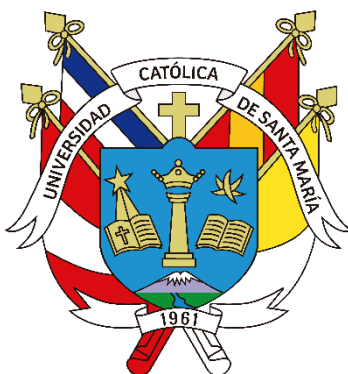


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Factores asociados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria en la primera
rotación de internos de medicina humana de Hospital Regional**

Honorio Delgado 2024

Tesis presentada por los bachilleres:

Ibáñez Martínez Oscar Andréé

ORCID: 0009-0002-0715-5710

Valdivia Quispe Hans Renan

ORCID: 0009-0008-8678-3005

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Quiñones Hermosa Angela Griselda

ORCID: 0000-0003-0721-6966

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 19 de Marzo del 2024

Dictamen: 011980-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 011980, presentado por:

2017222581 - IBAÑEZ MARTINEZ OSCAR ANDREE

2017225041 - VALDIVIA QUISPE HANS RENAN

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA
PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29389055 - DEL CASTILLO SOLORZANO NOEMI
DICTAMINADOR**



**29719524 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



Factores asociados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria en la primera rotación de internos de medicina humana de Hospital Regional Honorio Delgado 2024

ORIGINALITY REPORT

24%

SIMILARITY INDEX

26%

INTERNET SOURCES

9%

PUBLICATIONS

12%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	3%
2	hdl.handle.net Internet Source	2%
3	repositorio.unap.edu.pe Internet Source	2%
4	revistagastroenterologiamexico.org Internet Source	2%
5	old.fmed.uba.ar Internet Source	2%
6	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	2%
7	revistamedicasinergia.com Internet Source	2%
8	repositorio.upsjb.edu.pe Internet Source	1%

9	repositorioacademico.upc.edu.pe Internet Source	1 %
10	core.ac.uk Internet Source	1 %
11	www.tcasevilla.com Internet Source	1 %
12	docplayer.es Internet Source	1 %
13	www.gob.mx Internet Source	1 %
14	referencecitationanalysis.com Internet Source	1 %
15	www.scielo.org.mx Internet Source	1 %
16	www.revistagastroenterologiamexico.org Internet Source	1 %
17	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Student Paper	1 %
18	1library.co Internet Source	1 %
19	revista.nutricion.org Internet Source	1 %
20	repositorio.upao.edu.pe	

DEDICATORIA

A mis padres Paula y Alfredo por estar siempre conmigo en toda mi carrera, darme todo lo que necesito y confiar en mis habilidades.

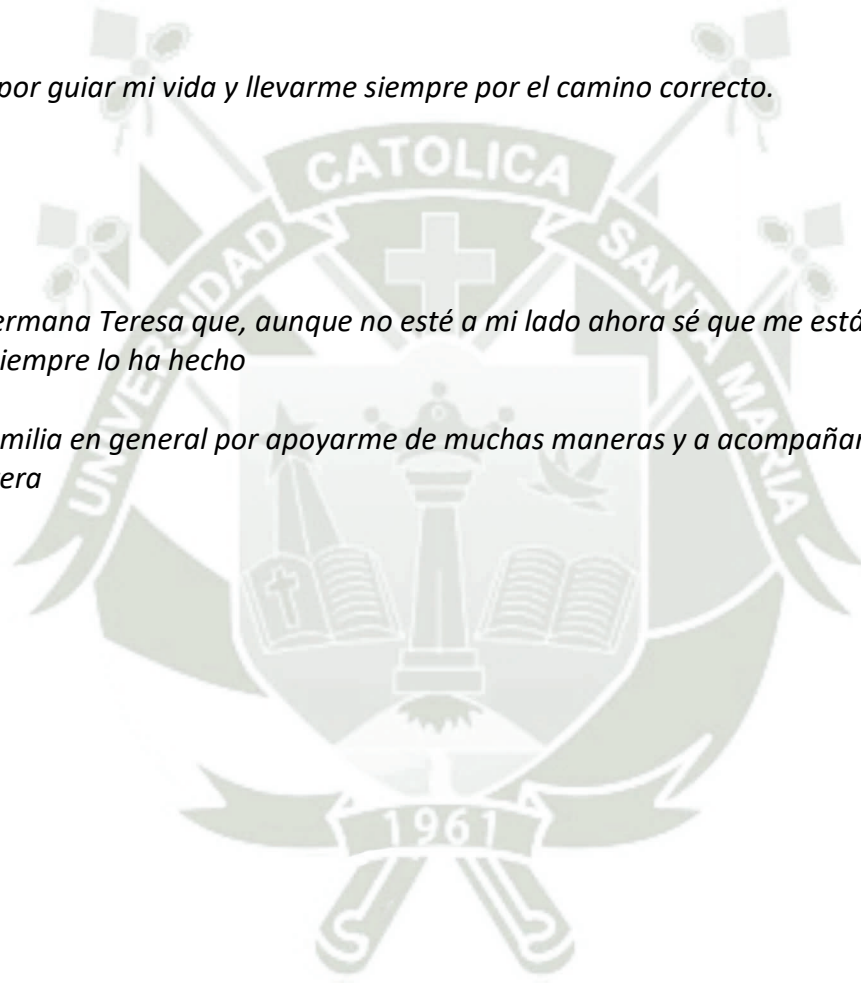
A mi hermano Jose Angel por nunca dejar de estar a mi lado siempre que lo necesité.

A mi novia Lucero por siempre creer en mi y que tan lejos llegaremos.

A Dios por guiar mi vida y llevarme siempre por el camino correcto.

A mi hermana Teresa que, aunque no esté a mi lado ahora sé que me está apoyando como siempre lo ha hecho

A mi familia en general por apoyarme de muchas maneras y a acompañarme en toda mi carrera



AGRADECIMIENTOS

“Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestra querida Universidad Católica Santa María por darnos una educación integral, adecuada e ideal. Agradecer al Hospital donde realizamos el internado, por brindarnos su confianza, el apoyo de cada doctor, la ayuda de cada residente y su comprensión día a día que desde el fondo de nuestro corazón deseamos brindar una mejor experiencia a nuestros compañeros internos para disfrutar esta grandiosa etapa de nuestra carrera”



RESUMEN

El presente trabajo pretende determinar los factores asociados con los internos de Medicina Humana que tengan un riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria en la primera rotación del Hospital Regional Honorio Delgado. Para esto se realizó un estudio analítico, no experimental, transversal y asociativo. Mediante un muestreo probabilístico simple intencional, se evaluó a internos de medicina midiéndoles su peso y talla con el fin de hallar su Índice de Masa Corporal (IMC) y aplicando encuestas autoadministradas. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT - 26) para determinar el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y el Índice de Alimentación Saludable para determinar el tipo de alimentación que consumen dichos internos. En total fueron evaluados 107 internos, 53 (49.5%) varones y 54 (50.5%) mujeres. Con una edad comprendida entre 22 a 28 años, 67 (62.6%) tenían de 22 a 24 años y 40 (37.4%) tenían 25 a 28 años. El 54.2% poseían un IMC normal, el 29.9% tenían Sobrepeso, 12.1% Obesidad y 3.7% Delgadez. Se encontró una mayor frecuencia de participantes que pertenecían a la UCSM que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes de la UNSA ($p=0.07$). Asimismo, se encontró una mayor frecuencia de participantes que se encontraban rotando en Pediatría y Ginecología y Obstetricia que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes que estaban rotando en Medicina Interna y Cirugía general ($p=0.007$). En conclusión, existe relación entre la universidad de origen y el servicio actual de rotación con el riesgo de trastorno de conducta alimentaria

PALABRAS CLAVE:

Riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria, Internos de Medicina Humana, Factores asociados.

ABSTRACT

This paper aims to determine the factors associated with human medicine interns who have a risk of eating disorder in the first rotation of the Regional Hospital Honorio Delgado.

For this, an analytical, non-experimental, cross-sectional and associative study was performed. Through a simple intentional probabilistic sampling, medical inmates were evaluated by measuring their weight and height to find their Body Mass Index (BMI) and applying self-administered surveys. The Dietary Attitudes Questionnaire (EAT - 26) was used to determine the risk of eating disorders and the Healthy Eating Index to determine the type of diet that these inmates consume.

In total, 107 interns were evaluated, 53 (49.5%) male and 54 (50.5%) female. Between 22 and 28 years of age, 67 (62.6%) were aged 22 to 24 and 40 (37.4%) were 25 to 28. 54.2% had a normal BMI, 29.9% were overweight, 12.1% obesity and 3.7% thinness. We found a higher frequency of participants belonging to the UCSM who had a high risk of eating disorders, compared to participants of the UNSA ($p=0.07$). Also, a higher frequency of participants who were rotating in Pediatrics and Gynecology and Obstetrics was found to have a high risk of eating disorders, compared to participants who were rotating in Internal Medicine and General Surgery ($p=0.007$).

In conclusion, there is a relationship between the home university and the current rotation service with the risk of eating disorder.

KEYWORDS: risk of eating disorder, human medicine interns, factors associated

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	9
CAPITULO I.....	10
1. PLANTEAMIENTO TEORICO.....	11
1.1. Determinación del problema	11
1.2. Enunciado del problema	11
1.3. Descripción del problema	11
1.4. Justificación	11
2. OBJETIVOS	12
3. MARCO TEORICO.....	12
3.1. Conceptos Básicos.....	12
3.1.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	12
3.1.1.1. ANOREXIA NERVIOSA.....	14
3.1.1.2. BULIMIA NERVIOSA	15
3.1.1.3. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.....	17
3.1.1.4. TRASTORNO POR ATRACÓN	19
3.1.1.5. PICA.....	20
3.1.1.6. SÍNDROME DE RUMIACIÓN	21
3.1.1.7. OTROS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN O ALIMENTACIÓN ESPECIFICADOS	22
3.1.1.8. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN O ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO.....	24
3.1.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	24
3.1.3. EDAD Y GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO	25
3.1.4. HORAS Y TIEMPO DE LLEGADA A ZONA LABORAL COMO FACTOR DE RIESGO DE TCA.....	26
3.1.5. ALIMENTACION SALUDABLE:	26
3.2. Revisión de Antecedentes investigativos.....	28
4. HIPOTESIS:.....	32
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	34

1.1. Técnicas	34
1.2. Instrumentos.....	34
1.3. Materiales.....	34
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	34
2.1. Ubicación espacial.....	34
2.2. Ubicación temporal	34
2.3. Unidades de estudio.....	34
2.3.1. Universo	34
2.3.2. Muestra.....	34
2.3.3. Criterios de inclusión	35
2.3.4. Criterios de exclusión	35
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.1. Organización	35
3.2. Recursos.....	35
CAPITULO III: RESULTADOS	38
DISCUSION.....	46
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS	52
ANEXOS.....	57

INTRODUCCION

El entorno exigente y competitivo del entrenamiento médico presenta desafíos significativos para los internos de medicina, quienes se enfrentan no solo a la presión académica y laboral, sino también a una serie de factores que pueden afectar su bienestar mental y físico. Entre estos factores se encuentra el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA), una preocupación cada vez mayor en el ámbito de la salud mental de los profesionales de la salud. Esta tesis se propone explorar el riesgo de TCA y examinar los factores asociados con su desarrollo específicamente en la población de internos de medicina, reconociendo la importancia de abordar esta problemática dentro de este contexto particular.

Esta problemática fue estudiada anteriormente en un contexto similar, tanto en el ámbito nacional como internacional, destacando su prevalencia en estudiantes como en internos y residentes, debido tanto a los factores asociados como al alto nivel de estrés que el personal de salud suele pasar en sus labores diarias.

