

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CARACTERÍSTICAS Y RIESGOS DE ANOREXIA-BULIMIA NERVIOSA
Y SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2024-1**

AUTOR

Marcelo Aurelio, Zamata Mamani (0000-0002-5762-8478)

ASESOR

Med. Gerson Roberto Gómez Zapana (0000-0003-3493-7910)

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Tacna, 2024

DEDICATORIA

A mis padres, Aurelio e Irene, por su apoyo incondicional.
A mi pequeña Dani, por enseñarme tanto, y regalarme un propósito.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres porque todo esto es por y para ellos; sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible.

Al Dr. Gerson Gómez por su dedicación y compromiso para la realización de este proyecto.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Manuel Anselmo Zamata Mamani, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 72470220, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

"Características y riesgos de ansiedad - bulimia nerviosa y síndrome del comedor nocturno en estudiantes de medicina de la universidad privada de Tacna 2024-I"

Asesorada por Med. Jerson Gómez Zapana, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación u que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 72470220

Fecha: 17/07/24

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características y riesgos de padecer trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada De Tacna 2024-1.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal, en 384 estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna, matriculados en el semestre 2024-1. Se aplicaron los cuestionarios SCOFF y NEQ. Las características asociadas se analizaron mediante modelos lineales generalizados, utilizando razones de prevalencia crudas y ajustadas.

Resultados: El 14% de los estudiantes presenta riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa y el 32.1% riesgo de padecer síndrome del comedor nocturno. Las características que se asociaron significativamente al riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa o síndrome del comedor nocturno incluyeron bloque académico, índice de masa corporal y diagnóstico de trastorno alimenticio previo. Las mujeres tenían 3.096 veces más riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa; un IMC elevado también aumenta hasta 2.107 veces el riesgo y el presentar un trastorno alimentario previo proporciona 3.739 más riesgo de padecer estos trastornos alimenticios. Para síndrome del comedor nocturno, el ser mujer aumenta 1.516 veces el riesgo, poseer un IMC elevado aumenta 1.812 veces el riesgo y tener un trastorno alimentario previo aumenta hasta 2.494 veces el riesgo.

Conclusión: Ser mujer, presentar un IMC elevado y haber tenido un trastorno alimentario previo, aumentan el riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa y síndrome del comedor nocturno.

Palabras claves: Trastornos de conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, síndrome del comedor nocturno.

ABSTRACT

Objective: Identify the characteristics and risks of suffering from eating disorders in medical students at the Universidad Privada De Tacna 2024-1.

Material and methods: A retrospective, observational, analytical and cross-sectional study was carried out on 384 medical students from the Private University of Tacna, enrolled in the 2024-1 semester. The SCOFF and NEQ questionnaires were applied. Associated characteristics were analyzed using generalized linear models, using crude and adjusted prevalence ratios.

Results: 14% of students are at risk of suffering from anorexia-bulimia nervosa and 32.1% are at risk of suffering from night eating syndrome. Characteristics that were significantly associated with the risk of anorexia-bulimia nervosa or night eating syndrome included academic block, body mass index, and previous eating disorder diagnosis. Women had 3,096 times the risk of suffering from anorexia-bulimia nervosa; A high BMI also increases the risk up to 2,107 times and having a previous eating disorder provides a 3,739 times greater risk of suffering from these eating disorders. For night eating syndrome, being a woman increases the risk 1,516 times, having a high BMI increases the risk 1,812 times, and having a previous eating disorder increases the risk up to 2,494 times.

Conclusion: Being a woman, having a high BMI and having had a previous eating disorder increase the risk of suffering from anorexia-bulimia nervosa and night eating syndrome.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, night eating syndrome.

INDICE

INDICE.....	7
INDICE DE TABLAS.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I.....	13
EL PROBLEMA.....	13
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	18
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	18
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	23
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	24
2.1 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS	25
2.1.1 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	25
2.1.2 ANOREXIA NERVIOSA	29
2.1.3 BULIMIA NERVIOSA.....	33
2.1.4 SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO	36

2.1.5 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	39
CAPÍTULO III	42
3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
CAPITULO IV	46
METODOLOGÍA.....	46
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	46
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	46
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
CAPITULO V.....	50
PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	50
5.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	50
5.2 ASPECTOS ÉTICOS	50
5.3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	50
CAPÍTULO VI	52
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	52
CAPÍTULO VII.....	59
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	79

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79
ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	80
ANEXO 3: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA.....	84
ANEXO 4: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PLAN DE TESIS.....	85

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 . Comparación de clasificación de trastornos de conducta alimentaria Según DSM V y CIE-11.....	25
TABLA 2 . Características clave de los diagnósticos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.....	26
TABLA 3 . Factores de riesgo para síndrome del comedor nocturno	36
TABLA I . Características epidemiológicas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1.....	44
TABLA II . Frecuencia del riesgo de padecer anorexia o bulimia nerviosa o síndrome del comedor nocturno en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1.....	50
TABLA III . Características epidemiológicas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1 con cribado positivo para anorexia o bulimia nerviosa según cuestionario SCOFF	52
TABLA IV . Características epidemiológicas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1 con cribado positivo para síndrome del comedor nocturno según cuestionario NEQ	53
TABLA V . Características asociadas al riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de medicina la Universidad Privada de Tacna 2024-I	55
TABLA VI . Características asociadas a presentar síntomas relacionados al síndrome del comedor nocturno en estudiantes de medicina la Universidad Privada de Tacna 2024-I....	56

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios, son problemas de salud que han sido objeto de observación desde el siglo XVII, pese a ello, su reconocimiento como patologías de prevalencia importante alcanzó su apogeo hacia el cierre del siglo XX. (1) Durante el transcurso de la última década, se ha observado un incremento progresivo en la prevalencia de estos trastornos, fenómeno que se ha visto agravado significativamente tras la aparición de la pandemia por COVID-19, (2) sumado a ello, aproximadamente un tercio de los individuos afectados por estas patologías no ha recibido intervención terapéutica alguna (3). Además, es importante destacar que estos trastornos suelen manifestarse en la adolescencia o la adultez temprana y pueden perdurar durante décadas, generando así considerables cargas a lo largo del curso de vida y deterioros psicosociales asociados. (4)

En el contexto nacional, la situación no difiere. Aunque no se dispone de estadísticas recientes emitidas por el Ministerio de Salud, EsSalud ha reportado un aumento sustancial en la incidencia de trastornos alimentarios tratados en sus consultas externas desde el inicio de la pandemia. Asimismo, se ha observado una tendencia hacia el inicio más temprano de estas patologías. (5)

El cuidado de la salud mental está ganando una relevancia creciente en el escenario actual, especialmente en respuesta a la emergencia de una nueva ola de enfermedades que la afectan. Este enfoque se ha globalizado tanto que incluso el personal de salud se ve alcanzado por esta necesidad de atención y cuidado, lamentablemente aún existe un vacío de información respecto a estadísticas aplicadas en esta población. (6) Resulta imperativo de tal modo el poder describir la epidemiología de estas enfermedades para establecer estrategias conjuntas para un precoz diagnóstico y tratamiento, con especial mención en este grupo de personas.

Dado el inicio habitual de los trastornos alimentarios durante la adolescencia y la juventud temprana, varios investigadores han emprendido estudios con el propósito de implementar un cribado temprano de estas patologías en futuros profesionales de la salud. Han evaluado

la prevalencia de estos trastornos entre estudiantes de medicina de pregrado, identificando un promedio del 10.4%. Es dentro de estos trastornos que incluimos como más frecuentemente observados a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el síndrome del comedor nocturno. (7–10)

Los estudiantes universitarios que se especializan en el campo de la salud conforman un colectivo con mayor susceptibilidad al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y otras afecciones mentales. Esta predisposición se suele atribuir a la exposición crónica a niveles elevados de estrés, la privación de sueño y la adopción de patrones alimentarios irregulares. (11–13) Pese a que se han descrito algunos factores que suponen mayor riesgo a desarrollar estas patologías como el sexo femenino o el sobrepeso, no contamos con información actualizada en nuestro medio. (14)

Es por ello que, en el contexto de la formación de futuros profesionales de la medicina, se vuelve fundamental realizar una evaluación exhaustiva de los factores que están intrínsecamente ligados al riesgo de contraer estas enfermedades. Esta reflexión adquiere una relevancia aún mayor dada nuestra responsabilidad futura en la promoción y preservación de la salud de nuestros pacientes. Es un llamado a la conciencia sobre la importancia de comprender y abordar de manera proactiva los elementos que pueden influir en la predisposición a estas afecciones, no solo como estudiantes, sino también como futuros médicos comprometidos con el bienestar de la sociedad que serviremos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos alimentarios comprenden un espectro que va desde la restricción extrema de la ingesta, característica de la anorexia nerviosa, hasta una variedad de patrones alimentarios desregulados, como la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el síndrome del comedor nocturno, este último asociado con la ingestión de alimentos durante períodos de ayuno fisiológico. (15)

Los trastornos tradicionalmente designados como "típicos", como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, han sido objeto de un estudio y descripción más exhaustivos a lo largo de los años. Sin embargo, aquellos catalogados como "atípicos" por la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), como el síndrome del comedor nocturno, aún no han sido completamente explorados en su totalidad. (16)

Estas patologías suelen comenzar en la adolescencia, estableciéndose a lo largo de la vida y suponiendo consecuencias no solo psicológicas sino también médicas propiamente dichas. (17) Se ha descrito que afectan predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes, especialmente a mujeres. Sin embargo, es importante destacar que estos trastornos no discriminan por género, edad, etnia o estatus socioeconómico, y pueden afectar a personas de cualquier grupo demográfico. (18–20)

