRADOS EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Aspectos Genéticos

Se piensa que existen potenciales genéticos activados por factores del entorno, que incluyen complicaciones perinatales y obstétricas, y estresores en la vida temprana y tardía⁽⁵⁸⁾.

El factor genético contribuye en un 50 a 80% al riesgo de desarrollar estos trastornos y a los factores neurobiológicos subyacentes⁽⁵⁹⁾. La heredabilidad es entre moderada y alta y se ha visto que las influencias genéticas incrementan desde la adolescencia temprana a la tardía⁽⁴⁹⁾.

Se han hallado alteraciones en agentes genéticos involucrados en el control homeostático y de recompensa; sin embargo, es aún incierto si son causa o consecuencia de la patología⁽⁴³⁾. Se ha visto además que la inanición, característica clave de la anorexia, puede desencadenar alteraciones epigenéticas⁽⁴⁹⁾.

Las comorbilidades psiquiátricas se deben en parte a factores genéticos compartidos⁽⁶⁰⁾, visto por ejemplo en la anorexia y la esquizofrenia⁽⁶¹⁾.

Conforme se logren mayores avances, podrá recurrirse a la consejería genética como paso inicial de una potencial intervención⁽⁶²⁾.

Aspectos Neuroquímicos

En general, se observa un desbalance en la acción antagonista entre las vías serotoninérgica y dopaminérgica. La disfunción dopaminérgica en el circuito frontoestriado se asocia a falla en la asociación hedónica. Las alteraciones de la serotonina pueden conducir a desregulación del apetito e incluso persistir en pacientes recuperados⁽⁴³⁾.

Se ha observado reducción del factor neurotrófico derivado del cerebro en casos de anorexia y bulimia, posible reflejo de una vía adaptativa de mejora del consumo de comida en la inanición persistente⁽⁴³⁾.

También se ha visto elevación en los niveles de endocannabinoides en pacientes con anorexia y trastorno por atracones, así como en los de marcadores séricos de receptores CB1 en pacientes con anorexia y bulimia. Entonces la desregulación de este sistema también reflejaría una respuesta adaptativa para mejorar el hambre y la ingesta de comida⁽⁴³⁾.

Aspectos Neuroimagenológicos

Evidencias de atrofia cerebral y ventrículos dilatados en casos de anorexia y bulimia sugieren su presencia como disturbio predisponente. En casos diagnosticados también se ha hallado asociación con daño en el lóbulo frontal derecho, temporal y/o parietal⁽⁴³⁾.

Se considera a la corteza prefrontal dorsolateral como indicador del control cognitivo en la anorexia y las vulnerabilidades en el control cognitivo en la bulimia. Además, se ha asociado al circuito frontoestriado con la restricción apetitiva y emocional propia de la anorexia⁽⁴³⁾.

Aspectos en relación con la Microbiota Intestinal

En estudios con animales, como posibles mecanismos de influencia en la ingesta de comida, se han hallado: Impacto en la producción y/o actividad de hormonas reguladoras del apetito mediante la activación de receptores tipo Toll en las células enteroendocrinas. Producción de péptidos análogos a tales hormonas, mimetizando su efecto y/o desencadenando una respuesta autoinmune⁽⁴⁵⁾.

El lipopolisacárido también representa un mecanismo alternativo, pues al unirse a receptores en células inmunes, induce que produzcan citoquinas, desencadenando cambios en el sistema inmuno-endocrino-nervioso, activándose así el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal. Además, altera la barrera hematoencefálica, logrando un efecto indirecto a nivel central⁽⁴⁵⁾.

Aspectos Neuropsicológicos

En la anorexia, existen estilos específicos de pensamiento caracterizados por afectación de la toma de decisiones y del control inhibitorio, sesgos atencionales⁽⁶³⁾, coherencia central débil, rigidez cognitiva, perfeccionismo, dificultad para procesar emociones y alteración en la sensación de recompensa. También se ha hallado su presencia en familiares sanos de primer grado y en pacientes ya recuperados⁽⁴³⁾.

Con respecto a la bulimia, se presentan disturbios en el procesamiento de la información y en la inhibición, control de impulsos con tendencia a la gratificación inmediata sin tomar en cuenta los efectos negativos posteriores, sesgos atencionales, dificultad en la toma de decisiones y en la coherencia central⁽⁶³⁾.

Tomando en cuenta el potencial cruce de espectros con otros trastornos mentales, se considerarían factores de riesgo importantes y exclusivos para la anorexia y bulimia a la rigidez cognitiva y los sesgos atencionales; en la anorexia, se podría adicionar a la coherencia central débil⁽⁶³⁾ y a la alteración de la conciencia interoceptiva⁽⁴³⁾.

EVALUACIÓN INICIAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La prontitud de la intervención representa un factor predictor de la efectividad del tratamiento a largo plazo, impactando en la calidad y cantidad de vida. Es necesario que, desde el primer nivel de atención, el profesional de la salud realice una correcta evaluación del paciente con posible trastorno de la conducta alimentaria⁽⁵⁰⁾.

Las posibles manifestaciones a hallar en la evaluación física son diversas, engloban todos los sistemas y son reflejo de las conductas alimentarias específicas de cada trastorno, como la restricción en la alimentación, ingesta de sustancias que afecten el apetito o tengan efecto purgante, y la realización exagerada de ejercicios⁽⁵⁰⁾.

En el campo psíquico, es trascendental identificar rasgos alarmantes, tales como: Ansiedad relacionada con la comida, depresión, fobia social, imagen corporal distorsionada, sensación de falta de control, tendencias suicidas, concentración pobre, perfeccionismo, baja autoestima, culpa relacionada con la comida, obsesividad, cambios cognitivos sutiles⁽⁵²⁾.

En el aspecto conductual, también existen signos de alarma: Evitar comer, pesarse con frecuencia, entrenar hasta lesionarse, dieta restrictiva, uso de ropa holgada, uso excesivo del inodoro, enfoque en la comida, dieta y ejercicio, uso de píldoras dietéticas, laxantes y suplementos, negación del problema, comer lento o escogiendo, desarrollar supuestas alergias a la comida, comer en secreto⁽⁵²⁾.