Se examinará en primer lugar la literatura donde acerca de la prevalencia y riesgo de trastornos de conducta alimentaria y sus factores asociados, los cuales serán evaluados en los internos de Medicina Humana del Hospital Honorio Delgado, quienes además de los factores ya mencionados, sufren el repentino cambio en su estilo de vida al pasar a un ambiente más laboral y estresante como es el campo hospitalario.

Posterior de recopilado los datos estos serán comparados con otros estudios similares para evaluar tanto la prevalencia de internos con alto riesgo de TCA como los factores que pudieran estar asociados a ello. Esto con el fin no solo de brindar un tamizaje más específico a esta población, sino de brindar una experiencia satisfactoria a los internos que se encuentren rotando en el Hospital Honorio Delgado y evitar a futuro que realicen algún TCA.



1. PLANTEAMIENTO TEORICO

1.1.Determinación del problema

Factores asociados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria en la primera rotación de internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado 2024.

1.2.Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en la primera rotación de internos de Medicina Humana en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2024?

1.3.Descripción del problema

ÁREA DE INTERVENCIÓN DE CONOCIMIENTO

- **Área general:** Ciencias de la salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Psiquiatría
- **Línea:** Trastornos de la conducta alimentaria

1.4.Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: En las revisiones que se hicieron durante la investigación no se encontró muchos estudios que abarcaron el tema, a través de un estudio donde descubramos los factores de riesgo contribuimos a internos de medicina en riesgo.

Relevancia social: En nuestra bibliografía local son escasos los estudios que abordan el tema de trastornos de la conducta alimentaria, en ese respectivo caso esta investigación enfocaría el primer paso para resolver un problema aún mayor.

Relevancia contemporánea: El internado médico es una época de exigencia tanto de conocimiento como tiempo, dicho lo mismo eso puede provocar por diversos factores la tendencia a generar los trastornos de conducta alimentaria.

Relevancia científica: Se evalúa los factores de riesgo que se asocian a los trastornos de alimentación, siendo estos de necesidad para futuros proyectos con miras a identificar internos con riesgo a desarrollarlos.

Interés personal: En cuanto al aspecto personal, habiendo cursado el internado en el Hospital Regional Honorio Delgado pudimos apreciar en diversas ocasiones compañeros que al cursar el inicio de su internado cambiaron drásticamente sus hábitos alimenticios relacionados muchas veces a diversos factores y causando alteraciones, siendo de nuestro interés aplicar nuestros conocimientos y evidenciar los cambios alimentarios relacionados a esta etapa tan drástica de nuestra carrera

2. OBJETIVOS

• OBJETIVO GENERAL

- Determinar factores asociados en los internos de Medicina Humana que tengan riesgo de trastornos de conducta alimentaria durante su primera rotación en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en el año 2024.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa que estén rotando la primera rotación del año 2024 con riesgo de trastornos de conducta alimentaria.
- Determinar factores asociados en internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa que estén rotando la primera rotación del año 2024.
- Determinar la asociación entre riesgo de conducta alimentaria y factores asociados en internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa que estén rotando la primera rotación del año 2024

3. MARCO TEORICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria se refieren a problemas específicos y complejos relacionados con la ingesta de alimentos. Estos trastornos afectan a personas que presentan patrones alterados de alimentación, que pueden manifestarse mediante el consumo excesivo o la restricción de alimentos,

impulsados principalmente por factores psicológicos en lugar de necesidades metabólicas o biológicas (1). Este conjunto de enfermedades abarca una amplia gama de trastornos que están asociados con diversas patologías, aunque comparten características similares, exhiben variaciones significativas en sus manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales (2).

Aunque se han realizado importantes esfuerzos en las últimas décadas para comprender el origen preciso de estos trastornos, aún no se ha alcanzado una identificación completa. Los principales trastornos de la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (2).

Estos trastornos afectan principalmente a sexo femenino y suelen comenzar durante la adolescencia o juventud, aunque también pueden manifestarse en la infancia o en la vida adulta. Los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones crónicas que pueden tener recaídas frecuentes, lo que provoca importantes cambios en la vida psicosocial de los afectados y afecta no solo a la persona que los experimenta, sino también a su familia. Además, estos trastornos conllevan un alto riesgo de suicidio y están asociados con otras afecciones como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que los convierte en un problema social y de salud pública significativo (2).

La prevalencia de estos trastornos es alta y tienen un impacto significativo en la salud pública debido a los problemas médicos y psicológicos asociados, así como a los costos económicos implicados en su tratamiento (2).

Se ha observado que la incidencia máxima de estos trastornos ocurre entre los 15 y 25 años. Además, existen factores sociodemográficos que se relacionan con estos trastornos, como el sexo, la edad, el estado de ser hijo único, la estructura familiar monoparental y experiencias traumáticas como la muerte de un familiar cercano, especialmente la de un padre o madre. A su vez, estos individuos tienen una probabilidad más alta de desarrollar un trastorno del estado de ánimo, siendo la depresión la más común entre este grupo demográfico.

Ciertos grupos particulares, como los deportistas, modelos, atletas y aquellos con antecedentes familiares de trastornos alimentarios, obesidad, abuso sexual, maltrato, depresión y dificultades para identificar y expresar emociones durante la infancia, presentan un riesgo elevado de desarrollar estos trastornos (3).

La definición y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria son temas de debate, ya que es difícil separar los síntomas y comportamientos asociados a

cada tipo de trastorno. Sin embargo, con fines de estudio, se utilizan clasificaciones internacionales aceptadas, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que detallan los trastornos principales de la alimentación, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y trastornos de la alimentación que no se ajustan a estas categorías específicas o son atípicos. Estas clasificaciones se basan en criterios como la desviación del peso normal, los patrones alimentarios y los métodos utilizados para controlar el peso (3).

3.1.1.1. ANOREXIA NERVIOSA

Las características distintivas de la anorexia nerviosa son de naturaleza psicológica. Es crucial tener en cuenta que se trata de un trastorno psiquiátrico, y cualquier manifestación física que se manifieste es consecuencia del estado mental del individuo afectado. Este estado psicológico se distingue por la negativa a mantener un peso corporal adecuado, ya sea a través de una restricción severa en la ingesta de calorías o mediante una actividad física excesiva. También se manifiesta un temor intenso a ganar peso o a desarrollar obesidad, junto con una alteración significativa en la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (4). Además, las mujeres que sufren de este trastorno pueden experimentar amenorrea incluso después de haber pasado por la menarquia. Por consiguiente, el rasgo característico de la anorexia nerviosa es el estado de desnutrición (5).

El DSM-5 identifica dos subtipos diferentes (4):

- Anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas: Anteriormente denominada compulsivo-purgativa, en la que el individuo, además de restringir la ingesta calórica y/o ejercitarse en exceso, presenta episodios de atracones y conductas compensatorias inapropiadas
- Anorexia nerviosa de tipo restrictiva: En la que el individuo, con desnutrición, sólo restringe la ingesta calórica y/o se ejercita en exceso, sin recurrir a atracones ni a conductas compensatorias).

El diagnóstico de la anorexia nerviosa se basa fundamentalmente en los criterios del DSM-5, que incluyen (4):

- A. Reducción de la ingesta alimentaria que resulta en una pérdida de peso por debajo de los límites normales (o inferiores al mínimo esperado en niños y adolescentes), considerando la edad, sexo y estado físico de la persona, en relación con las necesidades energéticas básicas.
- B. Temor intenso por aumentar de peso o conductas persistentes para evitar el aumento de peso, incluso si la persona ya se encuentra por debajo del peso esperado (bajo peso).
- C. Distorsión en la percepción del peso y/o la forma corporal, con una autoevaluación inadecuada de la constitución corporal y falta de conciencia sobre la gravedad de tener un peso por debajo de lo normal.

La anorexia nerviosa suele manifestarse en dos momentos durante la adolescencia, con picos entre los 13 y 14 años, y entre los 17 y 18 años, pudiendo persistir hasta la edad adulta (4, 5). Según la Encuesta Nacional de Salud Mental Adolescente realizada en México en 2005, que evaluó a adolescentes de 12 a 17 años, la prevalencia de esta enfermedad fue del 0.5%. Es más común en mujeres que en hombres, con una proporción de 10 a 1 (4). La anorexia nerviosa tiende a convertirse en una condición crónica y es frecuente que los adultos que la padecen hayan experimentado los primeros síntomas durante la adolescencia. Las tasas de remisión varían, pudiendo ser tan bajas como del 28% después de un año de tratamiento, del 76% después de cinco años y entre el 68% y el 84% después de ocho a 16 años de seguimiento.

3.1.1.2. BULIMIA NERVIOSA


La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos en períodos de tiempo cortos, seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados diseñados para evitar el aumento de peso debido a los atracones (6). Estos comportamientos compensatorios pueden incluir vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayuno o ejercicio extremo. Los episodios de atracón generalmente terminan debido a malestar físico, como dolor abdominal o náuseas, y pueden ir seguidos de sentimientos de culpa, depresión o disgusto hacia uno mismo (7)

La bulimia nerviosa tiene una prevalencia mayor que la anorexia nerviosa, con estimaciones que oscilan entre el 1.2% y el 4% en mujeres jóvenes (8). Aunque este trastorno es más común en mujeres que en hombres, a menudo se inicia en

etapas más avanzadas de la adolescencia que la anorexia nerviosa (9). La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años, pero también puede ocurrir durante las primeras etapas de la vida adulta (7, 10).

Se considera que la etiología de la bulimia nerviosa, al igual que la anorexia nerviosa, es de naturaleza multifactorial, influenciada por una combinación de factores genéticos, ambientales y psicológicos (7). En el caso de la bulimia nerviosa, la familia desempeña un papel crucial como agente primario de socialización, facilitando la adaptación de sus miembros a la sociedad y teniendo un impacto significativo en su desarrollo físico y psicológico (11). A nivel social, los individuos con bulimia nerviosa a menudo muestran un alto rendimiento y responden a las presiones de la sociedad en favor de la delgadez. Además, muchos de ellos experimentan depresión y niveles más altos de conflicto familiar en comparación con los pacientes con anorexia nerviosa (9)

El diagnóstico de la bulimia nerviosa se basa fundamentalmente en los criterios del DSM-5, que incluyen (4):

- 
- A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por:
- Consumo durante un período específico de una cantidad de alimentos que es notablemente mayor que la que la mayoría de las personas comerían en circunstancias similares y durante un período comparable.
 - Sentimiento de incapacidad para controlar lo que se come durante el episodio.
- B. Acciones repetitivas y poco apropiadas para evitar aumentar de peso, tales como provocarse el vómito, abusar de laxantes o diuréticos, ayunar o ejercitarse en exceso.
- C. La frecuencia de episodios de ingesta excesiva y de comportamientos compensatorios inapropiados que ocurren al menos una vez por semana durante un lapso de tres meses.
- D. La excesiva influencia de la forma y el peso corporal en la evaluación que hace el individuo de sí mismo.
- E. La ausencia de estos comportamientos exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Los individuos que padecen bulimia nerviosa comparten con aquellos que tienen anorexia nerviosa la resistencia a aumentar de peso y la inquietud por su apariencia física y peso. Sin embargo, los pacientes con bulimia nerviosa suelen tener una mayor conciencia de su trastorno y pueden reconocer la gravedad de sus conductas alimentarias, lo que puede mejorar su pronóstico (9, 12).

Los episodios de atracón se caracterizan por una ingesta descontrolada de alimentos, típicamente alimentos dulces y calóricos, durante un período de aproximadamente dos horas, durante esos momentos, se consumen grandes volúmenes de alimentos de manera rápida, con una sensación de falta de control sobre la cantidad ingerida (4.). Es importante considerar la posibilidad de estos episodios en jóvenes que experimentan un aumento gradual de peso a pesar de tener una ingesta alimentaria reducida o normal durante las comidas regulares (11).