En particular, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienden a tener una mayor prevalencia en mujeres jóvenes, con una edad de inicio típica durante la adolescencia o el inicio de la adultez joven. Se estima que hasta el 90% de las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa son mujeres, aunque los hombres también pueden verse afectados. (21,22)

Por otro lado, el síndrome del comedor nocturno tiende a afectar a personas de todas las edades, aunque la mayoría de los casos se observan en adultos. Se ha observado que este trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres por igual, aunque las investigaciones sugieren que las mujeres pueden tener una mayor propensión a buscar tratamiento para este trastorno. (23,24)

Además de la edad y el género, ciertos factores de riesgo pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a desarrollar trastornos alimenticios. Estos pueden incluir presiones socioculturales para alcanzar ciertos estándares de belleza, antecedentes familiares de trastornos alimenticios, experiencias traumáticas, perfeccionismo, baja autoestima y trastornos psiquiátricos coexistentes, como la depresión o la ansiedad. (25,26)

La salud mental de los estudiantes de medicina emerge como una preocupación sustancial en el ámbito académico y clínico, dada la complejidad y exigencia inherente a su formación profesional. (27) Es así que la inquietud sobre la posible prevalencia de trastornos alimenticios entre los estudiantes de medicina ha ido en aumento, motivada por las presiones tanto académicas como sociales que enfrentan durante la carrera. (28)

La literatura científica existente ha resaltado la exposición de los estudiantes de medicina a factores estresantes significativos, tales como una carga académica intensa, horarios irregulares, y expectativas elevadas tanto en el ámbito académico como profesional. Estos factores estresantes pueden actuar como desencadenantes o agravantes en el desarrollo de trastornos alimenticios, así como en el agravamiento de los síntomas en aquellos estudiantes que ya presentan estas condiciones. Sin embargo, se observa una laguna en la investigación respecto a la prevalencia específica y los factores de riesgo asociados con los trastornos alimenticios entre la población estudiantil de medicina. (29–31)

Por lo tanto, resulta esencial llevar a cabo investigaciones que aborden tanto la prevalencia como los factores de riesgo subyacentes de los trastornos alimenticios entre los estudiantes de medicina. Este tipo de estudio no solo permitirá comprender la magnitud del problema, sino que también facilitará el desarrollo de intervenciones preventivas y de apoyo dirigidas específicamente a este grupo de individuos en situación de vulnerabilidad. Debido a ello el presente estudio tuvo como objetivo identificar las características y riesgos de anorexia-bulimia nerviosa y síndrome del comedor nocturno en estudiantes de medicina de la Universidad Privada De Tacna 2024-1.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características y riesgos de padecer trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada De Tacna 2024-1?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características y riesgos de padecer trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada De Tacna 2024-1.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna
- Estimar el riesgo de anorexia-bulimia nerviosa en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna
- Estimar el riesgo de síndrome del comedor nocturno en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el síndrome del comedor nocturno representan desafíos complejos que requieren una atención especializada y un enfoque multidisciplinario para su prevención, diagnóstico y tratamiento efectivos. (32) Es fundamental aumentar la conciencia pública, reducir el estigma y promover la detección temprana y la intervención oportuna para mitigar el impacto devastador de estos trastornos en la salud y el bienestar de las personas afectadas.

Los estudiantes de medicina constituyen un grupo poblacional particularmente vulnerable debido a las múltiples presiones académicas y sociales a las que están expuestos durante su formación profesional. (33) La comprensión de los factores de riesgo específicos y la prevalencia de los trastornos de salud mental en este grupo demográfico es esencial para implementar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas que promuevan un ambiente de aprendizaje saludable y reduzcan el riesgo de problemas de salud mental a largo plazo.

Además, la salud mental de los estudiantes de medicina tiene implicaciones directas en la calidad de la atención médica que eventualmente brindarán a sus pacientes. Los trastornos de salud mental no tratados pueden afectar negativamente la capacidad de los estudiantes para concentrarse, tomar decisiones clínicas adecuadas y mantener relaciones terapéuticas efectivas con los pacientes. (34–36) Por lo tanto, abordar los problemas de salud mental en estudiantes de medicina es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes atendidos por estos futuros profesionales de la salud.

El Instituto Nacional de Salud (INS) identifica la salud mental como una prioridad de investigación elevada, del mismo modo la presente tesis se alinea con las líneas de investigación en salud mental establecidas por la Escuela Profesional de Medicina Humana de nuestra universidad. Asimismo, la investigación en este ámbito puede contribuir al desarrollo de políticas y programas institucionales que promuevan la salud mental y el bienestar en el entorno educativo y clínico de la facultad de

medicina. Estos programas pueden incluir capacitación en habilidades de afrontamiento y resiliencia, servicios de apoyo psicológico y acceso a recursos de salud mental para estudiantes en riesgo o afectados por trastornos de salud mental. Es así como, la investigación sobre la salud mental en estudiantes de medicina es esencial para abordar las necesidades específicas de este grupo poblacional, mejorar la calidad de la atención médica proporcionada y promover un ambiente de aprendizaje saludable y sostenible en las instituciones educativas de medicina.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Anorexia Nerviosa: Trastorno alimentario caracterizado por la aversión o pérdida de apetito, junto con el miedo excesivo al aumento de peso, distorsiones en la percepción de la imagen corporal, una disminución significativa del peso corporal, la persistente negativa a mantener un peso mínimo adecuado y la amenorrea en mujeres. (37)
- Bulimia Nerviosa: Trastorno alimentario específico que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta descontrolada de alimentos (atracones), seguidos de acciones inapropiadas para contrarrestar el aumento de peso. Estas medidas de purga pueden implicar el vómito autoinducido, el uso de laxantes o diuréticos, la práctica excesiva de ejercicio físico y el ayuno. (38)
- Síndrome del comedor nocturno: Retraso circadiano en la ingesta de alimentos, evidenciado por hiperfagia nocturna (al menos el 25% de la ingesta diaria de alimentos se ingiere después de la cena) y/o despertares nocturnos con la ingesta de alimentos al menos dos veces por semana. (39)
- Trastornos de conducta alimentaria: Conjunto de patologías que se caracterizan por alteraciones fisiológicas y psicológicas que afectan el apetito y el consumo de alimentos. (40)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ghamri et al (31) en su artículo “Prevalencia y predictores de los trastornos alimentarios: una encuesta transversal de estudiantes de medicina de la Universidad Rey Abdul-Aziz, Jeddah realizado en Arabia Saudita durante el año 2021”, realizaron un estudio analítico transversal con el objetivo de examinar la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria y sus factores de riesgo asociados entre los estudiantes de medicina de la Universidad Rey Abdul-Aziz. Hallaron que, de 417 estudiantes examinados, se observó una prevalencia de trastornos alimentarios del 32,1%. La edad promedio de los participantes fue de 21,65. Los análisis revelaron que las estudiantes de medicina y aquellos en la etapa preclínica mostraron una probabilidad significativamente mayor de presentar un alto riesgo según la escala EAT-26. Además, se identificó una relación significativa entre el sobrepeso y la obesidad en aquellos estudiantes con un riesgo elevado. Los modelos de regresión logística multivariada indicaron que los predictores más comunes de trastornos alimentarios entre los estudiantes de medicina fueron el sexo femenino y la presencia de sobrepeso u obesidad.

Bizri et al (41) publicaron un artículo titulado “Prevalencia de trastornos alimentarios entre estudiantes de medicina en una facultad de medicina libanesa: un estudio transversal”. En el año 2017, se llevó a cabo dicho estudio descriptivo transversal en el Líbano con el propósito de evaluar la prevalencia y los posibles factores asociados a los trastornos alimentarios entre estudiantes de medicina de la Universidad Americana de Beirut (AUB). Para ello, se implementó una encuesta electrónica anónima que incluyó los cuestionarios SCOFF y EAT-26. Un total de 131 participantes completaron el cuestionario EAT-26, mientras que 124 completaron el cuestionario SCOFF. Los resultados indicaron que alrededor del 17% de los

encuestados fueron diagnosticados con algún trastorno de salud mental, y el 69% experimentaron factores estresantes activos. Solo el 6% de los participantes recibía seguimiento por parte de un profesional de la salud mental, y el 3% estaba bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico. Todos aquellos identificados como de alto riesgo según los cuestionarios EAT-26 y SCOFF reportaron haber experimentado factores estresantes, y el 41% y el 42% respectivamente, habían recibido un diagnóstico de salud mental. Sin embargo, solo el 18% y el 8% (respectivamente) tenían acceso a un proveedor de salud mental, y ninguno recibía tratamiento farmacológico. Se observó que las estudiantes de medicina tenían significativamente más probabilidades de ser identificadas como de alto riesgo tanto en el cuestionario EAT-26 como en el SCOFF. Además, se encontró una asociación significativa entre la presencia de factores estresantes y un alto riesgo de trastornos alimentarios tanto en el cuestionario EAT-26 como en el SCOFF.

Samudra et al (42), en su artículo original “Asociación del trauma psicológico infantil con los trastornos alimentarios en estudiantes de medicina” realizado en el año 2021 en India, realizaron un estudio analítico transversal con el objetivo de estudiar la asociación del trauma psicológico infantil con los trastornos alimentarios (TCA) y evaluar y comparar la relación con la comida, las preocupaciones sobre el aumento de peso y las prácticas restrictivas o compensatorias en estudiantes de medicina masculinos y femeninos. Se halló que existe una mayor prevalencia de trastornos de conducta alimentaria y de relación con la comida, preocupación por el aumento de peso y prácticas compensatorias en mujeres más que en hombres, sin mayor variación en su Índice de masa corporal. Hubo una correlación positiva entre la presencia de trauma psicológico infantil en forma de abuso o negligencia emocional o física con el desarrollo de trastornos alimentarios en la edad adulta en estudiantes de medicina. Los estudiantes de medicina con antecedentes de trauma psicológico infantil también mostraron hostilidad dirigida asociado con trastornos de hábitos alimentarios.