Mediante una adecuada anamnesis se tendrá acceso a la historia médica y psiquiátrica, buscando identificar patologías dadas durante el desarrollo. De hallarse el antecedente personal de un cuadro psiquiátrico, deberá procederse a una entrevista dirigida a los criterios diagnósticos, en especial si también existe historia familiar⁽⁵⁰⁾.

Fuera de la evaluación física, se deberá valorar el índice de masa corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. En vista de un antecedente personal, debería ampliarse el examen con pruebas complementarias en función a los hallazgos de la evaluación, en especial si existe baja aguda de peso o conductas con efecto purgante⁽⁵⁰⁾.

En base a la anamnesis de factores biológicos, psicológicos, psicosociales y conductuales, la evaluación física, y las pruebas complementarias que se hallen meritorias, se determinará el manejo posterior⁽⁶⁴⁾. De tenerse criterios subclínicos o parciales, el médico podrá probar realizar el manejo por sí mismo, dando indicaciones claras y detalladas para una alimentación equilibrada, anulación de las conductas alimentarias inadecuadas y búsqueda de consejería psicológica⁽⁵⁰⁾.

De observarse recuperación ponderal, disminución o anulación de los episodios de atracones y la sintomatología psiquiátrica, además de control del conflicto familiar y mejora de la autoestima, podrá pasarse a control quincenal o mensual hasta estar fuera de riesgo⁽⁵⁰⁾.

En caso de que desde el inicio se halle el cumplimiento de los criterios diagnósticos para un trastorno o tras iniciar el manejo por el médico, en máximo un mes, no se registre aumento de peso ni disminución en la frecuencia de atracones, se deberá realizar la referencia a un psiquiatra, quien conducirá el tratamiento multidisciplinario requerido⁽⁵⁰⁾.

Los criterios para el internamiento hospitalario son: Índice de masa corporal menor a 13 Kg/m². Negación a la ingesta de alimentos. Complicaciones cardiovasculares. Alteraciones hidroelectrolíticas. Uso descontrolado de laxantes o diuréticos. Ideación suicida⁽⁶⁵⁾.

CLAVES EN LA TERAPÉUTICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los pilares son la restauración del estado nutricional con enfoque individualizado, el tratamiento de las complicaciones físicas, la educación, el manejo psicológico y, de requerirse, la medicación psicotrópica⁽⁶⁵⁾.

Nutrición

Se plantea diseñar la dieta partiendo de 20 a 30 calorías/Kg/día, con un aumento por semana de 500 kilocalorías por día; puede llegarse incluso a 70 a 100 calorías/Kg/día, puesto que estos pacientes requieren aproximadamente 50 a 60 Kcal/Kg/día más que sus pares sanos⁽⁶⁵⁾.

Algunos estudios apoyan el uso de suplementos hipercalóricos en la primera fase de recuperación ponderal, con mayor inclinación en los de contenido hiperproteico. Lográndose el índice de masa corporal adecuado, debe garantizarse la mantención de la dieta en adelante, con medidas en el hogar que velen por la conducta alimentaria saludable⁽⁶⁵⁾.

En pacientes hospitalizados se recomienda iniciar con 100 kcal/día, proteínas 1 a 1.5 g/día y aumentar cada 48 horas 200 calorías. Si el rechazo del paciente es total, se recurrirá a la alimentación enteral por sonda nasogástrica con fórmulas poliméricas normo/hipercalóricas. Cabe tener presente el riesgo de síndrome de realimentación, potencial en quienes ingresan con desnutrición grave o alteraciones electrolíticas⁽⁶⁵⁾.

Factores como conductas purgativas, trastornos de personalidad, conflictos familiares y edad de presentación temprana o tardía y cronicidad sugieren mal pronóstico. Así se logre la recuperación nutricional, una conducta alimentaria inadecuada es factor de riesgo para recaídas y recidivas⁽⁶⁵⁾.

Psicoterapia

A nivel individual, se emplean terapias derivadas del enfoque cognitivo-conductual. La terapia de remediación cognitiva es una de las que ha mostrado mejores resultados, trabajándose en el manejo de la flexibilidad de pensamiento y en la adaptación social⁽⁶⁵⁾.

En niños y jóvenes, existe la terapia familiar, con gran efectividad en estudios y que, en adolescentes con duración corta del trastorno, se ha mostrado superior a la individual. La terapia basada en la familia enfoca el control parental de la renutrición, mejor en contextos no conflictivos. La terapia sistémica interviene en patrones relacionales originarios y perpetuadores⁽⁶⁵⁾.

Finalmente, es importante mencionar que estudios en torno a la microbiota intestinal, epigenética, objetivos farmacológicos, entre otros, representan potenciales elementos dentro de la terapéutica y los diferentes niveles de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria⁽⁶⁵⁾.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

RIESGO: Se llama así a una situación de potencial perjuicio o daño.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: Una patología en que se afecta la alimentación o el comportamiento en torno a ésta.

EDAD: Tiempo desde el nacimiento de un individuo hasta su presente.

SEXO: Es el conjunto de características biológicas que definen a un ser vivo como masculino o femenino.

PROCEDENCIA: Es el área geográfica de donde proviene un ser vivo.

SITUACIÓN SENTIMENTAL: Se refiere a la condición de existencia o ausencia de un vínculo de cualidad romántica con otro individuo.

SITUACIÓN VIVENCIAL: Se refiere a la condición de independencia o convivencia de un individuo con otros.

SITUACIÓN LABORAL: Se refiere a la condición de ejercicio o no de las capacidades laborales adquiridas en un oficio remunerado.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

Debido a la naturaleza descriptiva de la pregunta general de investigación de este trabajo, no se plantea una hipótesis general ⁽³⁷⁾.

2.4.2. ESPECÍFICOS

Debido a la naturaleza descriptiva de las preguntas específicas, no se plantean hipótesis específicas ⁽³⁷⁾.