Posteriormente, los pacientes pueden recurrir a comportamientos compensatorios, como el vómito autoinducido o el uso indebido de laxantes, diuréticos o medicamentos, para contrarrestar el aumento de peso percibido (8). Es frecuente que los pacientes se induzcan vómitos al introducir un dedo en la garganta, aunque algunos tienen la capacidad de vomitar voluntariamente. Estos actos alivian el malestar abdominal y la sensación de hinchazón, lo que les permite continuar comiendo sin preocupación por el aumento de peso (9). Estos comportamientos pueden estar asociados con sentimientos de depresión y angustia post atracones (13).

Las complicaciones de la bulimia nerviosa pueden derivar de la frecuencia y la naturaleza de estos comportamientos, que a menudo se realizan en secreto y pueden pasar desapercibidos durante mucho tiempo. Aunque la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa mantienen un peso dentro del rango normal, algunos pueden experimentar fluctuaciones en el peso y preocupaciones significativas sobre su imagen corporal y su atractivo físico (9).

3.1.1.3. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) es un trastorno alimentario caracterizado por una alimentación inadecuada, lo que resulta en pérdida de peso o incapacidad para ganarlo, deficiencia de nutrientes,

necesidad de suplementos nutricionales y/o una significativa afectación psicosocial (14).

Esta condición puede surgir debido a la falta de interés evidente en consumir alimentos, preocupación por las posibles consecuencias desagradables de comer, o evitar la ingesta debido a las características sensoriales de los alimentos. En ocasiones, esto puede ser consecuencia de una alta sensibilidad hacia la apariencia, color, olor, textura, temperatura o sabor de los alimentos. Esta condición se ha descrito con diversos términos como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria", y puede manifestarse como la negativa a consumir ciertas marcas de alimentos o a tolerar los olores de los alimentos que otras personas consumen (4).

La edad de inicio oscila entre los 9 y los 17 años (4). La información revisada muestra discrepancias en cuanto al género. Según el DSM-5, la incidencia es equiparable tanto en niños como en niñas, a excepción de los casos de TERIA que se manifiestan junto con el trastorno del espectro autista, donde hay una predominancia en varones (15, 16).

Criterios diagnósticos:

A. Continuo incumplimiento en satisfacer las necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas relacionadas con uno o más de los siguientes aspectos:

1. Reducción considerable de peso (o incapacidad para lograr el aumento de peso previsto o crecimiento insuficiente en niños).
 2. Deficiencia nutricional significativa.
 3. Necesidad de alimentación mediante sonda o de suplementos nutricionales orales.
 4. Una perturbación significativa en el funcionamiento psicosocial.
- La causa del trastorno no es la escasez de alimentos disponibles ni una práctica culturalmente aceptada asociada.

- El trastorno no ocurre únicamente en el desarrollo de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay evidencia de un trastorno en la percepción del propio peso o constitución corporal (no hay distorsión de la imagen corporal).
- No se puede atribuir a una condición médica coexistente ni se explica de manera más apropiada por otro trastorno mental. Si ocurre en el contexto de otra condición o trastorno y su gravedad supera lo típicamente asociado con esa condición, se justifica la atención clínica adicional (4).

Los individuos con TERIA pueden mostrar señales de desnutrición durante la evaluación física, como apariencia delgada o enflaquecida, piel seca, presencia de vello fino (lanugo), palidez, abdomen hundido, hipotermia, ritmo cardíaco lento (bradicardia) y retraso en el llenado capilar. Asimismo, pueden reportar síntomas similares a los de la anorexia nerviosa, como hinchazón y dolor abdominal relacionados con la demora en el vaciamiento gástrico, estreñimiento, sensación de frío y mareos. En algunos casos, pueden necesitar un nivel más alto de atención, como la estabilización clínica en entornos hospitalarios o cuidados parciales. La aparición temprana del trastorno también puede resultar en un crecimiento detenido y un desarrollo puberal interrumpido (17).

3.1.1.4. TRASTORNO POR ATRACÓN

En 2013, el Trastorno por Atracón (TA) fue incorporado al DSM-5 en la sección de "Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos", siendo reconocido como una categoría independiente (4). Previamente, se consideraba como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado. De acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5, un atracón se caracteriza por consumir grandes cantidades de alimentos en un período de tiempo determinado, superando lo que la mayoría de las personas comerían en circunstancias similares, acompañado de una sensación de falta de control (4).

La Asociación Americana de Psiquiatría (4) también especifica que deben presentarse al menos tres de los siguientes criterios para diagnosticar el Trastorno por Atracón: comer de manera rápida, comer hasta sentir una sensación de malestar por estar muy lleno, comer cuando no se tiene hambre, comer en secreto debido a la vergüenza o sentirse mal consigo mismo después de comer.

Estas conductas suelen mantenerse ocultas, lo que lleva a la persona a evitar comer en compañía de otros o, si lo hace, a comer de manera normal en su presencia, mientras que los atracones los realiza en privado (18).

Para establecer el diagnóstico de TA, se requiere la presencia de al menos un atracón por semana durante tres meses, sin la presencia de comportamientos compensatorios inadecuados recurrentes (4).

3.1.1.5.PICA

La Pica, también conocida como alotriofagia, es un trastorno alimentario que suele manifestarse en la infancia, pero también puede observarse en individuos con discapacidad intelectual, mujeres embarazadas, personas autistas o aquellos que padecen enfermedades mentales (19). Se caracteriza por el consumo persistente de sustancias no nutritivas durante al menos un mes, lo cual es inapropiado para su nivel de desarrollo y no está respaldado culturalmente.

Este trastorno tiene antecedentes documentados desde tiempos antiguos y generalmente se considera más como un síntoma de otro trastorno subyacente que como una entidad independiente (19).

Las sustancias consumidas pueden variar ampliamente e incluir algodón, arena, ladrillos, cabello, carbón, esponja, flores, huesos, madera, lombrices de tierra, pintura, tabaco, así como un consumo obsesivo y repetitivo de alimentos comestibles como aceite, arroz o legumbres crudas. (20)

Entre las complicaciones significativas asociadas a este trastorno se encuentran las intoxicaciones, las parasitosis (derivadas, por ejemplo, del consumo de excrementos de animales domésticos) y las complicaciones quirúrgicas abdominales, siendo la obstrucción intestinal la más común. Los síntomas clínicos predominantes suelen incluir dolor abdominal, vómitos y estreñimiento. Factores de riesgo como la pobreza, el abandono o la falta de supervisión parental pueden contribuir al desarrollo de esta condición (20).

Además, en algunas ocasiones se ha observado una relación entre ciertas deficiencias nutricionales, como la anemia ferropénica o la carencia de zinc, y la manifestación de este trastorno. Este trastorno, que suele iniciar en la infancia, puede persistir hasta la adolescencia en ciertos casos. Su manejo implica la colaboración de un equipo interdisciplinario, con énfasis en la observación por parte de los familiares y la eliminación de las sustancias ingeridas. Se recomienda

abordar cualquier deficiencia nutricional que pueda existir y trabajar con la familia para controlar los estímulos y evitar refuerzos involuntarios de la conducta, al mismo tiempo que se promueven alternativas conductuales (20).

En el DSM-5-TR, el diagnóstico de pica requiere cada uno de los siguientes (21):

- Consumir de forma repetida sustancias no alimenticias (como tela, tierra, chicle, cabello, metal, pintura, papel o jabón) que carecen de valor nutricional, durante un período mínimo de un mes.
- La conducta alimentaria es:
 - No adecuado para el nivel de desarrollo del individuo.
 - No tiene apoyo cultural ni es socialmente normal.
- Si la conducta alimentaria se manifiesta exclusivamente en el marco de otro trastorno mental (como autismo, discapacidad intelectual o esquizofrenia) o una condición médica general (como el embarazo), y esta conducta es lo suficientemente seria como para requerir atención clínica adicional.

El DSM-5-TR diferencia la pica de los comportamientos autolesivos no suicidas, en los cuales los individuos ingieren objetos potencialmente perjudiciales (tales como baterías, cuchillos o agujas) (21).

3.1.1.6.SÍNDROME DE RUMIACIÓN

El síndrome de rumiación se define como un trastorno funcional del sistema digestivo en el que la comida ingerida recientemente es regurgitada de forma repetitiva y sin esfuerzo hacia la boca. Esto es seguido por un ciclo de masticación y posteriormente la deglución o expulsión del alimento, el cual normalmente carece de sabor ácido o amargo ya que ocurre poco después de la ingesta (22).

Dos características clave en su diagnóstico son (22):

- La repetición del episodio hasta que el material regurgitado adquiere un sabor ácido
- La sensación de placer que experimenta el paciente al realizar la regurgitación.

Este trastorno impacta tanto en niños como en adultos (22, 23). A menudo, el síndrome de rumiación es erróneamente diagnosticado como enfermedad de

reflujo gastroesofágico resistente o vómitos recurrentes, lo que resulta en un retraso prolongado en el diagnóstico (24).

Este síndrome está definido y categorizado como uno de los trastornos funcionales del sistema gastroduodenal, con criterios específicos delineados en la Clasificación de Roma IV, debe incluir lo siguiente (25):

- Regurgitación persistente o recurrente de comida recientemente ingerida con expulsión oral, o con remasticación y redeglución subsecuente.
- La regurgitación no es precedida por arcadas.
- Los criterios se cumplen por los últimos 3 meses con comienzo de síntomas, al menos 6 meses previo al diagnóstico.
- Observaciones que apoyan el diagnóstico:
 - Los eventos de regurgitación sin esfuerzo no van precedidos de náuseas
 - El material regurgitado contiene comida reconocible, que puede tener un sabor agradable
 - El proceso tiende a cesar cuando el contenido regurgitado se vuelve ácido

Cuando nos enfrentamos a un paciente con sospecha de rumiación, el síntoma principal es la regurgitación posprandial rápida y sin esfuerzo, típicamente dentro de los 10 minutos después de finalizar una comida (25, 26).

Este fenómeno puede presentarse tras cada comida o en la mayoría de las ocasiones en que se come. Generalmente, sucede durante o poco después de que el paciente ha terminado de comer, lo que facilita que el sabor de la comida regurgitada sea similar al de la comida recién ingerida (26).

Incluso al consumir solo líquidos, este fenómeno puede ocurrir, lo que facilita la regurgitación de alimentos sólidos previamente ingeridos (27). Los episodios tienden a persistir durante una o dos horas después de comer, y aunque siguen este patrón temporal, lo regurgitado consiste en alimentos parcialmente digeridos que pueden ser identificados por su sabor. A menudo, estos episodios son desencadenados por sensaciones de malestar abdominal, como presión, dolor o ardor.

3.1.1.7. OTROS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN O ALIMENTACIÓN ESPECIFICADOS

Otros trastornos alimentarios específicos se refieren a situaciones en las cuales los pacientes experimentan síntomas que causan angustia significativa o afectan su funcionamiento psicosocial, pero que no satisfacen completamente los criterios definidos para un trastorno alimentario específico. Los médicos pueden diagnosticar estos casos como "otros trastornos alimentarios o de alimentación especificados", indicando que la presentación no cumple con todos los criterios de un trastorno alimentario específico (20). Algunos ejemplos de síndromes que pueden ser especificados al utilizar este diagnóstico incluyen (20):

- Anorexia nerviosa atípica: Se trata de situaciones en las que se cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa, a excepción de que el índice de masa corporal es igual o superior a 18.5 kg/m^2 . Las complicaciones médicas de la anorexia nerviosa atípica pueden ser similares a las de la anorexia nerviosa estándar.
- Bulimia nerviosa de baja frecuencia y/o duración limitada: Se distingue por cumplir con todos los criterios de la bulimia nerviosa, excepto que los episodios de atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de una vez por semana en promedio y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno por atracón de baja frecuencia y/o duración limitada: Se define cuando se cumplen todos los criterios del trastorno por atracón, excepto que los episodios de atracón suceden menos de una vez por semana en promedio y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno purgativo: Involucra episodios repetidos de purga, como provocación de vómitos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas, con el objetivo de controlar el peso o la forma corporal, sin la presencia de episodios de atracones.
- Síndrome de alimentación nocturna: Se define por episodios recurrentes de ingesta de alimentos durante la noche, que se refiere a comer después de despertar del sueño o a una ingesta excesiva de alimentos después de la cena. Este síndrome no puede ser atribuido a cambios en el ciclo de sueño-vigilia, efectos de medicamentos, trastorno por atracón, trastornos relacionados con el uso de sustancias o trastornos médicos generales.