Iyer et al (43) en su estudio “Prevalencia de trastornos alimentarios y sus factores de riesgo asociados en estudiantes de un hospital universitario de medicina en el sur de

la India” realizado durante el 2019 en Chennai, llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de estimar la prevalencia de los trastornos alimentarios y sus factores de riesgo asociados, como el estrés, el índice de masa corporal (IMC), las preocupaciones sobre la forma del cuerpo y otros factores entre estudiantes de diversas disciplinas en un hospital universitario de medicina. Participaron 332 estudiantes en el estudio. Aunque el término "trastornos de la alimentación" era reconocido por el 62% de la población, muchos desconocían su definición precisa, los síntomas asociados y no habían tenido experiencia previa con personas afectadas por estos trastornos. Los resultados obtenidos a través de la prueba EAT26 indicaron que 43 de los participantes (13%) mostraron una puntuación igual o superior a 20, lo que sugiere un alto riesgo de padecer un trastorno alimentario. Los investigadores concluyeron que existe una alta prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios entre los estudiantes de medicina y paramédicos, aunque la conciencia sobre este tema es limitada. Se observó una fuerte asociación entre el estrés elevado, las preocupaciones sobre la imagen corporal y los síntomas de comportamiento con los trastornos alimentarios. Sugirieron que la implementación de exámenes de rutina, con acceso a servicios de referencia en cada institución, podría tener un impacto significativo en la prevención de estas enfermedades psiquiátricas graves.

Kozybska et al(44), publicaron un artículo original titulado “Uso problemático de Internet, conductas saludables, depresión y trastornos alimentarios: un estudio transversal entre estudiantes de medicina polacos”, el cual se realizó en 2018 en Polonia. Fue un estudio transversal con el objetivo de comprobar si el Uso Problemático de Internet está asociado con riesgos para la salud, tales como: conductas anti-salud, síntomas depresivos, peso corporal anormal o trastornos alimentarios. Se registraron puntuaciones más elevadas de uso problemático de Internet entre subgrupos específicos, incluyendo individuos masculinos, estudiantes de tiempo completo, usuarios que predominantemente acceden a Internet a través de computadoras en lugar de dispositivos móviles, y aquellos cuyo propósito principal de uso de Internet es el entretenimiento en comparación con otros propósitos. Dentro de la muestra, el 47.6% informó comportamientos indicativos de mala salud, mientras

que el 27.1% cumplió con los criterios para un episodio depresivo y el 6.9% para un trastorno alimentario. Se detectó un riesgo sustancial de uso problemático de Internet en el 2.8% de la muestra, particularmente entre aquellos con mayor disponibilidad de tiempo libre, menor adopción de prácticas de autocuidado, presentación de síntomas depresivos más graves, y puntuaciones más altas en la Prueba de Actitudes Alimentarias.

Aveiro et al (45), en su artículo “Probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria (TCA) en profesionales de la salud”, realizaron un estudio observacional, transversal en Paraguay con el objetivo de poder determinar el riesgo que tenían los profesionales de la salud de padecer estos trastornos. Utilizaron los cuestionarios SCOFF y EAT-26 en los 124 profesionales. La mayoría de los encuestados fueron mujeres solteras, egresadas de una universidad privada. Siendo la mayoría de ellos profesionales de nutrición, seguidos de profesionales de enfermería y medicina. Hallaron que los síntomas más prevalentes estaban en relación con la preocupación por la comida antes y después de comer, e incluso un 12.1% detalló que sentía que los alimentos controlaban su vida. Los autores detallan que el escenario resulta particularmente preocupante, ya que se encontraban ante individuos que poseían un alto nivel de capacitación y que, en circunstancias normales, no se incluirían en los grupos de riesgo típicos para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Este hecho es alarmante porque, a pesar de no pertenecer a las categorías usualmente identificadas como vulnerables, se descubrió que un porcentaje significativo de estas personas presentaba un riesgo elevado de padecer estas enfermedades. La situación subraya la necesidad de reconsiderar y ampliar los criterios de identificación de riesgo para los TCA, dado que existen factores no contemplados que pueden influir en la aparición de estos trastornos en individuos que, a primera vista, parecerían estar fuera de peligro. Este hallazgo sugiere una urgencia en la revisión de los enfoques preventivos y de diagnóstico para incluir a poblaciones que tradicionalmente no se consideraban en riesgo, asegurando así una atención más inclusiva y efectiva.

Azzouzi et al (46), publicaron un artículo titulado “Trastornos alimentarios entre estudiantes de medicina marroquíes: cognición y comportamiento” el cual se realizó en Marruecos, fue un estudio analítico transversal en el que se recogieron datos sociodemográficos, económicos y clínicos. Se administraron cuestionarios validados, como el cuestionario SCOFF (Sick, Control, One Stone, Fat, Food) y el Eating Disorder Inventory 2 (EDI2) para lograr evaluar los trastornos alimentarios entre estudiantes de medicina con un enfoque en la cognición y el comportamiento relacionados, así como los determinantes asociados. Encontraron que aproximadamente el 32,8% de los estudiantes exhibieron comportamientos y prácticas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), siendo más prevalentes entre las mujeres con un 37,6%, mientras que entre los hombres fue del 23,7%. La proporción fue más alta en mujeres. Dentro de estos comportamientos, el 18,5% de los estudiantes mostraron conductas de control de peso, incluyendo el 6,5% que estaban siguiendo una dieta, el 7% que practicaba ayunos, el 3% que utilizaba supresores del apetito, y el 1,7% que recurría a vómitos inducidos, así como el uso de laxantes y diuréticos, aunque en menor medida. Observaron una asociación significativa entre valores elevados de índice de masa corporal y la adopción de dieta, ayuno y uso de supresores del apetito. Concluyeron que aproximadamente un tercio de los estudiantes de medicina presentaban riesgo de desarrollar TCA, con una notable adopción de conductas dañinas para controlar el peso. Además, ellos identificaron dimensiones como la bulimia, el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y la ineficacia, que son componentes centrales de los TCA, presentes en los futuros profesionales. Sin embargo, ellos señalaron la necesidad de más investigación en este campo, especialmente en poblaciones marroquíes. Un mayor entendimiento de estas características en poblaciones no clínicas podría facilitar el desarrollo de programas de prevención, detección y tratamiento con un alto nivel de especificidad y eficacia.

Hanef et al (47), en su artículo original “Prevalencia y asociaciones del síndrome del comedor nocturno entre estudiantes de medicina en Arabia Saudita” detallaron su estudio transversal realizado el 2022 en Arabia Saudita el cual tuvo como objetivo

investigar la prevalencia del síndrome del comedor nocturno y la depresión, junto con sus factores asociados, entre los estudiantes de medicina saudíes. Se examinaron 300 estudiantes de medicina con una edad media de 21,4 años y una distribución equilibrada entre los diferentes años académicos. La depresión, identificada por puntuaciones superiores a 3 en el PHQ-2, fue común en 159 estudiantes (53,0%). Además, se encontró una asociación entre ser estudiante de medicina de segundo año y la presencia de condiciones depresivas. Un 7,3% de los estudiantes presentaron puntuaciones que indicaban síndrome del comedor nocturno, y el único factor independiente asociado fue la presencia de depresión. Se subrayó la importancia de abordar los problemas de salud mental en los estudiantes de medicina, especialmente durante las etapas iniciales de su formación.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Carpio Oviedo y Arteaga Quijada (48) en su tesis “Estrés académico asociado a probable trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de externado de la Universidad Científica del Sur en 2022-I”, estudiaron a 193 estudiantes de medicina que se encontraron cursando el externado médico durante el año 2022, el cual se corresponde en esta universidad al 6to año de la carrera profesional. Realizaron un estudio transversal utilizando el cuestionario Eating Attitudes Test-26 para riesgo de trastornos alimenticios y el Inventario SISCO para estrés académico, y buscaron realizar una asociación entre el estrés académico y la probabilidad de padecer un trastorno alimentario durante ese año académico. La muestra del estudio estuvo compuesta principalmente por mujeres de 21 años, de las cuales un 43% había desaprobado al menos una materia en algún momento durante su carrera universitaria, lo que refleja dificultades académicas y emocionales que contribuyen al estrés general. Los investigadores encontraron que estos estudiantes experimentaban niveles de estrés académico moderado a severo, lo que puede impactar significativamente su salud mental y bienestar. Este análisis reveló una asociación significativa entre este grupo de estudiantes y la probabilidad de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), sugiriendo que el estrés académico elevado es un factor de riesgo importante para el desarrollo de TCA. Los autores detallan que estos hallazgos

subrayan la necesidad de abordar el bienestar emocional y psicológico de los estudiantes universitarios mediante la implementación de estrategias de apoyo que mitiguen el estrés académico y promuevan un entorno educativo más saludable y equilibrado. La conexión entre el fracaso académico y el aumento del estrés, y su relación con la aparición de TCA, indica que las universidades deben desarrollar programas de intervención y apoyo psicológico centrados tanto en el rendimiento académico como en la salud mental, con el objetivo de prevenir trastornos alimentarios y otros problemas relacionados con el estrés.