2.5. VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

RIESGO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Con riesgo / Sin riesgo

VARIABLES SECUNDARIAS

EDAD

Tipo: Cuantitativo

Escala: De razón

Valoración: Encuesta

Indicador: Valor abierto (años)

SEXO

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Masculino / Femenino

PROCEDENCIA

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Ciudad de Lima / Otros

SITUACIÓN SENTIMENTAL

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Soltero(a) / En una relación / Casado(a)

SITUACIÓN VIVENCIAL

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Vivo solo(a) / Vivo con mi familia / Otros

SITUACIÓN LABORAL

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Valoración: Encuesta

Indicadores: Ejerciendo profesión / Sin ejercer profesión

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Puntuación mayor o igual a 20 en el Cuestionario de Conductas Alimentarias (*Eating Attitudes Test - 26*).

EDAD:

Años cumplidos por el participante hasta el instante de llenar la encuesta.

SEXO:

Es la condición de masculino o femenino del participante.

PROCEDENCIA:

Se refiere al área geográfica de donde proviene el participante.

SITUACIÓN SENTIMENTAL:

Presencia o ausencia de un vínculo romántico con otro individuo.

SITUACIÓN VIVENCIAL:

Condición respecto a la independencia o convivencia con otros individuos.

SITUACIÓN LABORAL:

Es la condición del participante de estar ejerciendo o no su carrera profesional.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque el investigador no interviene de ninguna manera en el fenómeno estudiado en la población⁽⁶⁶⁾.

Descriptiva: Porque este estudio mide la distribución de un fenómeno en la población de estudio en base a una muestra⁽⁶⁶⁾.

Transversal: Porque la variable es estudiada en la población por única vez en el tiempo⁽⁶⁶⁾.

Prospectiva: Porque el periodo en el que se estudia la variable es posterior al inicio del trabajo de investigación⁽⁶⁶⁾.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación de este trabajo es descriptivo, pues describe la ocurrencia de un fenómeno determinado en una población determinada⁽⁶⁶⁾.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de este estudio está conformada por los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista (N=377). Se empleó la aplicación de mensajería *Whatsapp* para acceder a los grupos virtuales en los que se encontraba repartida la población.

Cálculo del tamaño muestral

De la población de estudio conformada por 377 egresados, se obtuvo la cantidad de 103 participantes como tamaño muestral requerido. Tal valor se obtuvo empleando la calculadora virtual *Raosoft*, que parte de la fórmula de tamaño muestral⁽⁶⁷⁾, contando con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una distribución de los trastornos de la conducta alimentaria del 10,1%, en base a lo hallado en el estudio emprendido por Ponce *et al.* en estudiantes de primer año de la carrera de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres, en el 2017⁽³⁷⁾.

Muestreo

Se lleva a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia⁽⁶⁸⁾.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

Egresados de la Carrera de Medicina Humana.

Criterios de exclusión

Egresados que no consientan formar parte del trabajo de investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este trabajo de investigación, la técnica de colección de datos llevada a cabo es la encuesta autoadministrada. La primera sección de tal muestra la presentación inicial y la solitud de consentimiento; la segunda, el registro de las iniciales del nombre completo del participante y sus características sociodemográficas; la tercera, los ítems pertenecientes al Cuestionario de

Conductas Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), en su versión de 26 preguntas.

El *Eating Attitudes Test* fue elaborado por David Garner en 1979, inicialmente con 40 ítems⁽⁶⁹⁾; en 1982, en base a un análisis factorial, validó una versión reducida con 26 ítems; contando una sensibilidad del 77%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 79% y como valor predictivo negativo, 94%⁽⁷⁰⁾. Para fines de esta investigación, se empleó la versión en nuestro idioma validada por Gandarillas *et al.* en su trabajo “Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid”, realizado en el 2004, en el que se contó con un alfa de Cronbach de 0,90 para los casos y 0,83 para los controles⁽³⁹⁾.

El cuestionario consiste en 26 enunciados divididos en 3 subescalas o dimensiones: Dieta (13 ítems), bulimia y preocupación por la comida (6 ítems) y control oral (7 ítems). Las respuestas a cada ítem son valoradas en escala Likert con un máximo de 3 puntos, dados por las siguientes categorías de respuesta: 3 = Siempre, 2 = Casi siempre, 1 = A menudo, 0 = A veces, Pocas veces o Nunca. El puntaje máximo es de 76 puntos y un puntaje total mayor o igual a 20 representa el potencial riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria⁽³⁾.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La encuesta (**ANEXO N°01**) fue elaborada en formato virtual en la aplicación *Google Forms* y evaluada por el juicio de expertos (**ANEXO N°02**) de la especialidad, del área metodológica y del área estadística, contándose con su aprobación para proceder con la aplicación de este instrumento.

El enlace de la encuesta virtual llegó a la población de estudio mediante las aplicaciones *WhatsApp* y *Facebook*⁽⁷¹⁾. Mediante la contabilidad realizada por *Google Forms*, se supo cuando se logró alcanzar el tamaño de muestra requerido, a partir del cual se desactivó la posibilidad de llenar la encuesta.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se exportó el archivo en formato XML ofrecido por *Google Forms*, en donde se encontraba contenida la información de las encuestas. En función a este archivo, se elaboró una base de datos en el programa estadístico *IBM SPSS Statistics* Versión 25, para ser posteriormente analizada.

Las variables categóricas fueron analizadas mediante la distribución de frecuencias y empleando porcentajes. Para el análisis de la variable cuantitativa, se estimó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Los resultados de los análisis fueron esquematizados mediante tablas para luego ser interpretados.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación fue conducido respetando los principios expuestos en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki. Todo participante fue considerado como tal al otorgar su consentimiento, habiendo sido informado previamente sobre la finalidad del llenado de la encuesta y sobre el compromiso del investigador de velar por la confidencialidad de los datos otorgados. Para ser realizado, este trabajo recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

	Frecuencia	Porcentaje
En riesgo	8	7,8
Sin riesgo	95	92,2
Total	103	100,0

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°1 se observa que, de la muestra estudiada, el 7,8% presentó riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, mientras que el 92,2% no lo presentó.