3.1.1.8. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN O ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO

El diagnóstico de "trastorno alimentario no especificado" se da a pacientes que presentan síntomas de un trastorno alimentario que generan malestar significativo o afectan su funcionamiento psicosocial, pero que no cumplen con todos los criterios para un trastorno alimentario específico (20).

Este diagnóstico se emplea cuando los médicos deciden no especificar la causa por la cual el cuadro actual no satisface todos los criterios para un trastorno alimentario, lo cual puede abarcar situaciones en las que no se dispone de información suficiente para realizar un diagnóstico más específico.

3.1.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El Índice de Masa Corporal (IMC) es actualmente el principal indicador utilizado en el ámbito clínico para determinar si una persona tiene un peso corporal normal o exceso de grasa, lo que podría indicar sobrepeso u obesidad. Junto con otros factores como la medición de pliegues cutáneos y las circunferencias de cintura y cadera, nos proporciona información sobre estos estados no solo a nivel general, sino también regional, lo que mejora el diagnóstico y tratamiento, especialmente en poblaciones de bajos ingresos, particularmente en mujeres, donde estos problemas parecen estar aumentando.

Los rangos de peso adecuados se determinan a través del Índice de Masa Corporal (IMC), especialmente en personas menores de 20 años, donde estos rangos se ajustan según la altura, peso, sexo y edad. Esto se debe a que se comparan con los IMC de otros individuos del mismo grupo de edad, reconociendo que los niños y adolescentes están en constante crecimiento (28).

Su parámetro se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²):

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2(\text{m})$$

Para adultos, la obesidad se determina cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o mayor a 30 kg/m². Un IMC entre 25 y 29,99 kg/m² también conlleva un mayor riesgo de enfermedad y se denomina preobesidad. El rango de riesgo continuo se reconoce al considerar el sobrepeso, que afecta a los adultos con un IMC superior a 25,00 kg/m² (28).

Así mismo la OMS clasifica el Índice de Masa Corporal en las siguientes categorías (29):

CLASIFICACIÓN	VALORES
Delgadez Severa	< 16.0
Delgadez Moderada	16.0 - 16.9
Delgadez Aceptable	17.0 - 18.4
Normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25.0 - 29.9
Obesidad Grado I	30.0 - 34.9
Obesidad Grado II	35.0 - 35.9
Obesidad Mórbida	> 40

Tabla 2: Clasificación del estado nutricional según el IMC (OMS)

3.1.3. EDAD Y GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO

Se cataloga los Trastornos de la Conducta Alimentaria como la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes llegando a una incidencia del 5%, cuya aparición es más frecuente en personas del género femenino y los varones se ven afectados por lo mismo en una proporción de 1:10 (30)

La OMS ha identificado los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como una de las principales preocupaciones en términos de salud mental para los jóvenes, debido al riesgo que representan para su bienestar. Entre los adolescentes, el diagnóstico más común es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por la Anorexia Nerviosa y, por último, la Bulimia Nerviosa (31).

Revisiones recientes que abarcan múltiples estudios describen una prevalencia de los TCA del 5,7 % (0,9-13,5 %) en las mujeres y del 2,2 % (0,2-7,3 %) en los hombres. Por continentes, la menor prevalencia de los TCA se observa en Europa: 2,2 % (0,2-13,1 %), seguida de Asia: 3,5 % (0,6-7,8 %) y de América: 4,6 % (2,0-

13,5 %), siendo América Latina una de las mayores incidencias a manera global pero no en poblaciones específicas (32).

3.1.4. HORAS Y TIEMPO DE LLEGADA A ZONA LABORAL COMO FACTOR DE RIESGO DE TCA

El estrés en el ámbito laboral es una realidad cotidiana para muchos empleados, y es crucial reconocer que ciertas profesiones, como las áreas de la salud, y tareas generan niveles más elevados de estrés que otras. Entre estas se incluyen roles directivos, turnos nocturnos, trabajos monótonos, ocupaciones en servicios comunitarios, entre otros. Este estrés laboral acumulado puede influir significativamente en los hábitos alimentarios y las conductas relacionadas con la comida, dando lugar a ingestas inadecuadas o en momentos poco apropiados. Además, estos hábitos alimentarios pueden, a su vez, ser desencadenantes de estrés, originando desórdenes dietéticos. Por lo tanto, no es sorprendente que el sistema digestivo se vea afectado, convirtiéndose en un objetivo para las patologías asociadas con el estrés en entornos laborales poco saludables (32).

En ciertos contextos, puede haber una desconexión entre el apetito (una sensación principalmente psicológica) y el hambre (una sensación básicamente física). Este apetito, como estado mental, puede verse influenciado por diversas situaciones emocionales, especialmente el estrés laboral, así como por cambios químicos y vasculares, y por impulsos transmitidos al mesencéfalo desde distintos órganos, donde el estrés también podría desempeñar un papel significativo (33). También se encuentra asociaciones entre el estrés laboral interpretado por días laborales con la conducta alimentaria de trabajadores (34), como también que estos tipos de interrupciones en el ámbito alimenticio se asocian no solo a días laborales sino también a los diferentes turnos que pueden tener ya sea turnos diurnos como nocturnos (35).

3.1.5. ALIMENTACION SALUDABLE:

Los modelos de empleo en la edad adulta resultan en una transición nutricional que implica modificaciones tanto en la cantidad como en la calidad de la dieta, lo cual contribuye a los factores que causan enfermedades crónicas no transmisibles (36).

Una alimentación adecuada nos ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus variantes, así como enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y cáncer (36).

La composición precisa de una dieta diversa, equilibrada y saludable dependerá de las particularidades individuales de cada persona (tales como edad, género, estilo de vida y nivel de actividad física), el entorno cultural y la disponibilidad de alimentos locales; sin embargo, los principios fundamentales de una alimentación saludable permanecen constantes (37).

Según la OMS, una dieta sana incluye (37):

- Frutas, verduras, legumbres (como lentejas y frijoles), frutos secos y granos enteros (como maíz, mijo, avena, trigo o arroz integral sin procesar).
- Consumir al menos 400 gramos (equivalente a cinco porciones) de frutas y verduras diariamente, excluyendo papas, batatas, yuca y otros tubérculos ricos en almidón.
- Menos del 10% de la ingesta calórica total debería provenir de azúcares libres, lo que equivale a 50 gramos (o aproximadamente 12 cucharaditas rasas) para una persona con peso corporal saludable que consuma alrededor de 2000 calorías diarias. Sin embargo, para obtener beneficios adicionales para la salud, se recomienda un consumo inferior al 5% de la ingesta calórica total. Los azúcares libres comprenden aquellos añadidos a los alimentos o bebidas por fabricantes, cocineros o consumidores, así como los azúcares naturalmente presentes en la miel, jarabes, jugos y concentrados de frutas.
- Se recomienda que menos del 30% de las calorías ingeridas diarias provengan de grasas. Se prefieren las grasas no saturadas (por ejemplo en pescados, plata, frutos secos y variedades de aceites de girasol, soya, canola y oliva) sobre las grasas saturadas (en carne grasa, mantequilla, aceite de palma y coco, nata, queso, mantequilla clarificada y manteca de cerdo), así como las grasas trans de todos los tipos, especialmente las producidas industrialmente (en pizzas, pasteles, galletas, tortas, aceites de cocina y margarinas), y grasas trans de rumiantes (en carne y lácteos de vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugiere reducir la ingesta de grasas

saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías y la de grasas trans a menos del 1%. Es importante evitar las grasas trans producidas industrialmente, ya que no son parte de una dieta saludable.

- Limitar la ingesta de sal a menos de 5 gramos diarios (aproximadamente una cucharadita), lo que equivale a menos de 2 gramos de sodio al día, como parte de la prevención contra la hipertensión, además reduciendo el riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares en adultos. Se recomienda ampliamente que la sal sea yodada (37).

3.2.Revisión de Antecedentes investigativos

- **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Iyer S, Shriram V. Prevalence of Eating Disorders and Its Associated Risk Factors in Students of a Medical College Hospital in South India. Cureus. 2021;13(1):e12926. doi:10.7759/cureus.12926.

El propósito de esta investigación fue identificar la frecuencia y los elementos asociados a los desórdenes alimenticios entre los alumnos de un centro médico universitario en el sur de la India. El porcentaje de estudiantes con una probabilidad elevada de experimentar desórdenes alimenticios fue del 13%. Esta tendencia era prácticamente idéntica tanto en hombres como en mujeres. La probabilidad elevada de experimentar desórdenes alimenticios estuvo relacionada con niveles altos de estrés y preocupaciones significativas sobre la apariencia física ($p < 0,001$). Otros elementos que ejercieron influencia incluyeron el historial de terapia, la influencia de los compañeros, la práctica excesiva de ejercicio, así como el historial de cualquier manifestación de conducta, como el uso de laxantes y pastillas para perder peso ($p < 0,001$). Estos hallazgos nos sirven como antecedente importante, especialmente al tratarse de un ambiente sociodemográfico similar a nuestro medio, y donde se evidencia eventos de estrés y preocupaciones graves sobre la forma del cuerpo (43).

Nolan E, Bunting L, McCartan C, Davidson G, Grant A, Schubotz D, Mulholland C, McBride O, Murphy J, Shevlin M. Prevalence of probable eating disorders and associated risk factors: An analysis of the Northern Ireland Youth Wellbeing Survey using the SCOFF. Br J Clin Psychol. 2023;62(1):180-195. doi:10.1111/bjc.12401.

El artículo examina la prevalencia de posibles trastornos alimentarios y los factores de riesgo asociados utilizando la encuesta Northern Ireland Youth Wellbeing Survey junto con el cuestionario SCOFF. Se analizan datos de una muestra de jóvenes en Irlanda del Norte. Los autores encuentran una prevalencia significativa de posibles trastornos alimentarios entre los encuestados, y destacan la importancia de identificar y abordar estos trastornos en la juventud. Un total del 16,2% (n = 211) de la muestra cumplió con los criterios de detección SCOFF para trastornos alimentarios. El probable trastorno alimentario se asoció con ser mujer (OR = 2,44), tener un padre con problemas de salud mental (OR = 1,68), sufrir ciertos problemas psicológicos, como trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (OR = 2,55), trastorno de las redes sociales (OR = 2,95), ser víctima de acoso físico (OR = 1,71) y haber fumado (OR = 2,46) (51).

El artículo utiliza el cuestionario SCOFF, que detecta existencia de trastornos alimentarios a diferencia del EATS 26, los resultados sugieren la necesidad de intervenciones tempranas y la atención a los factores de riesgo identificados para prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios en esta población (51).

Kristanto T, Chen WS, Thoo YY. Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. *Eat Behav.* 2016;22:96-100. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.03.029.