Zila-Velasque et al (49), en su publicación “Prevalencia y factores asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes peruanos de medicina humana en el contexto de la pandemia COVID-19: un estudio multicéntrico”, detallaron el estudio que realizaron durante el año 2021 en 22 universidades del Perú. Realizaron un estudio transversal para identificar la prevalencia y los factores que se asocian a los trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de Medicina. La prevalencia hallada fue de 12.5%, considerando que se incluyeron un total de 1224 participantes. Algunos de los factores que se asociaron fueron la percepción regular o mala de la salud, la presencia de un miembro del entorno familiar con trastorno alimentario y una satisfacción auto percibida como baja de la comunicación familiar. Asimismo, también se asoció el sexo, año académico, las dietas y la preocupación por la imagen corporal. Como conclusión, evidenciaron que durante la pandemia por COVID-19, uno a dos de cada 10 estudiantes de medicina tendría un diagnóstico probable de trastorno de conducta alimentaria.

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Tras la búsqueda bibliográfica no se encontraron artículos originales.

Montesinos Sagredo (50) en su tesis titulada “Asociación entre riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada De Tacna en el semestre 2023 – I” describe su estudio retrospectivo transversal en el que se estudiaron 329 estudiantes. Halló que el 15.8%

de los estudiantes presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria, asimismo el 6.7% poseía una depresión grave, el 21.9% depresión moderada y el 32.8% depresión leve. Los estudiantes masculinos mostraron una prevalencia del 38,2% de mínima depresión y del 31,8% de depresión leve, mientras que el 22,3% experimentó depresión moderada y el 7,6% depresión grave. Por otro lado, las mujeres tuvieron una prevalencia del 39,0% de mínima depresión, del 33,7% de depresión leve, del 21,5% de depresión moderada y del 5,8% de depresión grave. En cuanto a los grupos de edad, aquellos de 23 a 24 años mostraron el mayor porcentaje de depresión grave, Respecto al lugar de nacimiento, los nacidos en la costa tuvieron una prevalencia del 39,2% de mínima depresión, del 34,2% de depresión leve, del 21,9% de depresión moderada y del 4,7% de depresión grave. En relación al año de estudios, los alumnos en sexto año presentaron la mayor frecuencia de depresión grave con un 14,6%, seguidos por los de tercer año con un 8,6%. Además, el 50,0% de los alumnos en sexto año experimentaron mínima depresión, siendo los más comunes en esta categoría, seguidos por los estudiantes de segundo año con un 44,2%.

2.1 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.1.1 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Un trastorno se caracteriza por una combinación de síntomas, comportamientos de riesgo y signos que pueden aparecer en diversas entidades clínicas y con variados niveles de gravedad. No se circunscribe a un único síntoma ni se limita a una entidad específica claramente definida. Los trastornos alimentarios surgen cuando existe un déficit calórico que no satisface las necesidades metabólicas del individuo, considerando factores como su edad, estatura y nivel de actividad física. Los TCA, problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes, abarcan diversas condiciones como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, todas ellas marcadas por distorsiones en los patrones de ingesta de alimentos. (51)

Existe una presión cultural considerable, especialmente sobre las mujeres, en relación con los estándares de belleza basados en la delgadez, lo que puede influir en las

actitudes hacia la alimentación y el peso corporal. (52) La percepción alterada de la imagen corporal se considera un síntoma precoz de los TCA y otros trastornos alimentarios, lo que subraya la importancia de abordar este aspecto en la prevención y tratamiento de estas condiciones. (53)

Se ha observado que las mujeres tienden a exhibir comportamientos de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que están más influenciados por preocupaciones estéticas relacionadas con la percepción de su cuerpo. En cambio, en los hombres, estos comportamientos parecen estar más asociados con problemas emocionales, como sentirse ineficaces, preocupaciones sobre el envejecimiento y una falta de confianza en sí mismos. Además, se ha encontrado que las mujeres muestran una mayor prevalencia de estos comportamientos de riesgo alimentario en comparación con los hombres. (54)

2.1.1.1 CLASIFICACIÓN

En la última década, ha habido un rápido avance en la conceptualización de los trastornos alimentarios, lo que ha llevado a la inclusión del trastorno por atracón y el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos cuatro trastornos ahora se reconocen como entidades bien definidas y se han reagrupado bajo el término de trastornos de la alimentación (Feeding and eating disorders, en inglés: FEDs) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, publicado en 2013, y en la 11.^a revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados de la Organización Mundial de la Salud (CIE 11), publicada en 2019. La comparación de ambas clasificaciones se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de clasificación de trastornos de conducta alimentaria Según DSM V y CIE-11

Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos según DSM-V	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación (55)
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Nerviosa • Bulimia Nerviosa • Trastorno por atracón • Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado (antes TANE): <ul style="list-style-type: none"> ○ Anorexia nerviosa atípica ○ Bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada ○ Trastorno por purgas ○ síndrome de ingesta nocturna de alimentos • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos • Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • 6B80 Anorexia nerviosa • 6B81 Bulimia nerviosa • 6B82 Trastorno por atracón • 6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria • 6B84 Síndrome de pica • 6B85 Trastorno por rumiación o regurgitación • 6B8Y Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario • 6B8Z Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación

Las características diagnósticas clave comunes de estos principales trastornos se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Características clave de los diagnósticos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastorno por atracón	Trastorno evitativo / restrictivo de la ingestión de alimentos
Alimentación	Restricción severa	Es común omitir comidas irregulares y con restricción.	Restricción irregular pero no extrema	Restricción severa de todos o algunos alimentos seleccionados.
Peso	Bajo peso	Normal o por encima de lo normal	Normal o por encima de lo normal	Bajo peso y/o con deficiencia nutricional
Imagen corporal	Sobrevaloración con o sin “miedo a engordar”	Sobrevaloración	Sobrevaloración, pero no obligatoriamente	Sin sobrevaloración
Atracones	Pueden estar presentes	Regular y con compensación	Regular sin compensación	Sin reportes

Comportamiento(s) de control de peso de purga, ayuno, ejercicio impulsado	Uno o más están presentes	Comportamientos regulares como compensatorios	Irregular	Ninguno
--	---------------------------------	---	-----------	---------

Basado en Hay. (15)

2.1.2 ANOREXIA NERVIOSA

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la anorexia nerviosa (AN) se define como un trastorno en el que los pacientes pesan menos de lo mínimamente normal (adultos) y menos de lo mínimamente esperado (niños y adolescentes.) en el contexto de la edad, el desarrollo sexual y la salud física, y muestran un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso. La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción significativa en la ingesta calórica y un exceso en la actividad física, generalmente iniciándose en la adolescencia temprana. Los individuos afectados experimentan una alteración en la percepción de su cuerpo, un temor al aumento de peso y dificultades para reconocerse como afectados por la enfermedad (anosognosia) y para describir sus propias emociones (alexitimia). Estos comportamientos están acompañados de conductas obsesivas que pueden conducir a diversas complicaciones orgánicas, como la desnutrición y los desequilibrios hidroelectrolíticos. (56)

2.1.2.1 CLASIFICACIÓN

Tanto el CIE-10 como el DSM-V emplean el índice de masa corporal (IMC) bajo como criterio diagnóstico para la anorexia nerviosa. Además, el DSM-5 utiliza este indicador para clasificar la gravedad del trastorno.

Por otro lado, la anorexia se divide en dos tipos: restrictivo, que implica una reducción significativa en la ingesta de lípidos y carbohidratos, y compulsivo purgativo, en el cual el individuo restringe la ingesta de alimentos durante

períodos prolongados, seguidos de episodios de atracón y, finalmente, utiliza purgas para compensar, generando un ciclo repetitivo

2.1.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios establecidos en el DSM -V para anorexia nerviosa incluyen lo descrito en la Figura 1.

Figura 1. Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa según DSM -V
<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la ingesta de energía en relación con los requerimientos, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física del paciente. Un peso significativamente bajo se define como un peso que es menor que el peso normal mínimo o, en niños y adolescentes, menor que el peso mínimo esperado. • Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, a pesar de que el paciente tiene un peso significativamente bajo. • Trastorno en la forma en que experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida del peso corporal o la forma en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la severidad del bajo peso corporal actual.
Designación de subtipo
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, el paciente no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se logra principalmente a través de dieta, ayuno, ejercicio excesivo o todos estos métodos. • Tipo de atracones y purgas: durante los últimos 3 meses, el paciente tiene involucrados episodios recurrentes de atracones o conductas de purga (es decir, vómitos autoinducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).
Severidad actual
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso corporal levemente severo definido como un IMC de ≥ 17. † • Bajo peso corporal moderadamente severo definido como un IMC de 16-16,99. • Bajo peso corporal severo definido como un IMC de 15-15,99. • Bajo peso corporal extremadamente severo definido como un IMC < 15

*Basado en la Quinta Edición del Diagnostic and Statistical Manual

A continuación, se presenta una figura comparativa entre los criterios diagnósticos establecidos según DSM-V y según CIE 11: (57)

Figura 2. Comparación de criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa		
Criterios	CIE-10 y CIE-11	DSM-5
Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (por ejemplo, índice de masa corporal inferior a 17,5, o peso por debajo del 85 % de lo esperado)	X	X
Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal	-	X
Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal	X	X
La pérdida de peso está originada por el propio paciente, ya sea evitando alimentos que engordan, con conductas purgativas, o con ejercicio excesivo	X	-
Trastorno endocrino que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos)	X	X

CIE-10: décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades; CIE-11: undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM-5: quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual.