TABLA N°2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA EDAD EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

EDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

		Edad	
		Promedio	Desviación Estándar
Trastornos de la Conducta Alimentaria	En riesgo	28,5	5,3
	Sin riesgo	28,8	4,5

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°2 se observa que la edad media de quienes no presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue 28,8 años (DE: $\pm 4,5$ años) y de quienes sí presentaron riesgo, 28,5 años (DE: $\pm 5,3$ años).

TABLA N°3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN AL SEXO EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SEXO

			Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	
			En riesgo	Sin riesgo
Sexo	Masculino	Recuento	3	33
		% dentro de Sexo	8,3%	91,7%
	Femenino	Recuento	5	62
		% dentro de Sexo	7,5%	92,5%

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°3 se observa que el 8,3% de varones presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en el caso de las mujeres, el 7,5% presentó riesgo.

TABLA N°4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA PROCEDENCIA EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PROCEDENCIA

			Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	
			En riesgo	Sin riesgo
Procedencia	Lima	Recuento	8	80
		% dentro de Procedencia	9,1%	90,9%
	Fuera de Lima	Recuento	0	15
		% dentro de Procedencia	-	100,0%

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°4 se observa que el 9,1% de quienes procedieron de Lima presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que ninguno de quienes procedieron de otras provincias presentó riesgo.

TABLA N°5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN SENTIMENTAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SITUACIÓN SENTIMENTAL

			Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	
			En riesgo	Sin riesgo
Situación Sentimental	Soltero(a)	Recuento	2	52
		% dentro de Situación Sentimental	3,7%	96,3%
	En una relación	Recuento	2	34
		% dentro de Situación Sentimental	5,6%	94,4%
	Casado(a)	Recuento	4	9
		% dentro de Situación Sentimental	30,8%	69,2%

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°5 se observa que el 30,8% de casados presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; de quienes se hallaban en una relación, el 5,6%, así como el 3,7% de solteros.

TABLA N°6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN VIVENCIAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SITUACIÓN VIVENCIAL

			Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	
			En riesgo	Sin riesgo
Situación Vivencial	Vivo solo(a)	Recuento	1	13
		% dentro de Situación Vivencial	7,1%	92,9%
	Vivo con mi familia	Recuento	7	77
		% dentro de Situación Vivencial	8,3%	91,7%
	Vivo con mi pareja	Recuento	0	5
		% dentro de Situación Vivencial	-	100,0%

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°6 se observa que el 8,3% de quienes viven con su familia presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, así como el 7,1% de quienes viven solos. No se halló riesgo en quienes indicaron que vivían con su pareja.

TABLA N°7. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA SITUACIÓN LABORAL EN EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA DURANTE EL AÑO 2020

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SITUACIÓN LABORAL

			Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria	
			En riesgo	Sin riesgo
Situación Laboral	Ejerciendo profesión	Recuento	4	55
		% dentro de Situación Laboral	6,8%	93,2%
	Sin ejercer profesión	Recuento	4	40
		% dentro de Situación Laboral	9,1%	90,9%

Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°7 se muestra que el 9,1% de quienes no ejercen la profesión presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en el caso de quienes sí están ejerciendo fue el 6,8%.

4.2. DISCUSIÓN

La frecuencia de egresados de la carrera de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista que presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue 7,8%. Este valor es inferior a los hallados en los antecedentes nacionales hallados: Año *et al.* hallaron un valor de 15%⁽³⁵⁾ en su muestra de estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco. Vega *et al.*, lo observado fue un 15% de los estudiantes de nutrición de la Universidad César Vallejo⁽³⁶⁾. En cursantes del primer año de medicina de la Universidad San Martín de Porres, Ponce *et al.* obtuvieron el hallazgo de 10,1% de los estudiantes de nutrición de la Universidad César Vallejo⁽³⁷⁾. Finalmente, en una muestra con características menos similares, conformada por mujeres adolescentes de tres centros educativos de Lima, Lazo *et al.* determinaron un valor de 13,9%⁽³⁸⁾.

Realizando la comparación con antecedentes internacionales, el de valor más cercano al obtenido por la presente investigación fue el estudio realizado por Silva *et al.*, el cual resultó en un 7,4%⁽⁹⁾. Cabe mencionar también que existieron estudios que hallaron un valor incluso menor: Entre los que involucraron universitarios, Kandeger *et al.* llegaron a un valor de 4,2%⁽²¹⁾, y Syed *et al.*, 0%⁽²²⁾. Estudiando solo una muestra de estudiantes de medicina, Panchami *et al.* observaron como resultado un 4,7%⁽³¹⁾. Estudiando una muestra de mujeres estudiantes de medicina, Manaf *et al.* refirieron un valor de 6,3%⁽³⁴⁾.

En lo que respecta a la edad, la media de quienes presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue 28,5 años (DE: \pm 5,3 años), mientras que en quienes no presentaron riesgo fue 28,8 años (DE: \pm 4,5 años). Si bien no puede hacerse una comparación con base estadística correlacional, cabe mencionar que las medias mencionadas indicarían que aparentemente la edad no fue un factor determinante en esta población estudiada, coincidiendo

con el hallazgo de la investigación por Vega *et al.*⁽³⁶⁾. En cuanto al sexo, el 8,3% de varones presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que, en el caso de las mujeres, el 7,5% presentó riesgo; algo también atípico no solo con respecto a los antecedentes de este estudio, sino a lo manifestado en las generalidades teóricas de estos trastornos, pero que de tener base estadística correlacional, también coincidiría con lo determinado por Vega *et al.*⁽³⁶⁾.

En lo referente a la procedencia, 9,1% de quienes procedieron de Lima presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que ninguno de quienes procedieron de fuera de Lima presentó riesgo; diferenciándose del hallazgo de Ponce *et al.*, quienes en su estudio observaron riesgo en el 30% de quienes procedían de la ciudad de Lima y en el 8% de quienes procedían de fuera de Lima⁽³⁷⁾. En cuanto a la situación sentimental, el 30,8% de casados presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; de quienes se hallaban en una relación, el 5,6%, así como el 3,7% de solteros.