El artículo examina la relación entre el agotamiento académico y los trastornos alimentarios entre estudiantes de la Universidad Monash en Malasia. Los autores investigan cómo el agotamiento académico, caracterizado por sentimientos de despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal, puede influir en el desarrollo de trastornos alimentarios entre los estudiantes universitarios. Este estudio reveló que el 17,4% de los estudiantes universitarios padecía un nivel moderado de agotamiento académico, mientras que el 73,5% padecía un nivel alto de agotamiento académico entre 6 y 8 semanas después de su primera visita. Se evidenció asociación parcial entre el desgaste académico y el trastorno alimentario entre estudiantes universitarios (52).

Los resultados revelan una asociación significativa entre el agotamiento académico y los trastornos alimentarios, lo que sugiere la importancia de abordar

los factores psicosociales en la promoción de la salud mental de los estudiantes universitarios (52).

Alshareef, SJ, Alzahrani, A. & Farahat, FM Hábitos de estilo de vida y bienestar entre los médicos de atención primaria en el oeste de Arabia Saudita. J Public Health (Berl.) 27, 57–62 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0929-1>.

El artículo examina los hábitos de estilo de vida y el bienestar entre los médicos de atención primaria en el oeste de Arabia Saudita. Los autores investigan cómo diversos factores, como la dieta, el ejercicio, el estrés y el sueño, afectan el bienestar general de estos profesionales de la salud. La edad media de los participantes fue de $39,3 \pm 12,3$ años y el 51,9% de ellos eran mujeres. Más de la mitad de los médicos estudiados tenían sobrepeso o eran obesos. En los últimos 6 meses, el 40,6% de los participantes había seguido alguna dieta para reducir peso y el 35% practicaba deporte 3-4 días/semana. Las enfermedades crónicas reportadas fueron hiperlipidemia, hipertensión, asma bronquial y diabetes. La salud general fue identificada como regular por el 15,6%, buena por el 54,4% y excelente por el 30% de los participantes. El 77,5% de los participantes percibió un nivel de estrés moderado-alto. Los resultados indican que muchos médicos de atención primaria en esta región tienen hábitos de estilo de vida poco saludables, lo que puede tener implicaciones negativas para su bienestar y su capacidad para brindar atención médica de calidad. Los hallazgos resaltan la importancia de abordar los factores de estilo de vida en la promoción del bienestar entre los médicos de atención primaria en Arabia Saudita (53).

- **ANTECEDENTES NACIONALES:**

Zila-Velasque JP, et al. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. Rev Colomb Psiquiat. 2022.

El presente estudio tuvo como objetivo ver la prevalencia y asociación de factores de riesgo en 1224 estudiantes de Medicina Humana de 22 universidades del Perú consiguiendo como resultados una prevalencia del 12.5%. Los factores asociados fueron una regular percepción de la salud (34.3%), tener un entorno familiar y/o social con TCA (21.7%) y la satisfacción media (57.3%) y baja (34.9%) con la

comunicación familiar, además del año académico, estar a dieta, la preocupación por la imagen corporal y la percepción de una alimentación inadecuada. Esto nos da un antecedente reciente que apoya la viabilidad del estudio, como los resultados y análisis positivo de lo que se puede obtener con el mismo (54).

Alcala Revilla E. Factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017, 2018.

El estudio mencionado tenía como objetivo determinar los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en los internos de Medicina Humana de la UPSJB, teniendo una población de 142 internos obteniendo una prevalencia de 55.6% con TCA, El 35,2% de la población con TCA se encuentra dentro de su peso adecuado según IMC. El 35,9% presentó depresión y TCA. El 47,2% presentó ansiedad y TCA. El 17,6% presentaron disfunción familiar moderada. Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el IMC, ansiedad y TCA ($p < 0,05$). El estudio presente nos ayuda como antecedente al demostrar que hay relación entre el TCA y el IMC que es una de nuestras variables a tratar en nuestra población (47).

Chau Miyakawa K., Paredes Vargas J. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria inadecuado en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética de una universidad privada de Lima, 2021

Esta investigación tenía como objetivo determinar la asociación entre el riesgo de trastornos de la conducta y el comportamiento alimentarios en estudiantes de nutrición y dietética de una universidad privada de Lima, la población era de 264 estudiantes aplicando la encuesta EAT – 26 encontrando asociaciones positivas entre el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria con el peso corporal ($p=0.027$), y en mujeres ($p=0.013$). Este estudio nos ayuda como antecedente para mirar la asociación entre IMC y el género de los participantes siendo una ayuda para considerar dichas variables en nuestra investigación (55).

- **ANTECEDENTES LOCALES:**

Medina Reyes A., Relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescente de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Enero – febrero 2017.

El objetivo del estudio era investigar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming en la Ciudad de Arequipa. La investigación se llevó a cabo con 300 estudiantes, de los cuales el 75.67% tenía un IMC normal, el 18.63% tenía sobrepeso, el 5% tenía obesidad y el 0.67% tenía delgadez. Se encontró que el 10.7% presentaba riesgo de trastornos de conducta alimentaria, con una predominancia en el sexo femenino, y se observó un factor de riesgo (OR: 2.66). Se estableció una relación estadísticamente significativa ($p=0.0001$) entre el estado nutricional y el riesgo de TCA. Esta investigación nos ayuda crucialmente al ser un estudio local, asegurándonos una similitud de los factores de riesgo estudiados, sexo y IMC, ayudándonos a tener una inferencia de nuestros futuros resultados (56).

4. HIPOTESIS:

○ **HIPOTESIS GENERAL**

- H1: Existen factores de riesgo en los internos de Medicina Humana que cursan la primera rotación del internado médico en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2024 que predisponen a trastornos de conducta alimentaria.
- H0: No existen factores de riesgo en los internos de Medicina Humana que cursan la primera rotación del internado médico en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2024 que predisponen a trastornos de conducta alimentaria.



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se realizará mediante encuesta tipo cuestionario

1.2. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos
- Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 26)
- Índice de Alimentación Saludable

1.3. Materiales

- Papel, lapicero, laptop, software, memoria USB, balanza, cinta métrica

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado

2.2. Ubicación temporal

Arequipa - Perú, febrero - marzo 2024

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

La población estará conformada por Internos de Medicina Humana que estén cursando su primera rotación en su internado médico en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2024 dando un total de 140 internos, tanto varones como mujeres

2.3.2. Muestra

Se utilizó la fórmula para población finitas para el cálculo de la muestra, dando un total de 105 internos al redondear la cifra obtenida, esa será muestra de internos de Medicina Humana que estén cursando su primera rotación en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en el año de 2024.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)E^2 + Z^2pq}$$

$$n = \frac{(140)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(140 - 1)(0.5)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{134.4}{1.3075}$$

$$n = 103.38$$

- n = Tamaño de muestra
- N= Total de población
- Z= 1.96 (si la seguridad es de 95%)
- p = Proporción esperada (0.5)
- q = En este caso 1 – p = 0.5
- E = 0.5

2.3.3. Criterios de inclusión

- Internos actualmente cursando su primera rotación en su internado en la carrera de Medicina Humana durante el año de 2024 que tengan riesgo de trastorno de la alimentación.
- Participación voluntaria en el estudio.

2.3.4. Criterios de exclusión

- Ausencia de consentimiento informado.
- Internos que hayan sido cambiado de sede hospitalaria en su internado.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Luego de aprobado el proyecto de tesis se procederá a contactar a la población antes descrita para solicitar el consentimiento informado donde se le informe detalladamente del estudio. Posterior a ellos se le entregará la ficha de datos, el cuestionario EAT – 26 y el Índice de Alimentación Saludable, los cuales serán llenados de manera anónima, siendo al cabo del tiempo necesario para su llenado serán recolectados.

Una vez concluido la recolección de los mismos se procederá a organizarlos en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- **RECURSOS HUMANOS**
 - **Autores:**
 - Oscar Andree Ibañez Martinez
 - Hans Renan Valdivia Quispe
 - **Asesora**
 - Angela Griselda Quiñones Hermosa
- **RECURSOS MATERIALES**
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal, con programas capaces de almacenar bases de datos y software estadístico
- **RECURSOS INSTITUCIONALES**
 - Universidad Católica de Santa María
 - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- **RECURSOS FINANCIEROS**
 - La investigación será autofinanciada por los autores

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

La ficha de recolección de datos no necesita ser validada, ya que simplemente recopila información general, como el género, la edad y la universidad de origen, además de incluir la puntuación final de cada cuestionario completado.

El Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la presencia de síntomas de trastornos alimentarios en individuos. La validez del EAT-26 ha sido respaldada por numerosos estudios que han demostrado su capacidad para identificar de manera efectiva a personas en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, así como para diferenciar entre individuos con y sin estos trastornos (38). Además, investigaciones han encontrado una asociación significativa entre los puntajes altos en el EAT-26 y la presencia de síntomas clínicos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, lo que respalda su validez concurrente (39).

Asimismo, diversos estudios han examinado la validez predictiva del EAT-26, encontrando que los puntajes elevados en esta prueba se correlacionan con un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en el futuro (40). Esta evidencia sugiere que el EAT-26 no solo es útil para identificar la presencia actual de síntomas de trastornos

alimentarios, sino que también puede predecir la aparición de estos trastornos en etapas posteriores de la vida. Por lo tanto, el EAT-26 puede considerarse una herramienta válida y confiable para la detección temprana y la evaluación de los trastornos alimentarios en diversos contextos clínicos y de investigación.

En resumen, la validez del Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) está respaldada por una amplia base de evidencia empírica que demuestra su capacidad para identificar de manera precisa a individuos en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, así como para predecir la presencia futura de estos trastornos. Su utilidad clínica y su fiabilidad hacen que el EAT-26 sea una herramienta valiosa en la evaluación y el seguimiento de los trastornos alimentarios en la práctica clínica y la investigación académica.

El Índice de Alimentación Saludable es altamente reconocido y ampliamente validado. Se fundamenta en los últimos conocimientos en el campo de la nutrición, así como en las directrices alimentarias específicas de un país determinado. Su propósito es identificar los factores de riesgo alimentario más relevantes para las enfermedades crónicas no transmisibles, tomando en cuenta las pautas de consumo recomendadas para los principales grupos de alimentos (41).

Los índices combinados, que suelen incorporar una medida de la diversidad alimentaria dentro y entre los grupos de alimentos (en cantidades o porciones), se clasifican en esta categoría. Durante mucho tiempo, los nutricionistas especializados en Salud Pública han promovido la variedad o diversidad en los patrones alimentarios como una forma de garantizar una dieta óptima. Este concepto se basa en la idea de que ningún alimento proporciona todos los nutrientes necesarios y que es fundamental contar con una amplia gama de fuentes alimentarias para lograr un equilibrio dietético adecuado (42).

Se sostiene que el índice de calidad alimentaria, el índice de alimentos saludables y el índice de la pirámide alimentaria se centran exclusivamente en alimentos específicos o en grupos de alimentos.