2.1.2.3 ETIOLOGÍA

Este trastorno de la conducta alimentaria tiene un origen multifactorial en el que intervienen factores genéticos, ambientales, culturales y sociales. La anorexia es más común en las sociedades occidentales y ha experimentado un aumento significativo en las últimas décadas. Entre los factores que contribuyen a la etiología de la anorexia se encuentran diferentes tipos de personalidad, como el perfeccionismo, el narcisismo y los rasgos obsesivos-compulsivos. Se estima que el componente genético tiene una influencia del 59%, con un polimorfismo identificado en el gen que codifica el factor neurotrófico derivado del cerebro. Este factor desempeña un papel importante

en la plasticidad cerebral, la regulación y el desarrollo neuronal, lo que puede explicar la dificultad en el tratamiento de esta enfermedad. (58)

2.1.2.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de la anorexia nerviosa se basa predominantemente en criterios clínicos, lo que implica un conocimiento detallado de sus características específicas. Por lo general, se requiere la presencia de la tríada sintomática conocida como "las 3 A": amenorrea, anorexia y adelgazamiento, durante un periodo de 3 a 6 meses tras haber iniciado un régimen de pérdida de peso.

A menudo, se identifica algún factor desencadenante de los síntomas, como duelo, ruptura sentimental, cambio de residencia, separación familiar o conflicto emocional. (59)

En cuanto a la amenorrea, se distingue entre primaria, si la paciente nunca ha menstruado, y secundaria, si ocurre después de tres ciclos menstruales, ya sean regulares o irregulares. Anteriormente, se consideraba que la amenorrea era un hallazgo constante y esencial para el diagnóstico; sin embargo, actualmente su presencia no es indispensable para establecerlo, dado que puede no estar presente debido a factores como el uso de anticonceptivos o la manifestación de anorexia en hombres. La amenorrea tiene raíces etiológicas tanto psicológicas como relacionadas con la pérdida de peso, la hiperactividad física y la desnutrición. Es relevante subrayar que la amenorrea puede persistir incluso después de que la paciente haya recuperado peso, siendo el último síntoma en desaparecer. (60)

La anorexia nerviosa se manifiesta típicamente como el primer síntoma, caracterizado por una restricción alimentaria activa que no está vinculada con una disminución del apetito. Esta conducta se presenta como un régimen alimentario voluntario, cada vez más restrictivo, que puede llegar a la afagia. Dada su naturaleza, resulta complicado identificar este síntoma ya que los pacientes generalmente no lo expresan. Inicialmente, el individuo lucha contra

la sensación de hambre, pero con el tiempo esta sensación disminuye gradualmente hasta desaparecer, siendo reemplazada por una notable intolerancia a la alimentación. Además, este cuadro clínico se acompaña de comportamientos específicos como masticar excesivamente cada bocado, consumir porciones mínimas y llevar un registro meticuloso de las calorías consumidas. (61)

Por otro lado, el adelgazamiento constituye una consecuencia directa de la anorexia experimentada por el paciente. La pérdida de peso puede ser gradual, pero por lo general supera el 25% del peso inicial e incluso puede llegar al 50% del peso normal para la edad. Es esencial destacar que la pérdida de peso en estos individuos suele generar satisfacción, y los jóvenes con anorexia a menudo presentan una distorsión en la imagen corporal, conocida como trastorno dismórfico corporal, que puede ser generalizada o focalizada en áreas específicas como las caderas, mejillas y abdomen, entre otras. En consecuencia, es común que estos pacientes experimenten una grave desnutrición y una disminución en sus capacidades intelectuales y físicas antes de reconocer la realidad de su trastorno y buscar ayuda. (62)

2.1.3 BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno psiquiátrico grave caracterizado por episodios recurrentes de ingestión compulsiva seguidos de comportamientos de purga, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes o diuréticos. Estos episodios a menudo conllevan secuelas médicas que interfieren con el funcionamiento fisiológico normal y contribuyen al aumento de la morbimortalidad. Es importante destacar que la mayoría de los individuos con BN mantienen un peso corporal dentro de los límites normales o incluso presentan sobrepeso, lo que dificulta la detección del trastorno alimentario. (63)

2.1.3.1 CLASIFICACIÓN

Los individuos con bulimia nerviosa se pueden categorizar en dos subtipos:

- Purgativo: Este grupo presenta un patrón inicial de disconformidad con su imagen corporal, lo que desencadena en la adopción de dietas extremas o ejercicios intensos que no producen los resultados deseados. Como consecuencia, recurren voluntariamente al vómito como método de purga.
- No purgativo: Estos pacientes, al no obtener éxito con sus restricciones alimentarias, comienzan a consumir laxantes para provocar un vaciamiento intestinal rápido. Esto desencadena alteraciones gastrointestinales posteriores, como edema debido a la hipoproteinemia. En consecuencia, el uso de diuréticos se convierte en una necesidad para la reducción global del peso líquido. (64)

2.1.3.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos incluidos en DSM-V se muestran en la Figura 3.

Figura 3. Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según DSM -V
A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por ambos: <ol style="list-style-type: none">1. Comer, dentro de cualquier período de 2 horas, una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que comería la mayoría de las personas en un período de tiempo similar y en circunstancias similares.2. Sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo
B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido; uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.
C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.
D. La autoevaluación es la injustificable influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
E. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.
Especifique si:
<ul style="list-style-type: none">• Remisión parcial: después de que los criterios completos se cumplieron previamente, algunos, pero no todos los criterios se han cumplido durante un período prolongado de tiempo.• Remisión completa: después de que se hayan cumplido los criterios completos, ninguno de los criterios se ha cumplido durante un período prolongado de tiempo.
Severidad actual
<ul style="list-style-type: none">• Leve: un promedio de 1-3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.• Moderado: un promedio de 4-7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.• Severo: un promedio de 8-13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.• Extremo: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

*Basado en la Quinta Edición del Diagnostic and Statistical Manual

2.1.3.3 ETIOLOGÍA

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno que suele manifestarse durante la adolescencia o la edad adulta temprana, afectando tanto a hombres como a mujeres, aunque su incidencia es considerablemente mayor en el género femenino, especialmente en niñas y mujeres jóvenes. Estudios han demostrado una distribución similar de la BN entre diferentes grupos raciales y étnicos. Por lo general, los individuos con BN mantienen un peso corporal dentro o por encima del rango considerado normal. (65)

Tiene una etiología multifactorial que involucra diversos elementos genéticos, ambientales, psicosociales, neurobiológicos y temperamentales. Entre los factores predisponentes y perpetuantes se incluyen la impulsividad, los cambios propios del desarrollo, como la pubertad, la internalización de ideales de delgadez y las preocupaciones relacionadas con el peso y la figura corporal. Asimismo, se ha observado una asociación entre la BN y experiencias traumáticas en la infancia, incluyendo el abuso sexual, físico o emocional.

Más del 70% de las personas que sufren trastornos alimentarios presentan comorbilidades psiquiátricas concomitantes, siendo los trastornos afectivos, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad los más comunes en la BN. Estas comorbilidades, junto con sentimientos de desesperanza, vergüenza e impulsividad asociados con la enfermedad, pueden contribuir a desafíos relacionados con la autolesión no suicida, la ideación suicida y el suicidio consumado. Las personas con BN experimentan tasas de autolesión no suicida a lo largo de su vida del 33% y tienen casi 8 veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general. (66,67)

2.1.3.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El inicio de la bulimia nerviosa suele tener lugar entre los 10 y 24 años, con un rápido aumento en la frecuencia de los episodios después de los 13 años y alcanzando su punto máximo entre los 17 y 18 años. En términos clínicos, el

cuadro sintomático suele ser conspicuo y no presenta dificultades diagnósticas significativas. (68)

Las pacientes que presentan este cuadro de disfunción alimentaria pueden experimentar alteraciones dentales, como caries y erosión del esmalte, junto con gingivitis marginal, como resultado del contacto repetido del ácido gástrico durante el proceso de vómito. Esta acción también puede provocar lesiones en el dorso de las manos debido a la fricción de los dientes con esa área anatómica. Además, las glándulas parótidas tienden a estar hipertrofiadas debido al aumento de la amilasa secundaria a los episodios de vómito inducidos, lo que a menudo resulta en desgarros esofágicos por esfuerzo, hernias y úlceras esofágicas.

La acción repetida y frecuente del vómito puede conducir a manifestaciones clínicas de hipopotasemia, incluyendo calambres, náuseas, arritmias, parestesias, además de mareos, una marcada sensación de debilidad, astenia, adinamia, palidez y en casos severos, convulsiones. (69)

2.1.4 SÍNDROME DEL COMEDOR NOCTURNO

El síndrome del comedor nocturno o de alimentación nocturna (NES) es un trastorno clínico recién identificado, catalogado en la sección de "Otros trastornos alimentarios o específicos" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). Este síndrome se caracteriza principalmente por la presencia de anorexia matutina, hiperfagia vespertina (definida como la ingesta de más del 25% de la ingesta diaria total de alimentos después de la cena) e ingestiones nocturnas (más de dos veces por semana), en sujetos que también experimentan trastornos concurrentes del sueño y del estado de ánimo. Se postula que el NES es una amalgama de trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y comportamientos

alimentarios disfuncionales, como la alimentación emocional y la adicción a la comida, así como una alteración en la ingesta circadiana de alimentos. (70)

2.1.4.1 PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome del comedor nocturno no presenta diferencias significativas en cuanto a su afectación entre hombres y mujeres, así como tampoco entre individuos de distintas edades o grupos étnicos. Las estimaciones de su prevalencia varían considerablemente en función de los diferentes estudios y poblaciones examinadas, abarcando un rango desde el 0,5% al 1,5% en la población general, hasta alcanzar cifras de hasta el 55% en pacientes sometidos a cirugía bariátrica por obesidad grave. (71)

En cuanto a la población general, existe una mayor prevalencia de hiperfagia nocturna en adultos jóvenes en comparación con otros grupos de edad. En estudiantes universitarios, quienes son el grupo más investigado, la hiperfagia nocturna se vinculó con niveles elevados de estrés, problemas de sueño y patrones irregulares de alimentación, con tasas que variaban entre el 2,8% y el 9,5%. Al utilizar los criterios diagnósticos propuestos, se encontró una prevalencia de NES del 5,7% en muestras universitarias. No obstante, al considerar la presencia de Trastorno por Atracón, que afecta a aproximadamente un tercio de las personas con NES, la prevalencia de NES "puras" disminuyó al 2,9%, casi el doble en comparación con la tasa de prevalencia del 1,3% en una muestra poblacional de adultos jóvenes evaluada con los mismos criterios diagnósticos y métodos de evaluación. Estos hallazgos sugieren una posible mayor frecuencia de NES en la población estudiantil. En poblaciones con sobrepeso y obesidad, incluyendo pacientes en clínicas especializadas, la prevalencia de NES varió entre el 6% y el 16%. La alta variabilidad en las tasas de prevalencia de NES encontradas en poblaciones generales y clínicas probablemente refleja diferencias en las definiciones conceptuales del síndrome, en los criterios de diagnóstico aplicados, con estudios que examinaron solo varias dimensiones específicas

de NES, como la hiperfagia vespertina y otros que analizaban el síndrome completo según lo definido por los criterios diagnósticos propuestos. (72)

2.1.4.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se describen en la figura 4.