En lo que respecta a la situación vivencial, el 8,3% de quienes viven con su familia presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, así como el 7,1% de quienes viven solos, y no se halló riesgo en quienes indicaron que vivían con su pareja. En cuanto a la situación laboral, el 9,1% de quienes no ejercen la profesión presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en el caso de quienes sí están ejerciendo fue el 6,8%.

A pesar de su naturaleza descriptiva, la determinación de las características planteadas a ser estudiadas en la población de este estudio ha dado lugar a interesantes hallazgos. Tenemos la edad, sexo y procedencia como características que si han podido compararse con referencia a lo determinado en los antecedentes. Los hallazgos de esta comparación deberían desembocar en nuevas investigaciones, en especial de corte correlacional.

De esta manera, comprobaríamos si efectivamente en este tipo de población, el sexo y la edad no son tan trascendentes como la teoría lo plantea, o si lo son, pero de manera directa y no inversa.

Asimismo, lo determinado en cuanto a situación sentimental, vivencial y laboral resulta llamativo, aunque no posee elementos en los antecedentes evaluados con los cuales poder hacer comparación.

Es importante realizar reflexiones trayendo de vuelta lo expuesto inicialmente en las limitaciones de este estudio. El 7,8% de distribución estimada llevaría a inferir con un intervalo de confianza al 95% que en la población de estudio que esta distribución podría fluctuar entre 2,62% a 12,98%; como se ha manifestado al inicio de esta discusión, la mayoría de los antecedentes superan estos valores, lo cual alejaría la posibilidad planteada de que el contexto coyuntural conjugue una mayor manifestación de estos trastornos, ya sea por el conocimiento científico que posee en particular la población elegida o, tal cual refiere la teoría, porque a nivel continental se posee un ideal de concepto corporal menos extremo que en otras zonas del mundo; perspectivas que, por ejemplo, podrían ser apoyadas por la realización de estudios de tipo correlacional, pero no por un estudio diseñado como el actual. Debe recordarse también que las dificultades para obtener respuesta por parte de la población llevaron al estudio de la muestra mínima sugerida, por lo que podría estar sobreestimándose o subestimándose la distribución real de estos trastornos en esta población. Por último, los objetivos específicos de este estudio se centraron en el sector de la muestra que mostró riesgo, es decir, 8 de 103 participantes; efectivamente, esperar que características observadas en un número tan reducido sean extrapolables es utópico.

Lejos de asimilar estas puntualizaciones como un despropósito dentro de las decisiones al realizar el planteamiento de este estudio, se espera servir de referencia para futuros trabajos realizados en esta esfera temática.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La frecuencia de egresados de la carrera de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista que presentaron potenciales trastornos de la conducta alimentaria fue 7,8%.
- Con respecto a la edad, la media de quienes no presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fue $28,8 \pm 4,5$ y de quienes sí presentaron riesgo, $28,5 \pm 5,3$. En cuanto al sexo, el 8,3% de varones presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en el caso de las mujeres, el 7,5% presentó riesgo.
- En lo que se refiere a la procedencia, 9,1% de quienes procedieron de Lima presentaron riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que ninguno de quienes procedieron fuera de Lima presentó riesgo. Conforme a la situación sentimental, el 30,8% de casados presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; de quienes se hallaban en una relación, el 5,6%, así como el 3,7% de solteros.
- Con respecto a la situación vivencial, el 8,3% de quienes viven con su familia presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, así como el 7,1% de quienes viven solos. No se halló riesgo en quienes indicaron que vivían con su pareja. Finalmente, en referencia a la situación laboral, el 9,1% de quienes no ejercen la profesión presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en el caso de quienes sí están ejerciendo fue el 6,8%.

5.2. RECOMENDACIONES

- Hacen falta más investigaciones en torno a los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en estos sectores poblacionales, y sin las limitaciones coyunturales en las cuales transcurrió éste. En el caso de emplearse técnicas como las de este estudio, priorizando un contacto directo con los participantes, para el cual uno pueda apoyarse de la institución educativa que esté de respaldo y el cual se resalte la importancia de la sinceridad durante la aplicación del instrumento elegido. De ser posible, deberían buscarse estructurar técnicas que involucren entrevistas más completas y realizadas por un especialista, para así dar lugar a hallazgos más contundentes. Lo ideal sería la realización de estudios que vayan más de ella sobre la descripción y observación de estos trastornos y pasen a evaluar su correlación con factores determinados, o incluso la mayor o menos ocurrencia de tales trastornos frente a determinadas acciones de intervención.
- Más allá de lo referente a la metodología, también convendría poseer una población objetivo que pueda brindar resultados más significativos, lo cual probablemente derivaría de implicar egresados o alumnos de diferentes facultades de ciencias de la salud de diferentes entidades educativas.
- Alejándonos del foco poblacional planteado, también tendría sentido plantear grupos poblacionales de rubros laborales más influenciados por la imagen corporal (modelaje, artes escénicas, danza, entre otros).
- Fortalecer al profesional de la salud en la detección de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria representaría una acción preventiva no solo ante la vulnerabilidad propia del oficio, sino también a la hora de ejercer como médico general ante la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mental Health - Our World in Data [Internet]. [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
2. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*. 2011 Jul 1;31(5):727–35.
3. Eating Disorders Recovery Center of Western NY [Internet]. [cited 2020 Apr 29]. Available from: <http://www.nyeatingdisorders.org/professionals.html>
4. Gold K. Mental Health Neglect Among Physicians | Physician's Weekly [Internet]. 2018 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.physiciansweekly.com/mental-health-neglect-among-physicians/>
5. Mehta SS, Edwards ML. Suffering in Silence: Mental Health Stigma and Physicians' Licensing Fears. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2018 Nov 1;13(11):2–4.
6. Momeni M, Ghorbani A, Arjeini Z. Disordered eating attitudes among Iranian university students of medical sciences: The role of body image perception. *Nutrition and Health*. 2020 Apr 1;026010602091265.
7. Freire Muñoz D, Utreras Velásquez AI, Bonilla Veloz S, Macias Silva EC, Real Garlobo E. Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2020 Jan;7(2):1–17.
8. Tayfur SN, Evrensel A. Investigation of the relationships between eating attitudes, body image and depression among Turkish university students. *Rivista di Psichiatria*. 2020;55(2):90–7.
9. Nascimento VS do, Santos AV dos, Arruda SB, Silva GA da, Cintra JD de S, Pinto TCC, et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. *Einstein*. 2020;18.
10. Ebrahim M, Alkazemi D, Zafar TA, Kubow S. Disordered eating attitudes correlate with body dissatisfaction among Kuwaiti male college students. *Journal of Eating Disorders*. 2019 Oct 22;7(1).
11. Sampaio HA de C, Araujo da Silva I, Parente N de A, Ferreira Carioca AA. Family environment and risk of having health college students developing eating disorders. *Demetra: Food, Nutrition & Health*. 2019;14(1):1–15.
12. Gramaglia C, Gambaro E, Delicato C, Marchetti M, Sarchiapone M, Ferrante D, et al. Orthorexia nervosa, eating patterns and personality traits: A cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1).
13. Alkazemi D, Zafar TA, Ebrahim M, Kubow S. Distorted weight perception correlates with disordered eating attitudes in Kuwaiti college women. *International Journal of Eating Disorders*. 2018 May 1;51(5):449–58.
14. Saleh RN, Salameh RA, Yhya HH, Sweileh WM. Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: A cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*. 2018 Aug 1;6(1).
15. Pengpid S, Peltzer K. Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders*. 2018 Jun 1;23(3):349–55.