CAPITULO III: RESULTADOS

**“FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA
HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”**

Tabla 1. Características generales de la población (N = 107)

		N = 107
Edad (años)	22 - 24	67 (62.6%)
	25 -28	40 (37.4%)
Sexo	Femenino	54 (50.5%)
	Masculino	53 (49.5%)
IMC	Delgadez	4 (3.7%)
	Normal	58 (54.2%)
	Sobrepeso	32 (29.9%)
	Obesidad	13 (12.1%)
Universidad	UCSM	70 (65.4%)
	UNSA	37 (34.6%)
Rotación	Cirugía General	24 (22.4%)
	Ginecología y Obstetricia	31 (29.0%)
	Medicina Interna	23 (21.5%)
	Pediatría	29 (27.1%)
Tiempo de llegada al Hospital	< 30 min	37 (34.6%)
	> 60 min	15 (14.0%)
	30 - 60 min	55 (51.4%)
Horas en el Hospital	> 10	47 (43.9%)
	6-8	20 (18.7%)
	9-10	40 (37.4%)
Promedio de pacientes a cargo	>10	9 (8.4%)
	2-5	33 (30.8%)
	6-10	65 (60.7%)
Alimentación Saludable	Necesita cambios	56 (52.3%)
	Poco saludable	49 (45.8%)
	Saludable	2 (1.9%)
Riesgo de trastorno de conducta alimentaria (Factores)	Factor 1: Dieta	5 (3.0, 9.0)
	Factor 2: Bulimia y preocupación por la comida	3 (1.0, 5.0)
	Factor 3: Control oral	1 (0.0, 3.0)
Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Alto riesgo	22 (20.6%)
	Bajo riesgo	85 (79.4%)

En la tabla 1 se describe las características generales de los participantes incluidos. En total se incluyeron 107 participantes. La mayoría de los participantes tenían entre 22-24 años (62.6%) y pertenecían al sexo femenino (50.5%). Asimismo, la mayoría de los participantes pertenecían a la UCSM (65.4%), se encontraban en la rotación de Ginecología y Obstetricia (29.0%), tardaban entre 30-60 min en llegar al hospital (51.4%), tenían un tiempo de trabajo promedio de 11 horas a más (43.9%) y con más frecuencia tenían a cargo un promedio de pacientes de 6 a 10 (60.7%) La mayoría de los participantes tenían un IMC clasificado en normal (54.2%) y tenían una alimentación que necesita cambios (52.3%). Finalmente, la mediana de promedio del Factor 1 (Dieta) del cuestionario EAT-26 fue de 5 puntos, para el Factor 2 (Bulimia y preocupación por la comida) fue de 3 puntos, para el Factor 3 (Control oral) fue de 1 punto, y al momento de categorizar el cuestionario EAT-26 con un punto de corte en 20 puntos, se obtuvo que el 79.4% tenía un bajo riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el 20.6% tenía un alto riesgo.

“FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”

Tabla 2. Asociación entre los factores asociados planteados y el Riesgo de trastornos de conducta alimentaria (N = 107).

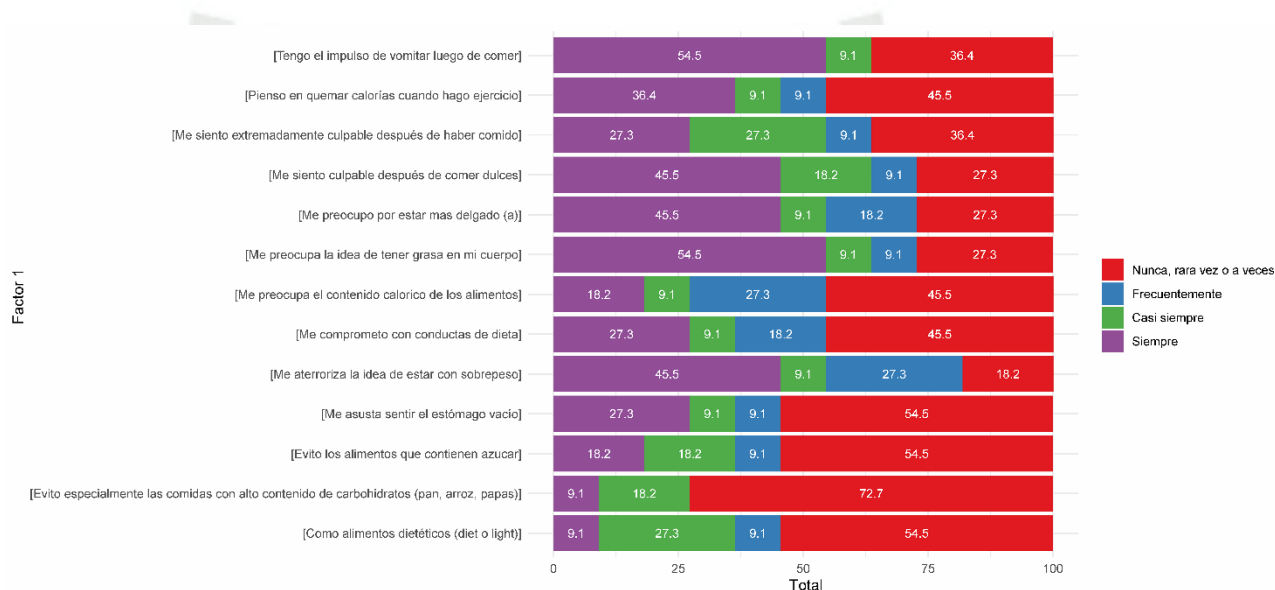
		Riesgo de Trastornos de conducta alimentaria		Valor p
		Alto riesgo N = 22 n (%)	Bajo riesgo N = 85 n (%)	
Edad	22-24	16 (23.9%)	51 (76.1%)	0.3
	25-28	6 (15.0%)	34 (85.0%)	
Sexo	Femenino	12 (22.2%)	42 (77.8%)	0.7
	Masculino	10 (18.9%)	43 (81.1%)	
IMC	Delgadez	4 (100.0%)	0 (0.0%)	0.001
	Normal	8 (13.8%)	50 (86.2%)	
	Sobrepeso	4 (12.5%)	28 (87.5%)	
	Obesidad	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
Universidad	UCSM	18 (25.7%)	52 (74.3%)	0.07
	UNSA	4 (10.8%)	33 (89.2%)	
Rotación	Cirugía General	4 (16.7%)	20 (83.3%)	0.007
	Ginecología y Obstetricia	8 (25.8%)	23 (74.2%)	
	Medicina Interna	0 (0.0%)	23 (100.0%)	
	Pediatría	10 (34.5%)	19 (65.5%)	
Tiempo de llegada al Hospital	< 30 min	8 (21.6%)	29 (78.4%)	0.7
	30 - 60 min	10 (18.2%)	45 (81.8%)	
	> 60 min	4 (26.7%)	11 (73.3%)	
Horas en el Hospital	6-8	6 (30.0%)	14 (70.0%)	0.5
	9-10	8 (20.0%)	32 (80.0%)	
	>10	8 (17.0%)	39 (83.0%)	
Promedio de pacientes a cargo	2-5	8 (24.2%)	25 (75.8%)	0.3
	6-10	14 (21.5%)	51 (78.5%)	

	>10	0 (0.0%)	9 (100.0%)	
Alimentación				
Saludable	Saludable	0 (0.0%)	2 (100.0%)	0.7
	Necesita cambios	10 (17.9%)	46 (82.1%)	
	Poco saludable	12 (24.5%)	37 (75.5%)	

En la tabla 2 se describe la asociación entre los factores asociados planteados y el Riesgo de trastornos de conducta alimentaria. Se encontró una mayor frecuencia de participantes con un IMC clasificado en sobrepeso y normal que tenían un bajo riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes clasificados en delgadez y obesidad ($p=0.001$). Asimismo, se encontró una mayor frecuencia de participantes que pertenecían a la UCSM que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes de la UNSA ($p=0.07$). Además, se encontró una mayor frecuencia de participantes que se encontraban rotando en Pediatría y Ginecología y Obstetricia que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes que estaban rotando en Medicina Interna y Cirugía general ($p=0.007$). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

“FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”

Figura 1. Factor 1 Dieta en los internos de Medicina Humana con Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria

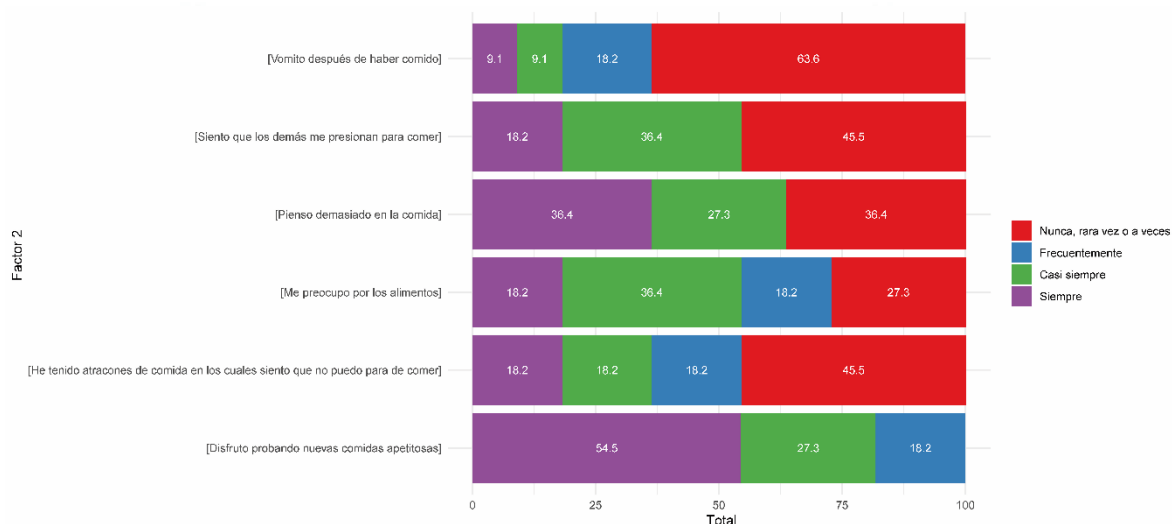


Observamos que el 54.5% de los internos tenían un impulso de vomitar luego de comer siempre que se alimentaban y el mismo porcentaje de internos les preocupa la idea de tener grasa en su cuerpo. El ítem con menor respuesta en este sentido fue correspondiente a los ítems” evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos” y” como alimentos dietéticos” donde solo el 9.1% lo afirmaron como siempre.

“FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”

Figura 2. Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida en los internos de Medicina

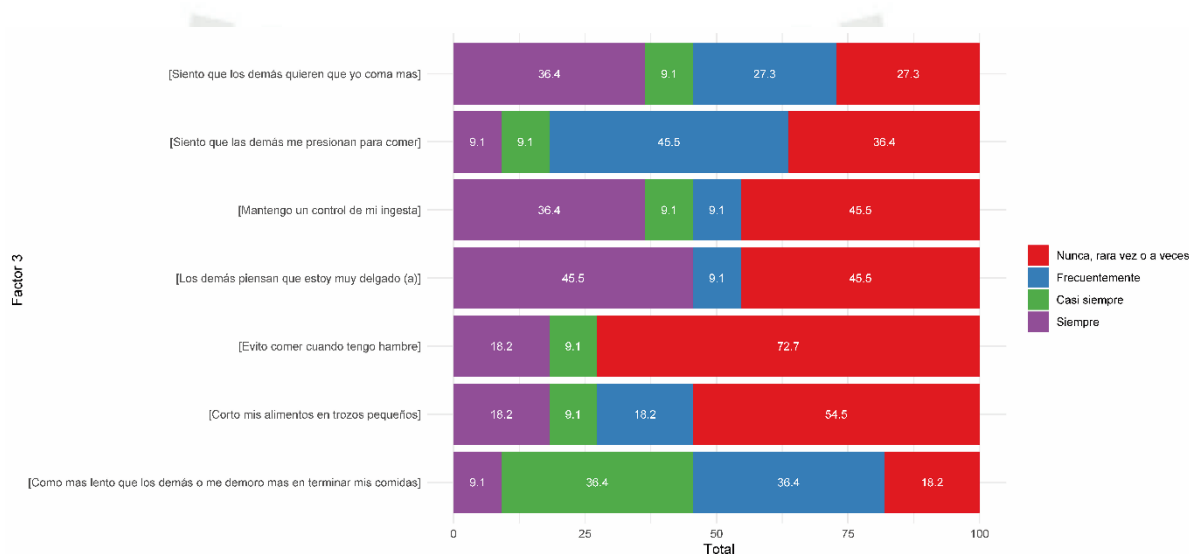
Humana con Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria



Se observa en el siguiente grafico que el 36.4% de los internos piensan demasiado en la comida. El ítem con menor respuesta fue el de vomitar después de haber comido con un 9.1% afirmando que siempre ocurría.