Figura 4. Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según DSM -V
<ul style="list-style-type: none"> • Episodios recurrentes: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alimentos después de cenar. • Ingestas durante la noche tras despertarse. • Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. • La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. • La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. • El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

*Basado en la Quinta Edición del Diagnostic and Statistical Manual

2.1.4.3 ETIOLOGÍA

La etiología de NES se considera presumiblemente multifactorial, con la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo y la persistencia del síndrome. En la Tabla 3 se presentan las principales teorías que explican los factores predisponentes y de riesgo asociados con la aparición de NES.

Tabla 3. Factores de riesgo para síndrome del comedor nocturno

Factores de riesgo psicosociales y sociales	Factores de riesgo biológico
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de estrés percibido • Trastorno psicológico • Falta de autorregulación cognitiva y conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Niveles bajos de serotonina • Niveles más altos de transportador de serotonina

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mayor respuesta de recompensa a las señales de comida por la noche • Trauma temprano • Negligencia física en la niñez • Alteración del ritmo circadiano de la ingesta de alimentos. • El embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los niveles de melatonina plasmática por la noche • Niveles más altos de cortisol • Mayor nivel de hormona liberadora de corticotropina • Mayor nivel de insulina y glucosa • Niveles más bajos de ghrelina por la mañana |
|---|--|
-

*Basado en Muscatello (73)

2.1.4.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico se fundamenta principalmente en la evaluación clínica y en la actualidad se dispone de dos herramientas diagnósticas específicas. En primer lugar, el *s* Night Eating Questionnaire (NEQ), un instrumento autoadministrado compuesto por 17 ítems, que permite identificar el síndrome y evaluar la severidad de los síntomas; se establece como criterio diagnóstico una puntuación superior a 30 puntos. Por otro lado, se encuentra la Entrevista Semiestructurada en Cuatro Partes, conocida como Night Eating Syndrome History and Inventory (NESHI), la cual debe ser llevada a cabo por un profesional experto en trastornos de la conducta alimentaria y facilita un diagnóstico más preciso. (74)

2.1.5 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1.5.1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS AMBULATORIOS

Varias psicoterapias individuales para adultos con trastornos alimentarios han sido respaldadas empíricamente. Entre ellas, la Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada (CBT-E en inglés) se considera adecuada para todos los tipos de

trastornos alimentarios presentes en adultos, siendo superior a otros tratamientos. La evidencia sugiere que aproximadamente dos tercios de los pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) que reciben esta terapia experimentan una recuperación completa, y la mayoría de los restantes muestran mejoras significativas. Esta recuperación parece ser duradera y la CBT-E ha demostrado ser más efectiva que la Terapia Interpersonal (IPT), otro tratamiento psicológico líder para adultos con BN. (75)

En cuanto a la Anorexia Nerviosa (AN), los datos disponibles, aunque limitados, no sugieren la superioridad de ningún tratamiento psicológico sobre otro en adultos. (76)

La terapia cognitivo conductual mejorada y la psicoterapia interpersonal son tratamientos psicológicos que se han informado reducen los atracones en aproximadamente el 50% de los pacientes adultos con trastorno del estrés postraumático. Sin embargo, estos tratamientos no conducen a la pérdida de peso, a diferencia del tratamiento conductual para la pérdida de peso que puede producir una modesta pérdida de peso a corto plazo y una reducción de los episodios de atracones. (77)

2.1.5.2. TRATAMIENTOS INTENSIVOS

Los tratamientos en entornos hospitalarios de día, residenciales y hospitalarios son ampliamente recomendados para pacientes adultos con trastornos alimentarios, especialmente aquellos con Anorexia Nerviosa (AN) que no responden a intervenciones ambulatorias menos intensivas o que presentan condiciones que no pueden ser manejadas de manera segura en un contexto ambulatorio. Los datos disponibles, principalmente derivados de estudios de cohortes observacionales, indican que la terapia intensiva se asocia con la recuperación del peso y mejoras en los trastornos alimentarios y la psicopatología general en una proporción significativa de pacientes con AN. Sin embargo, lamentablemente, muchos de estos pacientes experimentan

recaídas después del alta, y alrededor del 70% mantiene un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 18,5 kg/m² a los 12 meses de seguimiento. La estrategia típica para abordar estas recaídas ha sido ofrecer algún tipo de tratamiento posthospitalario. (78)

2.1.5.2. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

La evidencia que respalda el uso de agentes farmacológicos en el tratamiento de adultos con Anorexia Nerviosa es carente de robustez. Se ha observado, por ejemplo, que la combinación de antidepresivos con terapias psicológicas no exhibe una superioridad respecto a la aplicación exclusiva de psicoterapia en términos de aumento del peso corporal, mejoría de los síntomas depresivos o reducción de la tasa de recaídas post-recuperación del peso. (79)

En el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, los antidepresivos han sido el foco principal de investigación farmacológica. Entre ellos, la fluoxetina es el único medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para el tratamiento de la BN. Sin embargo, aunque ciertos estudios individuales han arrojado resultados prometedores, un metaanálisis integral ha concluido que la fluoxetina exhibe una eficacia insignificante en comparación con otros tratamientos. Además, la adición de fluoxetina a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) no ha demostrado ventajas sustanciales respecto a la aplicación exclusiva de TCC. (80)

Para el síndrome del comedor nocturno se realizaron ensayos clínicos aleatorizados que demostraron una mejora ante el tratamiento con sertralina, previa evaluación individual y terapia cognitivo conductual. (81)

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existen características y riesgos que se asocian con padecer trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada De Tacna 2024-1

3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Valores
Tamizaje para anorexia - bulimia nerviosa	Puntaje igual mayor a 2 en el cuestionario SCOFF	Cuestionario SCOFF	Cualitativa	Nominal dicotómica	Positivo Negativo
Tamizaje para síndrome del comedor nocturno	Puntaje mayor a 30 en el Night Eating Questionnaire	Night Eating Questionnaire (NEQ)	Cualitativa	Nominal dicotómica	Positivo Negativo
Edad	Años cumplidos de los	Auto reporte	Cuantitativo	De razón, discreta	Mayores de 18 años

	estudiantes de medicina				
Sexo	Género de los estudiantes de medicina	Auto reporte	Cualitativo	Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Año académico	Año correspondiente al semestre académico que se encuentra cursando el estudiante de medicina	Auto reporte	Cualitativo	Ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto
Bloque académico	División de la malla curricular en bloques según el semestre y la naturaleza de los cursos en los que está matriculado correspondiendo los tres	Calculo basado en el auto reporte	Cualitativo	Nominal dicotómica	Ciencias Básicas Ciencias Clínicas

	<p>primeros años, antes del Examen de Progreso I, como Ciencias Básicas y los tres últimos años, después del Examen de Progreso I, como Ciencias Clínicas.</p>				
Peso	Peso del estudiante en kg	Auto reporte	Cuantitativo	De razón, discreta	Peso en kg
Talla	Talla del estudiante en cm	Auto reporte	Cuantitativo	De razón, discreta	Talla en cm
Índice de masa corporal	Indicador de la relación entre el peso y la talla calculado por $IMC =$	Cálculo basado en el auto reporte	Cualitativo	Ordinal	<p>Bajo peso: Menor a 18.5</p> <p>Eutrófico: 18.5 – 24.9</p> <p>Sobrepeso: 25.0 – 29.9</p>

	<p>Peso actual (kg) ÷ altura (m) x altura (m)= kg/m²</p>				<p>Obesidad grado I: 30.0 – 34.9 Obesidad grado II: 35.0 – 39.9 Obesidad grado III. Mayor a 40.0</p>
					<p>Normal: hasta 24.9 Aumentado: mayor o igual de 25</p>
<p>Antecedente de trastorno de conducta alimentaria</p>	<p>Presencia de un antecedente de diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria</p>	<p>Auto reporte</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal Politómica</p>	<p>Diagnóstico previo de anorexia nerviosa Diagnóstico previo de bulimia nerviosa Diagnóstico previo de otro TCA Sin diagnóstico previo</p>

METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Universidad Privada de Tacna, una de las dos únicas universidades que ofrece la carrera de Medicina Humana en la ciudad de Tacna.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 UNIDAD DE ESTUDIO

Estudiantes de Medicina matriculados en el semestre académico 2024-1 en la Universidad Privada de Tacna. Se decidió no incluir los estudiantes que se encontraron en su año de internado médico debido a la mayor cantidad de factores asociados confusores que podrían presentar por la naturaleza de ese año académico.

4.3.2 POBLACIÓN

La población está comprendida por todos los estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna, los cuales ascienden a 426 alumnos.