16. Vijayalakshmi P, Thimmaiah R, Gandhi S, BadaMath S. Eating Attitudes, Weight Control Behaviors, Body Image Satisfaction and Depression Level Among Indian Medical and Nursing Undergraduate Students. *Community Mental Health Journal*. 2018 Nov 1;54(8):1266–73.
17. Edwards CG, Walk AM, Thompson S V., Mullen SP, Holscher HD, Khan NA. Disordered eating attitudes and behavioral and neuroelectric indices of cognitive flexibility in individuals with overweight and obesity. *Nutrients*. 2018 Dec 1;10(12).
18. Maia RGL, De Cerqueira Fiorio B, De Almeida JZ, Regis da Silva F. Nutritional status and eating disorders among students of the nutrition undergraduate course at the Instituto Federal de Educacao, Ciencia e Tecnologia, Ceara state, Brazil. *Demetra: Food, Nutrition & Health*. 2018;13(1):135–45.
19. Radwan H, Hasan HA, Najm L, Zaurub S, Jami F, Javadi F, et al. Eating disorders and body image concerns as influenced by family and media among university students in Sharjah, UAE. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2018 May 1;27(3):695–700.
20. Abd El-Azeem Taha AA, Abu-Zaid HA, El-Sayed Desouky D. Eating Disorders Among Female Students of Taif University, Saudi Arabia. *Archives of Iranian medicine*. 2018 Mar 1;21(3):111–7.
21. Kandeger A, Egilmez U, Sayin AA, Selvi Y. The relationship between night eating symptoms and disordered eating attitudes via insomnia and chronotype differences. *Psychiatry Research*. 2018 Oct 1;268:354–7.
22. Syed A, Zeb F, Khan S, Safdar M, Alam I, Shahzad M, et al. Exploration of Eating Disorders, Nutritional and Health Status Based on Eating Attitude Test-26 amongst University Adolescent Girls. *Journal of Food and Nutrition Research*. 2018 Jul 27;6(7):464–70.
23. Fadipe B, Oyelohunnu MA, Olagunju AT, Aina OF, Akinbode AA, Suleiman TF. Disordered eating attitudes: Demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students. *African Health Sciences*. 2017;17(2):513–23.
24. Kaur A. Eating disorder among college girls in Amritsar, Punjab. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education*. 2017;2(2):562–4.
25. Ngan SW, Chern BCK, Rajarathnam DD, Balan J, Hong TS, Tiang K-P. The Relationship between Eating Disorders and Stress among Medical Undergraduate: A Cross-Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*. 2017;07(02):85–95.
26. El-Bagoury LS, Hassan AM, AbouSeif HA. Eating attitudes and barriers to healthy eating and physical activity among a sample of university students in Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2017 Mar 1;92(1):29–35.
27. Hosseini SN, Emdadi S, Jalilian F, Karami Matin B, Ataee M, Mirzaei Alavijeh M. Fitness intention and its relationship with eating attitudes: A cross-sectional study of Iranian female medical college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016 Mar 1;10(1).
28. Shashank KJ, Praveen Gowda, Chethan TK. A Crosssectional Study to Asses the Eating Disorder among Female Medical Students in a Rural Medical College of Karnataka State. *National Journal of Community Medicine*. 2016 Jun;7(6):524–7.

29. O'Hara L, Tahboub-Schulte S, Thomas J. Weight-related teasing and internalized weight stigma predict abnormal eating attitudes and behaviours in Emirati female university students. *Appetite*. 2016 Jul 1;102:44–50.
30. Magalhaes Bosi ML, Deive Nogueira JA. Body Image and Eating Behavior among Medical Students: Eating Disorders among Medical Students. *Epidemiology: Open Access*. 2016 Jul 25;6(4):1–4.
31. Panchami P, Samuel T. A cross-sectional study of disturbed eating attitudes and behaviours in medical students. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2016 Jan 3;4(7):2830–3.
32. Naeimi AF, Haghghian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and Weight Disorders*. 2016 Dec 1;21(4):597–605.
33. Haroon S, Usman M, Hafeez M. Eating Disorders in Medical Students of Islamabad, Pakistan. *The Trusted Journal of Medical Sciences - Ophthalmology Update*. 2016 Jan;14(1):89–92.
34. Manaf NA, Saravanan C, Zuhrah B. The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Mar;10(3):VC01–4.
35. Año Flores KL, Arenas Yuca KE, Franco Phuyo L, Tacuri Figueroa B. Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019. *Yachay - Revista Científico Cultural*. 2019 Dec 12;8(1):550–2.
36. Vega Gonzales E, Mosquera Figueroa Z, Cubas Romero F. Frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo Lima este, 2017. *REVISTA UCV-SCIENTIA BIOMÉDICA*. 2019 Mar 4;1(2):80–4.
37. Ponce C, Turpo K, Salazar C, Viteri-Condori L, Carhuancho J, Taype Á. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2017;43(4):551–61.
38. Lazo Y, Quenaya A, Mayta-Tristán P. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2015 Dec 1;113(6).
39. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda R, Muñoz P. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos e | *Psiquiatría.com*. Madrid; 2004 Feb.
40. Vázquez Arévalo R, Aguilar XL, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Diaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015 Jul 1;6(2):108–20.
41. American Psychiatric Association. *Manual DSM-IV*. 1994.
42. Walsh BT. Diagnostic Categories for Eating Disorders: Current Status and What Lies Ahead. Vol. 42, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019 Mar.
43. Mishra A, Anand M, Umesh S. Neurobiology of eating disorders - an overview. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017 Feb 1;25:91–100.
44. American Pshychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental*. 2013.