“FACTORES ASOCIADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”

Figura 3. Factor 3 Control Oral en los internos de Medicina Humana con Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria



En la figura, se observa que el 45.5% de internos afirman que siempre piensan que los demás los perciben como delgados. El ítem con menor respuesta fue “siento que los demás me presionan para comer” y “como más lento que los demás o me demoro más en terminar mis comidas” siendo un 9.1% de los internos que mostraron que siempre lo percibían así.

DISCUSION

La presente tesis se realizó con el objetivo de determinar la asociación entre riesgo de conducta alimentaria y factores asociados en internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado que se encuentren rotando la primera rotación del año 2024. Esto debido a tanto, experiencias personales vividas en nuestro previo paso como internos en el mencionado hospital, como el ya estudiado riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en personal de salud asociado al cambio de ambiente estudiantil al ambiente laboral (43).

En total se obtuvieron 107 encuestas validas de los internos, de los cuales la mayoría de los participantes tenían entre 22-24 años (62.6%) y pertenecían al sexo femenino (50.5%). García K. hizo un estudio donde encuestó a internos del mismo hospital el año pasado encontrando el mismo predominio del sexo femenino (64%) y con una edad promedio de 24.5 años (44). Siendo ambos estudios hechos en poblaciones similares encontrando las mismas distribuciones esperadas.

Asimismo, en relación con la universidad de origen, se consideró como referencia las dos universidades más prevalentes en cuanto a la carrera de medicina humanad de nuestra ciudad, una privada y otra pública, la mayoría de los participantes pertenecían a la UCSM (65.4%) y a la UNSA (34.6%). Esto como referencia al estrato económico de los internos. Alfaro B. encontró distribución similar en la promoción de internos del mismo hospital en el año 2020, siendo a predominio de la UCSM (49.02%) y UNSA (31.37%), demostrando un incremento en alumnos pertenecientes de la UCSM que deciden realizar su internado en el HRHDE, esto se puede deber al aumento de alumnos por promoción de parte de dicha universidad que se ha visto en los últimos años (45).

Se encontró que en la mayoría se encontraban en la rotación de Ginecología y Obstetricia (29.0%), tardaban entre 30-60 min en llegar al hospital (51.4%), tenían un tiempo de trabajo promedio de 11 horas a más (43.9%) y con más frecuencia tenían a cargo un promedio de pacientes de 6 a 10 (60.7%). Neira Diaz V. encontró en su estudio en 2017 usando personal de salud del HRHDE, entre ellos los internos de Medicina Humana descubriendo que ellos trabajan un promedio de 10 horas al día, siendo similar a los valores encontrados, esto se puede deber al hecho de que, si bien ahora ya no se laboran internos en guardias nocturnas, estos podrían optar por quedarse más horas de las establecidas en su reglamento para acabar y/o estudiar a sus pacientes asignados (46).

La mayoría de los participantes tenían un IMC clasificado en normal (54.2%), seguido de sobrepeso (32%), obesidad (12.1%) y por último delgadez (3.7%), Alcalá Revilla E. en su estudio hecho en un Hospital de Lima, encontró un porcentaje de 73.2% de internos con IMC catalogados como Normal y un 26.8% que tenían Sobrepeso. Esto se aleja de lo encontrado, aunque se puede explicar por el hecho de la diferencia sociodemográfica del estudio previo mencionado (47).

De igual de forma, se encontró que la mayoría tenían una alimentación que necesita cambios (52.3%) y una alimentación poco saludable (45.8%), según la categorización del índice de alimentación saludable. Esta prueba ha sido mayormente usada en pacientes con riesgo cardiovascular (48) y no se cuenta con antecedentes de su uso en estudiantes o internos de Medicina Humana, lo cual torna una limitante al momento de evaluar este factor, más nos abre una posibilidad a investigaciones futuras respecto a este tema.

Se observó que, del total de participantes, 79.4% tenía un bajo riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el 20.6% tenía un alto riesgo, utilizando la prueba de EATS-26. Cifra que difiere con Alcalá Revilla E. donde se encontró una prevalencia de 55.6% con riesgo de TCA, esto se podría explicar por las diferencias sociodemográficas que no ha abarca este estudio por lo que podría sugerir en futuras investigaciones explicar esta investigación mediante un estudio comparativo entre dichas poblaciones de internos (47).

Se encontró una mayor frecuencia de participantes con un IMC clasificado en sobrepeso y normal que tenían un bajo riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes clasificados en delgadez y obesidad ($p=0.001$). Medina Reyes A. encontró en una población del 2017 una asociación similar entre el estado nutricional y el riesgo de TCA ($p=0.001$) esto se puede explicar en diversos motivos ya que se aplicó en la misma población y usando los mismos instrumentos que se usó en esta investigación (49).

Asimismo, se encontró una mayor frecuencia de participantes que pertenecían a la UCSM que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes de la UNSA ($p=0.07$). Banker J. et al describió que no se existe relación estadísticamente significativa entre estos factores y el riesgo de TCA; asimismo, según los datos proporcionados por la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED), se indica que los trastornos de la conducta alimentaria pueden afectar a individuos de diversos niveles socioeconómicos y de cualquier grupo étnico. Anteriormente, se

asociaba principalmente este tipo de trastornos con personas de clase media a alta, pero en la actualidad se observa que ocurren en todos los grupos sociales. Al contrario de nuestra referencia estudiada previamente se encontraron resultados disyuntivos, esto se podría explicar debido a que, si bien se tratan de poblaciones y estratos socioeconómicos parecidas, no cuentan con clasificaciones más precisas (Sueldo mínimo, calidad de vida, gastos mensuales), por lo que se podría sugerir en futuros trabajos ampliar dichas variables (50).

Además, se encontró una mayor frecuencia de participantes que se encontraban rotando en Pediatría y Ginecología y Obstetricia que tenían un alto riesgo de trastornos de conducta alimentaria, en comparación con los participantes que estaban rotando en Medicina Interna y Cirugía general ($p=0.007$). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas. En las investigaciones revisadas no se encontró estudios que busquen esta asociación por lo que no se cuenta con referentes a estos resultados. Esto puede deberse a que dichos servicios cuentan con una carga laboral mayor que en otros servicios, incluyendo labores matutinas, resultados pendientes entre otros. Siendo este factor clave para ahondar en futuras investigaciones sobre la diferencia entre la carga laboral de estos servicios.

Finalmente, la mediana de promedio del Factor 1 (Dieta) del cuestionario EAT-26 fue de 5 puntos, para el Factor 2 (Bulimia y preocupación por la comida) fue de 3 puntos, para el Factor 3 (Control oral) fue de 1 punto.

Al realizar el análisis por dimensiones del EATS-26, observándose las preguntas correspondientes al Factor 1 (Dieta), se observó que el (54.5%) de los pacientes con riesgo de TCA mostraron en su mayoría tener algún impulso de vomitar luego de comer como así también de la preocupación de la idea de tener grasa en su cuerpo, y en menor frecuencia fue la correspondiente a las preguntas sobre evitar especialmente las comida con alto contenido de carbohidratos y sobre ingerir alimentos dietéticos. Este resultado nos demuestra que la población encontrada con riesgo de trastornos de conducta alimentaria en determinado porcentaje cumple no solo criterios de un factor de riesgo relacionado a la dieta sino inclusive criterios diagnósticos de bulimia. Estos internos deberían recibir más ayuda en cuanto al manejo de su dieta. Como un complemento psicológico. Al percibir estos impulsos, luego de comer.

En caso del factor 2 (Bulimia y preocupación por la comida), observamos que 36.4% participantes con riesgo de TCA respondieron que piensan demasiado en la comida, y en menor frecuencia fue la correspondiente a la pregunta sobre vomitar después de haber comido. La predominancia de esta respuesta indica que si bien no hay un criterio diagnóstico de algún riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Existe riesgo tanto hacia una anorexia nerviosa como a una bulimia nerviosa, debido tanto a una posible distorsión o percepción de los alimentos. Que llevaría a una preocupación o comportamiento inadecuado. Por lo cual sugerimos que estos internos. deberían ser más investigados sobre las dudas y preocupaciones acerca de su alimentación.

En cuanto al factor 3 (Control oral) se evidencia que el 45.5% participantes con riesgo de TCA mostraron en su mayoría sentir que los demás pensaban que son muy delgados, y en menor frecuencia fue la correspondiente a la pregunta sobre si sentían que los demás querían que coman más y que comen más lento que los demás o si se demoran más en terminar sus comidas, con un empate de 9.1%. Lo observado difiere con lo encontrado en el IMC de los internos ya que solo el 3.7% tenían delgadez, esto evalúa el autocontrol de la ingesta como también de la presión de otros para ganar peso. Este pensamiento debería ser más ahondado en sus causas y de ser posible recibir un tratamiento personalizado.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Los factores asociados encontrados en internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado que estén rotando la primera rotación del año 2024. fueron que la mayoría pertenecían al sexo femenino (50.5%), tenían entre 22-24 años (62.6%), pertenecían a la UCSM (65.4%), tenían un IMC clasificado en normal (54.2%), se encontraban en la rotación de Ginecología y Obstetricia (29.0%), tardaban entre 30-60 min en llegar al hospital (51.4%), tenían un tiempo de trabajo promedio de 11 horas a más (43.9%), con más frecuencia tenían a cargo un promedio de pacientes de 6 a 10 (60.7%) y poseían una alimentación que necesita cambios (52.3%).

SEGUNDA:

Se encontró alto riesgo de trastorno de conducta alimentaria en un 20.6% de los internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado que estuvieron rotando la primera rotación del año 2024.

TERCERA:

El alto riesgo de trastorno de conducta alimentaria se asociaba estadísticamente a la universidad de origen, IMC y el servicio donde se encontraban rotando en internos de Medicina Humana del Hospital Regional Honorio Delgado que estén rotando la primera rotación del año 2024.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al decano de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María realizar un estudio mayor en la población de internos, en donde la muestra pueda abarcar diferentes establecimientos de salud donde se curse el internado médico para poder estudiar una mayor muestra, en son de prevenir la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en internos de medicina humana.
2. Se recomienda a los futuros investigadores realizar un estudio longitudinal, a favor de ver si estos resultados se alteran al final del internado, y un seguimiento a los participantes con un IMC base y un tamizaje de EAT 26 en la etapa inicial del internado y evaluar cómo varía según el riesgo de estos trastornos de conducta alimentaria, disminuyendo la posibilidad que los casos con riesgo de trastornos de conducta alimentaria progresen hacia la enfermedad.
3. A los directores del Hospital Regional Honorio Delgado y al jefe del servicio de psiquiatría reforzar sus departamentos de salud ocupacional, como también en ahondar en la investigación de los servicios que se consideran factores asociados para padecer un riesgo de trastorno de conducta alimentaria.
4. Al coordinador del internado médico del Hospital Regional Honorio Delgado concientizar a los mismos internos a través de charlas informativas sobre este tema, para que puedan identificar las conductas de riesgo de padecer estos trastornos y así puedan acudir a tiempo a un profesional especialista en el tema.