4.3.3 MUESTREO

Se realizó un muestro censal, tomando en cuenta a todos los estudiantes de la carrera profesional de medicina humana que cumplan los criterios de inclusión.

1.3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna
- Estudiantes matriculados en el semestre 2024-1
- Estudiantes que acepten el consentimiento informado

4.3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que no proporcionen todos los datos de la ficha de recolección de datos
- Estudiantes que remitan respuestas incongruentes

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

El cuestionario fue administrado por el tesista en cada salón de clases, previa revisión del horario de la escuela profesional de Medicina Humana, encontrado en línea, en la página web de la universidad. Se pidió el permiso correspondiente al docente a cargo y se brindó la opción de tomar la encuesta mediante un enlace alojado en Google Forms, una plataforma de encuestas en línea, o solicitar el cuestionario de manera presencial en cada salón de clases, lo que permitió a los participantes acceder al mismo de manera conveniente y directa.

El cuestionario por enlazar, el cual se describe en su totalidad en el anexo 2, consta de las siguientes secciones:

1. Datos generales

Se registraron datos concordantes que nos ayuden a describir la epidemiología del tamizaje positivo para trastornos de conducta alimentaria.

2. Cuestionario SCOFF para Anorexia-Bulimia Nerviosa

El cuestionario SCOFF, desarrollado por Morgan et al., presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 87,5% para la identificación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tanto Anorexia Nerviosa como Bulimia Nerviosa, ya sea individualmente o en combinación. (82)

Consiste en cinco preguntas, cada una calificada en una escala de 2 puntos. Se proporciona una evaluación positiva cuando un participante responde sí a 2 o más preguntas, lo que denota una sospecha de un trastorno alimentario existente (es decir, trastornos alimentarios). Revisiones sistemáticas anteriores han examinado el cuestionario SCOFF como herramienta de detección en el ámbito de la atención primaria. Esta herramienta se ha mostrado eficaz en la detección temprana de sospechas de TCA, con sólidas propiedades psicométricas, cuenta con un valor de

kappa = 0,73 a 0,82, es decir, con buena concordancia con el diagnóstico de trastornos alimentarios. (83) Ha sido validado en su versión en español. Inicialmente para su uso en mujeres universitarias colombianas en el año 2005, obteniéndose un valor de alfa de Cronbach de 0,480 y una concordancia alta con el diagnóstico clínica, presentando un valor kappa de Cohen de 0.813. (84) Posteriormente se hizo la validación en estudiantes universitarios mexicanos en 2022, hallándose un valor de alfa de Cronbach de 0.73 (85)

Debido a la inclusión del trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios específicos en el DSM-5, no hay evidencia suficiente para respaldar el uso de SCOFF en atención primaria y entornos comunitarios para detectar toda la gama de trastornos alimentarios. Sin embargo, un metaanálisis realizado por Kutz et al 17 concluyó que el SCOFF es una herramienta de detección útil y sencilla para los trastornos alimentarios más prevalentes (es decir, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa). (83)

3. Cuestionario Night Eating Questionnaire para síndrome del comedor nocturno

El Night Eating Questionnaire (NEQ) es una herramienta ampliamente utilizada para detectar y evaluar la gravedad del síndrome del comedor nocturno. Fue desarrollado originalmente para la población adulta estadounidense y ha sido traducido y adaptado para su uso en varios países. Ha sido validado en su traducción al español en el año 2012, en población española, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.79 (86)

Consta de un conjunto de 14 ítems destinados a evaluar las dos características principales, además de síntomas adicionales, tales como anorexia matutina, deseos de comer durante la noche, dificultades para conciliar el sueño y estados de ánimo deprimidos. Una puntuación mayor a 30 ha demostrado un valor predictivo positivo del 73%. (87)

Esta versión actual del NEQ evalúa el hambre matinal y el momento del primer consumo de alimentos (2 ítems), los antojos de alimentos y el control de la conducta alimentaria tanto antes de acostarse (2 ítems) como durante los despertares nocturnos (2 ítems), el porcentaje de alimentos consumidos después de la cena (1 ítem), insomnio inicial (1 ítem), frecuencia de despertares nocturnos e ingestión de alimentos (3 ítems), alteración del estado de ánimo (2 ítems) y conciencia de episodios de alimentación nocturna (1 ítem). (88)

Las preguntas 1 a 9, que se centran en las variables que ocurren antes del inicio del sueño, son respondidas por todos los participantes. Las preguntas 10 a 12 las responden los participantes que se despiertan se levantan en medio de la noche y obtiene una puntuación de >0 en la pregunta 9. De manera similar, las preguntas 13 y 14 son respondidas por los participantes que comen al despertar y puntúan >0 en el ítem 12. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 0 a 4, a excepción del ítem 7 que incluye la opción “marque aquí si su estado de ánimo no cambia durante el día”, lo cual se califica como cero. Los ítems 1, 4 y 14 se puntúan al revés porque que los valores más altos reflejan una mayor sintomatología. Todos los ítems excepto la pregunta sobre conciencia de ingestiones nocturnas (ítem 13) se resumen para obtener una puntuación global. El ítem 13 se incluye únicamente como herramienta de detección para descartar la presencia de parasomnia, trastorno alimentario relacionado con el sueño. (89)

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

5.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de la ficha de recolección fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel, lo que resultó en la creación de una base de datos. Esta base de datos fue sometida a un proceso de depuración adicional para identificar y corregir cualquier inconsistencia o error presente en los datos recopilados durante la fase inicial de recolección. Una vez que la base de datos se depuró, se procedió a realizar el análisis estadístico utilizando el software especializado IBM SPSS versión 26.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto fue sometido al comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, instancia encargada de evaluar su viabilidad y asegurar su conformidad con los estándares éticos, según lo dispuesto en la Declaración de Helsinki.

Una vez obtenida la aprobación del comité de ética, se procedió a la ejecución del proyecto. Es importante destacar que se mantuvo el anonimato de los participantes, y toda la información recopilada fue tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de la investigación.

Asimismo, se solicitó el consentimiento informado por escrito de cada participante antes de su inclusión en el estudio. Se siguieron todas las directrices y regulaciones establecidas para proteger los derechos y el bienestar de los participantes.

5.3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de completar el control de calidad de los datos, la información fue introducida en el software estadístico SPSS para llevar a cabo el análisis correspondiente.

El análisis estadístico se dividió en dos etapas. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, donde se describieron las características de las variables. Para las variables cualitativas, se presentan las frecuencias y los porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central más adecuadas.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis bivariado para explorar las posibles asociaciones entre las variables. Se emplearon pruebas estadísticas específicas según el tipo de variables, como la prueba Chi cuadrado para variables cualitativas.

Aquellas variables que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado, así como las variables de interés, fueron incluidas en un modelo bivariado utilizando modelos lineales generalizados. Se utilizó la familia Poisson con función enlace log y modelos robustos para calcular las razones de prevalencia crudas, junto con intervalos de confianza al 95% y valores de p.

Por último, se llevó a cabo un análisis multivariado con las variables significativas y de interés, con valores de p menores a 0.50, para calcular las razones de prevalencia ajustadas.

Todo el análisis se realizó con un nivel de confianza del 95%, considerando significativos los valores de p menores a 0.05.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para este estudio, se recopilaron un total de 384 encuestas. Sin embargo, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, solo se consideraron 371 de ellas para el análisis estadístico correspondiente. Esta cantidad de estudiantes, representó una pérdida de 10%.

En la Tabla I se aprecian las características epidemiológicas de los estudiantes encuestados; se obtuvo una mayor participación de estudiantes de segundo año de la Escuela Profesional de Medicina Humana, que representaron un 25.1% de la muestra. Un 30.2% de los estudiantes se encontraron en el grupo etario de entre 21 y 22 años, seguido de un 25.3% que estuvo constituido por aquellos encontrados entre los 23 y 24 años. La media de la edad fue de 22.3 años. La muestra encuestada fue predominantemente femenina, representando un 61.7%. El Índice de Masa Corporal (IMC) del 63.1% de estudiantes se encontró en los valores normales, encontrándose hasta un 31.8% de estudiantes con sobrepeso y 5.1% de ellos se encontraron en Obesidad. La media de IMC hallada fue de 24.6 Únicamente 5 estudiantes reportaron el tener un diagnóstico previo de trastorno alimentario, de los cuales 4 presentaron trastorno por atracón y 1 trastorno restrictivo de la ingesta alimentaria.

Tabla I. Características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1

	N	%
Año académico		
Primero	54	14.6
Segundo	93	25.1
Tercero	72	19.4
Cuarto	57	15.4
Quinto	51	13.7
Sexto	44	11.9

Edad		
Menor de 18 años	59	15.9
De 19 y 20 años	81	21.8
De 21 y 22 años	112	30.2
De 23 y 24 años	94	25.3
De 25 años a más	25	6.7
Sexo		
Femenino	229	61.7
Masculino	142	38.3
IMC		
Eutrófico	234	63.1
Sobrepeso	118	31.8
Obesidad	19	5.1
Diagnóstico de trastorno alimenticio previo		
Si	5	1.3
Trastorno restrictivo	1	
Trastorno por atracón	4	
No	366	98.7
Total	371	100

La frecuencia del riesgo de padecer anorexia o bulimia nerviosa o síndrome del comedor nocturno en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna se detalla en la Tabla II.

Tabla II. Frecuencia del riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa o síndrome del comedor nocturno en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1

	N	%
Cribado positivo para anorexia o bulimia nerviosa según cuestionario SCOFF		
Positivo	52	14

Negativo	319	86
Cribado positivo para síndrome del comedor nocturno según cuestionario NEQ		
Positivo	119	32.1
Negativo	252	67.9
Total	371	100

Al aplicar el cuestionario SCOFF, se halló que un 14% de los estudiantes evaluados presentaban un riesgo significativo de desarrollar anorexia o bulimia nerviosa, lo que corresponde a 52 de los 371 encuestados. Además, al utilizar el cuestionario NEQ, centrado en identificar síntomas asociados con el Síndrome del Comedor Nocturno, los resultados mostraron que un 32.1% de los estudiantes presentaban sintomatología correspondiente a este síndrome, representando a 119 alumnos de la muestra total.