45. Lam YY, Maguire S, Palacios T, Caterson ID. Are the gut bacteria telling us to eat or not to eat? Reviewing the role of gut microbiota in the etiology, disease progression and treatment of eating disorders. *Nutrients*. 2017 Jun 14;9(6).
46. Salmerón MA, Román C, Casas J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*. 2017;XXI(2):82–91.
47. Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016 Mar 1;51(3):369–81.
48. Mitchison D, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Trompeter N, Lonergan A, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*. 2019 Apr 1;50(6):981–90.
49. Mayhew AJ, Pigeyre M, Couturier J, Meyre D. An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. *Neuroendocrinology*. 2018 Apr 1;106(3):292–306.
50. CORDELLA MASINI MP. Trastorno de alimentación: identificación y primeras intervenciones para los profesionales de salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2019 May 29;44(2):51–60.
51. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2016 Apr 1;49(4):391–401.
52. Practitioners TRAC of G. RACGP - Early detection of eating disorders in general practice.
53. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575–86.
54. Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016 Nov 1;29(6):363–71.
55. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016 Nov 1;29(6):336–9.
56. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2020 May 8]. Available from: <https://dle.rae.es/>
57. Contreras J, Gracia M. Alimentación y cultura. *Perspectivas antropológicas. Investigaciones Sociales*. 2007;11(19):387–92.
58. Hübel C, Marzi SJ, Breen G, Bulik CM. Epigenetics in eating disorders: a systematic review. *Molecular Psychiatry*. 2019 Jun 1;24(6):901–15.
59. Frank GW. Neuroimaging and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2019 Nov 1;32(6):478–83.
60. Bulik CM, Kleiman SC, Yilmaz Z. Genetic epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016 Nov 1;29(6):383–8.
61. Bulik-Sullivan B, Finucane HK, Anttila V, Gusev A, Day FR, Loh PR, et al. An atlas of genetic correlations across human diseases and traits. *Nature Genetics*. 2015 Nov 1;47(11):1236–41.
62. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. Vol. 42, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019 Mar.

63. Solano-Pinto N, De-La-Peña C, Solbes-Canales I, Bernabéu-Brotóns E. Neuropsychological profiles in anorexia and bulimia nervosa. *Revista de Neurologia*. 2018 Nov 1;67(9):355–64.
64. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 899–911.
65. Cipatli N, Covarrubias-Esquer J. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2019;86(2):80–6.
66. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*. 2014;32(2):634–45.
67. Bhalerao S, Kadam P. Sample size calculation. *International Journal of Ayurveda Research*. 2010;1(1):55.
68. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*. 2017;35(1):227–32.
69. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979;9(2):273–9.
70. Garner DM, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological Medicine*. 1982;12(4):871–8.
71. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - Google Forms [Internet]. [cited 2020 Sep 4]. Available from: https://docs.google.com/forms/d/1QBpKiajgtfL0HC_Pezweaj3JRJG26OkKXvQyHttlISGY/edit

ANEXOS

ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.”

Estimado

colega:

Mi nombre es Marilyn Ross Molina Híjar. La presente encuesta tiene como fin recolectar datos para el trabajo de investigación “Trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.” Como investigadora, me comprometo a velar por su confidencialidad, manteniendo la información que usted brinde en el anonimato. Al otorgar su consentimiento, usted aceptará haber sido informado adecuadamente y concederá su permiso para que los datos sean usados exclusivamente para la investigación. Le pide encarecidamente responder con sinceridad. ¡Gracias de antemano!

¿Consiente formar parte del trabajo de investigación mencionado?

a) Sí b) No

Por favor, coloque las iniciales de su nombre completo. _____

A- Edad: _____

B- Sexo: a) Masculino b) Femenino

C- Procedencia: a) Ciudad de Lima b) Otros: _____

D- Situación sentimental: a) Soltero(a) b) En una relación c) Casado(a)

E- Situación vivencial: a) Vivo solo(a) b) Vivo con mi familia c) Otros: ____

F- Situación laboral: a) Ejerciendo profesión b) Sin ejercer profesión

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS

INSTRUCCIONES: El presente instrumento psicométrico es una adaptación al español validada del *Eating Attitudes Test*, de David Garner. Consiste en 26 enunciados, cada uno con 6 posibles respuestas. Lea detenidamente y

seleccione la opción que mejor refleje la frecuencia con la que realiza la conducta referida en el enunciado.

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
9. Vomito después de comer.

- a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
10. Me siento culpable después de comer.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces d) Pocas veces
e) Nunca
12. Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener
celulitis.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
16. Procuro no comer alimentos que contengan azúcar.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
17. Tomo alimentos dietéticos.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces f)
Nunca
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.