REFERENCIAS

1. Ma. Eugenia A. Ibarzábal-Ávila, José Alberto Hernández-Martínez, David Luna-Domínguez. Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2015;22(3):112-117.
2. Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex.* Vol. 65, noviembre-diciembre 2008.
3. María Jesús Vargas Baldares. Trastornos De La Conducta Alimentaria. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica.* 2013. (607) 475 – 482.
4. APA, A. P. A. *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders 5*, American Psychiatric Publishing, 2013.
5. APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR)*. American Psychiatric Association, Washington DC
6. Lladó G, González-Soltero R, Blanco Fernández de Valderrama MJ. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutr Hosp.* 2017;34(3):693–701. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000300693
7. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia nervosa/purging disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017;47(4):85–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28532966/>
8. Losada AV, Lupis BL. Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicol para am lat* www.psiolatina.org. 2018;(30):26–43.
9. Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H. and Ruiz, P., 2015. *Sinopsis De Psiquiatría*. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer, pp.962-980
10. Santonicola A, Gagliardi M, Guarino MPL, Siniscalchi M, Ciacci C, Iovino P. Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients* [Internet]. 2019;11(12). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/nu11123038>
11. Gaete P V, López C C. Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr.* 2020;91(5):784–93. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&script=sci_arttext
12. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Vista de Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Internet]. Edu.mx. [cited 2021 May 5]. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6036/7243>
13. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(2):263–74
14. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2014;47(5):495-499

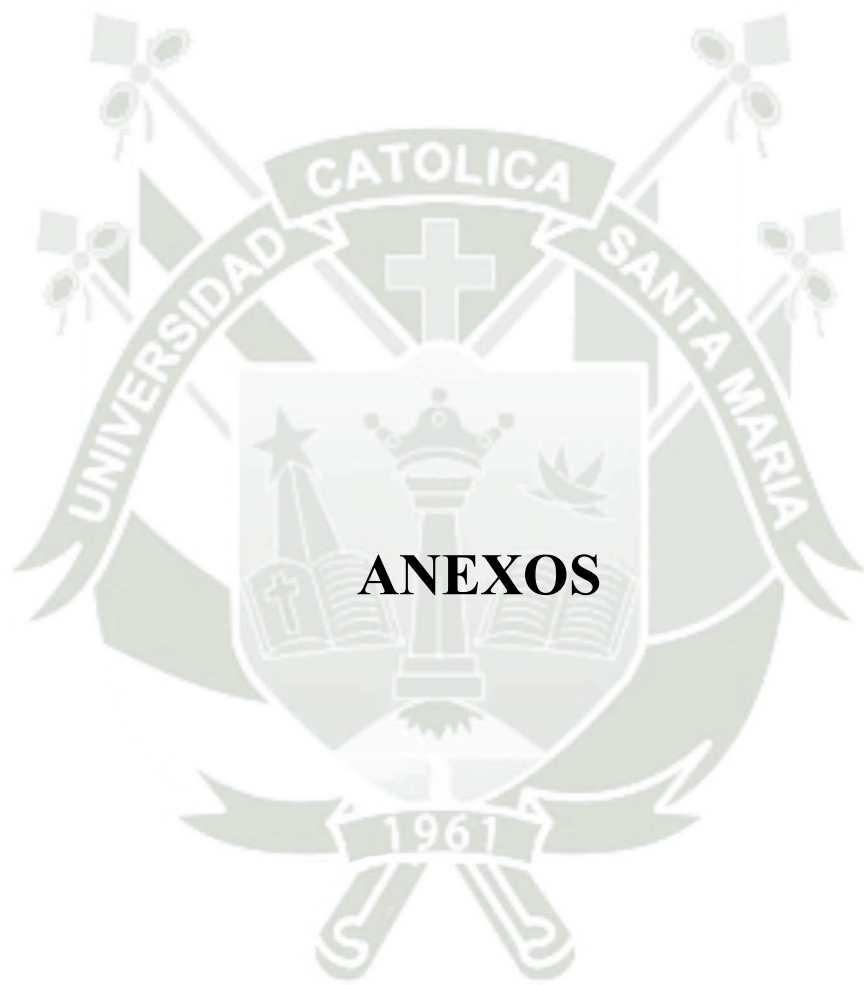
15. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders* 2018;6(7)
16. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health* 2014;55(1):49-52
17. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Curr Opin Pediatric*, 2017; 29:000-000)
18. Fairburn C. La superación de los atracones de comida. 2ªEd. Barcelona: Paidós; 1998.
19. Viguria F, Miján de la Torre A. La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutr Hosp*. 2006;21(5):557-66.)
20. Patricia Bolaños Ríos. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 27 (2018) 2992-3000
21. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, revisión del texto (DSM-5-TR), Washington, DC 2022.
22. M.D. O’Brien, B.K. Bruce, M. Camilleri. The rumination syndrome: Clinical features rather than manometric diagnosis. *Gastroenterology*, 108 (1995), pp. 1024-1029)
23. H.B. Murray, J.J. Thomas, A. Hinz, et al. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *Int J Eat Disord*, 51 (2018), pp. 994-998)
24. P. Vijayvargiya, J. Iturrino, M. Camilleri, et al. Novel association of rectal evacuation disorder and rumination syndrome: Diagnosis, co-morbidities and treatment. *United European Gastroenterol J*, 2 (2014), pp. 38-46)
25. V. Stanghellini, F.K.L. Chan, W.L. Hasler, et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150 (2016), pp. 1380-1392)
26. M. Halland. Rumination syndrome: When to suspect and how to treat. *Curr Opin Gastroenterol*, 35 (2019), pp. 387-393)
27. M. Halland, J. Pandolfino, E. Barba. Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 16 (2018), pp. 1549-1555)
28. ICF-OB: a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. *Eur J Physical Rehab Med*. 2018;54(1):119-21
29. WHO Consultation on Obesity (1999: Ginebra, Suiza); y Organización Mundial de la Salud. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

30. Lopez C. C., Treasure J., Trastornos de la conducta alimentaria en Adolescente: Descripción y Manejo. *Rev. Med. Clin. Condes* 2011; 22(1) 85 -97
31. Golden N, Katzman D, Kreipe R, et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(6):496-503.
32. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019; 109:1402-13. DOI: 10.1093/ajcn/nqy3431. Díaz Franco Juan José. Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2007 Dic [citado 2024 Feb 27] ; 53(209): 93-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000400012&lng=es.
33. King, K. A., Vidourek, R. y Schwienert, M. (2009). Disordered eating and job stress among nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 861-869.
34. Kottwitz, M. U., Grebner, S., Semmer, N. K., Tschan, F. y Elfering, A. (2014). Social stress at work and change in women's body weight. *Industrial Health*, 52(2), 163-171.
35. Johnstone, A. M., Giles, K., Maloney, N. G., Fyfe, C. L., Cooper, C., Lorenzo-Arribas, A., et al. (2015). Effect of shift work on stress and eating behavior (the NeuroFAST study). *Proceedings of the Nutrition Society*, 74, 201.
36. Silvestri C. Hábitos Alimentarios en Relación al Consumo de Alimentos protectores de la Salud en Adultos Mayores de Más de 70 Años. [Internet]. Vol. 12, Universidad Abierta Interamericana. Universidad Abierta Interamericana; 2014. Available from: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. OMS. 2018 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
38. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871-878.
39. Mintz LB, O'Halloran MS. The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess*. 2000;74(3):489-503.
40. Brausch AM, Muehlenkamp JJ. Perceived effectiveness of the DSM-IV-TR diagnostic criteria for eating disorders. *Eat Behav*. 2007;8(2):133-141.
41. Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Propuesta de un Nuevo Índice de Calidad Global de la Alimentación. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2017;44(1):33–8. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v44n1/art05.pdf>
42. Gil A, Martínez de Victoria E, Olza J. Indicadores de Evaluación de la Calidad de la Dieta. *Rev española Nutr comunitaria* [Internet]. 2015;1(21):127–43. Available from: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/NUTR_COMUN_SUPL_1-2015_Calidad_dieta.pdf

43. Iyer S, Shriram V. Prevalence of Eating Disorders and Its Associated Risk Factors in Students of a Medical College Hospital in South India. *Cureus*. 2021;13(1):e12926. doi:10.7759/cureus.12926
44. García Carpio, K. Determinar el nivel de conocimiento en el diagnóstico y manejo inicial de emergencias médicas de los internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Perú 2023, Repositorio de Tesis UCSM, 2023
45. Alfaro Torres B., Relación entre ansiedad y el desempeño laboral en internos de medicina del Hospital General Honorio Delgado Espinoza 2020, Repositorio de Tesis UCSM, 2021
46. Neira Diaz V. Calidad de sueño asociado a síndrome de agotamiento profesional (Burnt Out) en personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017, Repositorio de Tesis UCSM, 2018
47. Alcalá Revilla E. Factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017, 2018
48. Lujan Velasquez M., Hábitos Alimentarios asociados a los factores de riesgo cardiovascular según el Score Framingham en docentes de nivel inicial de la ciudad de Puno – 2018, Repositorio Institucional de la UNA, 2020
49. Medina Reyes A., Relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescente de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Enero – febrero 2017, Repositorio de Tesis UCSM, 2018
50. Banker J. D, Becker A. E, Bermudez O, Berthou K, Delvin M, Katzman D. Et al. *Academy for eating Disorders. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda edición. Reson: Academy for Eating Disorders;2012.*
51. Nolan E, Bunting L, McCartan C, Davidson G, Grant A, Schubotz D, Mulholland C, McBride O, Murphy J, Shevlin M. Prevalence of probable eating disorders and associated risk factors: An analysis of the Northern Ireland Youth Wellbeing Survey using the SCOFF. *Br J Clin Psychol*. 2023;62(1):180-195. doi:10.1111/bjc.12401.
52. Kristanto T, Chen WS, Thoo YY. Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. *Eat Behav*. 2016;22:96-100. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.03.029.
53. Alshareef, SJ, Alzahrani, A. & Farahat, FM Hábitos de estilo de vida y bienestar entre los médicos de atención primaria en el oeste de Arabia Saudita. *J Public Health (Berl.)* 27, 57–62 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0929-1>
54. Zila-Velasque JP, et al. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Rev Colomb Psiquiat*. 2022.
55. Chau Miyakawa K., Paredes Vargas J. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria inadecuado en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética de una universidad privada de Lima, 2021.

56. Medina Reyes A., Relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescente de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Enero – febrero 2017.





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días, señor (ita):

A continuación, le entregaremos un cuestionario, relacionado a los Trastornos de Conductas Alimentarias. La información que obtengamos servirá para el desarrollo de la tesis de medicina cuyo título es: ***“FACTORES ASOCIADOS RELACIONADOS CON RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2024”***.

Los datos que obtengamos de la encuesta se mantendrán en total confidencialidad y anonimato, por lo que su información estará segura, además se procederá a medir su peso y talla para hallar el IMC; al aceptar responder las preguntas nos está dando el consentimiento para uso de los datos según los objetivos de la tesis. Le agradecemos de antemano su colaboración en la participación de dicha encuesta.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: _____ Sexo: F M Peso(kg): _____ Talla (m): _____

1. Rotación Actual:

- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna
- Cirugía General

2. Universidad de Origen:

- UCSM
- UNSA
- Otra: _____

3. ¿Cuánto tiempo te demoras en llegar al hospital desde tu domicilio?

- < 30 min
- 30 – 60 min
- > 60 min

4. ¿Cuánto tiempo permaneces en el hospital en un día laboral en promedio?

5. ¿Cuántos pacientes tienes a cargo en este momento como promedio?

6. Llenar la siguiente tabla de acuerdo con sus hábitos alimenticios:

	Consumo Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca o casi nunca
Cereales y Tubérculos					
Verduras y hortalizas					
Frutas					
Productos Lácteos					
Carnes					
Pescado					
Legumbres					
Embutidos y fiambres					
Dulces					
Refrescos con azúcar					

ANEXO 3

A continuación, se presenta el siguiente test para ser llenado de acuerdo a sus conductas alimentarias, se aplica la escala desde nunca que equivale a cero veces hasta siempre que es de rutina. Marque con una (X) en el recuadro en donde corresponda:

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT – 26

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	AVECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo para de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma mas						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después de haber comido						
11. Me preocupo por estar, mas delgado (a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado (a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que los demás me presionan para comer						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que las demás me presionan para comer						

21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Me comprometo con conductas de dieta						
24. Me asusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