- a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre
23. Estoy haciendo régimen.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
24. Me gusta tener el estómago vacío.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Muy a menudo f)
Siempre
25. Después de las comidas, tengo el impulso de vomitar.
a) Siempre b) Casi siempre c) A menudo d) A veces e) Pocas veces
f) Nunca
26. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
a) Nunca b) Pocas veces c) A veces d) A menudo e) Casi siempre
f) Siempre

ANEXO N°2: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Giraldo Pardavé Christian Renan

1.2 Cargo e institución donde labora: Psiquiatra – Centro de Salud Mental
Comunitario Joseph Gerard Ruys

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Encuesta

1.5 Autora del instrumento: Molina Híjar Marilyn Ross

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Exce- lente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre trastornos de la conducta alimentaria.					81%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en			50%		

	calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.					81%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva, observacional, prospectiva, transversal.					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable en adolescente y adultos con mejores resultados en un entorno no hospitalario como buen predictor de riesgo (no diagnóstico).

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

77,5%

Lugar y Fecha: Lima, 29 Junio de 2020



 Firma del experto

D.N.I N° 46608517 CMP 70395
 Teléfono 976793160 RNE 39192

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Elsi Bazán Rodríguez

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Encuesta

1.5 Autora del instrumento: Molina Hajar, Marilyn Ross

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 — 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre trastornos de la conducta alimentaria.					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.					81%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva , observacional, prospectiva , transversal.					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICA..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento).

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

81 %

Lugar y Fecha: Lima, 25 de Junio de 2020



Firma del experto

D.N.I N° 19209983
CEL: 977414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: PINTO OBLITAS JOSEPH

1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Encuesta

1.5 Autora del instrumento: Molina Híjar, Marilyn Ross

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00— 20%	Regu- lar 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Exce- lente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre trastornos de la conducta alimentaria.					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer el riesgo de trastornos de					90%

	la conducta alimentaria.					
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva , observacional, prospectiva, transversal.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICA (Comentario del juez experto respecto al instrumento).

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90 %

Lugar y Fecha: Lima, 10 de Julio del 2020



Firma del experto

D.N.I N° 40055154

Teléfono 984322395

ANEXO N°3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNA: Molina Híjar, Marilyn Ross

ASESOR: Mg. Joseph Pinto

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

VARIABLE: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad	Valoración abierta, en años	De razón	Encuesta
Sexo	Masculino / Femenino	Nominal	Encuesta
Procedencia	Ciudad de Lima / Otros	Nominal	Encuesta
Situación sentimental	Soltero(a) / En una relación / Casado(a)	Nominal	Encuesta
Situación vivencial	Vivo solo(a) / Vivo con mi familia / Otros	Nominal	Encuesta
Situación laboral	Ejerciendo profesión / Sin ejercer profesión	Nominal	Encuesta

SUBESCALA DIETA Angustia por engordar.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Conocimiento del contenido calórico de los alimentos.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Evitación de alimentos con alto contenido de hidratos de carbono.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Culpa después de comer.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Obsesión por adelgazar.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Actividad física dirigida a quemar calorías.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Preocupación por imagen corporal.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Evitación de alimentos con alto contenido de azúcares.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Consumo de alimentos dietéticos,	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Malestar posterior a ingesta de dulces.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Situación constante de régimen.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta

Disfrute por tener el estómago vacío.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Gusto por probar alimentos con alto contenido calórico.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
SUBESCALA BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA Preocupación por la comida.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Crisis de atracones.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Vómito posterior a ingesta.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Percepción de rol trascendental de la comida.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Pensamiento centrado en la comida.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Impulso de vomitar después de comer.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
SUBESCALA CONTROL ORAL Evitación de comer así se tenga hambre.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta

Trozar los alimentos.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Percepción de que los demás piensan que necesita comer más.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Percepción de que los demás piensan que necesita subir de peso.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Lentitud al alimentarse.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Control propio en torno a la comida.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta
Percepción de presión externa para comer más.	Nunca / Pocas veces / A veces / A menudo / Casi siempre / Siempre	Ordinal	Encuesta



 Prof. Joseph Pinto Oblitas
 ASESOR



 Mg. Elsi Bazán Rodríguez
 ESTADÍSTICO

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: Molina Híjar, Marilyn Ross

ASESOR: Mg. Joseph Pinto

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
General: PG: ¿Cuál es la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?	General: OG: Estimar la frecuencia de potenciales trastornos de la conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.	General: Debido a la naturaleza descriptiva de la pregunta general de investigación de este trabajo, no se plantea una hipótesis general	Variable Principal Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria Indicadores: Sí / No

<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características de edad y sexo de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE 1: Identificar las características de edad y sexo de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.</p>	<p>Específicas:</p> <p>Debido a la naturaleza descriptiva de las preguntas específicas, no se plantean hipótesis específicas</p>	<p>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad Sexo Procedencia Situación sentimental Situación vivencial Situación laboral</p> <p>SUBESCALA DIETA: 13 ítems</p> <p>SUBESCALA BULIMIA Y PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA: 6 ítems</p> <p>SUBESCALA CONTROL ORAL: 7 ítems</p>
---	---	---	---

<p>PE 2: ¿Cuáles son las características de procedencia y situación sentimental de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?</p>	<p>OE 2: Identificar las características de procedencia y situación sentimental de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.</p>		
--	--	--	--

<p>PE 3: ¿Cuáles son las características de situación vivencial y situación laboral de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020?</p>	<p>OE 3: Identificar las características de situación vivencial y situación laboral de acuerdo a los potenciales trastornos de conducta alimentaria en los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el año 2020.</p>		
--	--	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
- Nivel: Descriptivo - Tipo de Investigación: Observacional Descriptivo Transversal Prospectivo	Población: Egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista (N = 377). Criterios de Inclusión: Egresados de la Carrera de Medicina Humana. Criterios de exclusión: Egresados que no den su consentimiento. N= 377 (Población Objetiva) Tamaño de muestra: 103 Muestreo: No probabilístico por conveniencia	- Técnica: Encuesta autoadministrada - Instrumento: Cuestionario de Conductas Alimentarias (<i>Eating Attitudes Test</i>)



.....
 Prof Joseph Pinto Oblitas
 ASESOR



.....
 Mg. Elsi Bazán Rodríguez
 ESTADÍSTICO