En la Tabla III se observa el análisis bivariado para estudiantes que presentaron un cribado positivo al aplicar el cuestionario SCOFF. Se encontró significancia entre el cribado positivo y el bloque académico que se encuentra cursando el estudiante ($p=0.012$), sexo ($p=0.001$), IMC (0.035), y el presentar un diagnóstico previo de trastorno alimenticio ($p=0.03$). No se halló asociación significativa entre el grupo etario y un valor positivo al cuestionario SCOFF. ($p>0.05$)

Tabla III. Características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1 con cribado positivo para anorexia o bulimia nerviosa según cuestionario SCOFF

	Cribado positivo para anorexia o bulimia nerviosa según cuestionario SCOFF		
	N	%	p*
Bloque académico			
Ciencias Básicas	39	10.5	0.012
Ciencias Clínicas	13	3.5	
Edad			
Menor de 18 años	10	2.7	0.285
De 19 y 20 años	15	4.0	

De 21 y 22 años	17	4.6	
De 23 y 24 años	8	2.2	
De 25 años a más	2	0.5	
Sexo			
Femenino	43	11.6	0.001
Masculino	9	2.4	
IMC			
Normal	26	7	0.035
Aumentado	26	7	
Diagnóstico de trastorno alimenticio previo			
Si	3	0.8	0.03
No	49	13.2	
Total	52	14	

*valor de p obtenido tras chi cuadrado

El análisis bivariado entre las características de los estudiantes de Medicina y su valor positivo al cuestionario NEQ para síndrome del comedor nocturno, se detalla en la Tabla IV.

Tabla IV. Características sociodemográficas de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1 con cribado positivo para síndrome del comedor nocturno según cuestionario NEQ

	Cribado positivo para síndrome del comedor nocturno según cuestionario NEQ		p*
	N	%	
Bloque académico			
Ciencias Básicas	80	21.6	0.027
Ciencias Clínicas	39	10.5	
Edad			

Menor de 18 años	22	5.9	0.054
De 19 y 20 años	34	9.2	
De 21 y 22 años	36	9.7	
De 23 y 24 años	22	5.9	
De 25 años a más	5	1.3	
Sexo			
Femenino	83	22.4	0.029
Masculino	36	9.7	
IMC			
Normal	61	16.4	0.001
Aumentado	58	15.6	
Diagnóstico de trastorno alimenticio previo			
Si	4	1.1	0.021
No	115	31.0	
Total	119	32.1	

*valor de p obtenido tras chi cuadrado

Las características que se asociaron significativamente fueron bloque académico ($p=0.027$), sexo ($p=0.029$), Índice de Masa Corporal ($p=0.001$) y diagnóstico de trastorno alimenticio previo ($p=0.021$). No se encontró asociación significativa ($p>0.05$) con el sexo, presentando un valor de p de 0.054.

La regresión logística realizada utilizando modelos lineales generalizados, dando como resultado las razones de prevalencia crudas y ajustadas, se detalla en la Tabla V. El valor de p fue significativo para las características: bloque académico, sexo, IMC y trastorno alimentario previo.

Tabla V. Características asociadas al riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de medicina la Universidad Privada de Tacna 2024-I

	p*	RPc	IC	p	RPa	IC
--	-----------	------------	-----------	----------	------------	-----------

Bloque académico:	0.015	0.480	0.266-0.869	0.013	0.474	0.263-0.853
Ciencias Clínicas						
Sexo: Femenino	0.02	2.963	1.490-5.891	0.01	3.096	1.574-6.092
IMC: Aumentado	0.036	1.708	1.035-2.819	0.02	2.107	1.304-3.404
Trastorno alimentario previo	0.000	4.482	2.092-9.599	0.01	3.739	1.759-7.947

*valor de p obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia de poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustados

RPc: Razones de prevalencia crudas, IC: Intervalo de confianza, RPa: Razones de prevalencia ajustadas

Las razones de prevalencia ajustadas muestran como factores de riesgo de padecer la enfermedad al sexo, IMC y trastorno alimentario previo, de tal forma que, pertenecer al sexo femenino representa 3.096 veces más riesgo de padecer síntomas de anorexia o bulimia nerviosa; un IMC elevado representa 2.107 más riesgo de presentar síntomas relacionados a estos trastornos alimentarios, y el tener un diagnóstico de trastorno alimentario previo, le proporciona al estudiante 3.739 veces más riesgo de poder padecer anorexia o bulimia nerviosa.

Tras los modelos lineales generalizados se tuvo como resultado las características asociadas a padecer síndrome del comedor nocturno en los estudiantes de Medicina de la Universidad Privada de Tacna, las razones de prevalencia crudas y ajustadas se detallan en la Tabla VI.

Tabla VI. Características asociadas a presentar síntomas relacionados al síndrome del comedor nocturno en estudiantes de medicina la Universidad Privada de Tacna 2024-I

	p*	RPc	IC	p	RPa	IC
--	-----------	------------	-----------	----------	------------	-----------

Bloque académico:	0.032	0.702	0.509-0.959	0.013	0.673	0.493-0.920
Ciencias Clínicas						
Sexo: Femenino	0.034	1.430	1.027-1.989	0.012	1.516	1.094-2.100
IMC: Aumentado	0.001	1.624	1.214-2.173	0.00	1.812	1.363-2.410
Trastorno alimentario previo	0.000	2.546	1.601-4.048	0.005	2.494	1.327-4.688

*valor de p obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia de poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustados

RPc: Razones de prevalencia crudas, IC: Intervalo de confianza, RPa: Razones de prevalencia ajustadas

Se halló un valor significativo para bloque académico, sexo, IMC y trastorno alimentario previo. Las razones de prevalencia ajustadas muestran como factores de riesgo de padecer la enfermedad al sexo, IMC y trastorno alimentario previo, observándose que el riesgo de padecer la enfermedad aumenta hasta 1.516 veces en el caso de que la estudiante sea mujer, hasta 1.812 veces en caso de que el estudiante de medicina tenga un IMC elevado y hasta 2.494 veces en caso de que haya sido diagnosticado con un trastorno alimentario previo.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

En la actualidad, los trastornos de la alimentación han emergido como un tema de preocupación significativa en la sociedad. (90) Entre estos trastornos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el síndrome del comedor nocturno representan desafíos complejos tanto para los individuos afectados como para los profesionales de la salud que buscan comprender y abordar estas condiciones. Si bien estos trastornos pueden afectar a personas de diferentes edades y trasfondos, los estudiantes de medicina son un grupo particularmente susceptible debido a las presiones académicas, sociales y profesionales a las que están expuestos durante su formación. (91)

La prevalencia de estos trastornos en la población estudiantil de medicina es motivo de preocupación, ya que no solo pueden afectar negativamente la salud física y mental de los estudiantes, sino que también pueden comprometer su capacidad para desempeñarse de manera efectiva como futuros profesionales de la salud. Además, la naturaleza estresante y competitiva del entorno académico y clínico de la facultad de medicina puede contribuir al desarrollo o exacerbación de estos trastornos entre los estudiantes. (92)

En este estudio hallamos que el porcentaje mayor de la muestra se encontró cursando el segundo año de Medicina Humana, los cuales durante el periodo 2024-I se encuentran matriculados en el tercer ciclo, perteneciente al bloque académico de Ciencias Básicas. (93) La edad se encontró principalmente en el rango entre 21 y 22 años, perteneciendo su mayoría a la etapa de la vida de juventud. El sexo fue predominantemente femenino, dato concordante con el informe presentado por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC por sus siglas en inglés), en el cual se apreció que un 54.5% de los matriculados en escuelas de medicina de Estados Unidos son mujeres, dato con tendencia creciente en los últimos años. (94)

Asimismo, aunque la mayoría de los estudiantes se encontraron en un rango de peso normal según su Índice de Masa Corporal, un preocupante 31.8% se encontró en sobrepeso y un

5.1% se halló en el rango de obesidad. Datos similares se han descrito en el estudio de Fala Bede et al, realizado en 203 estudiantes de medicina de tres universidades estatales de Camerún, donde hallaron que la prevalencia de sobrepeso fue de 21.7% y de obesidad fue de 3%, los autores comentan que esto es debido a los malos hábitos nutricionales que tienden a tener los futuros profesionales médicos. (95) Del mismo modo, un artículo mexicano publicado por Chacón et al que evaluó a 294 estudiantes de medicina de una universidad privada del estado de Chiapas, hallando que un 36% de estudiantes presentaron sobrepeso y un 13%, obesidad, datos que, comentan, también podrían estar en relaciones a hábitos alimentarios malos. (96) Por otro lado, una tesis desarrollada en Perú por Saavedra, que estudió a 339 estudiantes de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Piura halló que solo el 51,3% de los estudiantes presentó un valor de IMC normal, siendo los demás clasificados en un IMC en rangos de sobrepeso u obesidad, estableciendo una relación significativa en su investigación de estos datos con el nivel de actividad física y la calidad de sueño de los estudiantes. (97)

Al aplicar el instrumento SCOFF en nuestra muestra, se halló que un 14% de los alumnos presentó resultados positivos indicando que presentan síntomas asociados a anorexia-bulimia nerviosa, y teniendo un mayor riesgo de padecer la enfermedad, datos concordantes con lo reportado por Montesinos en su tesis realizada en 329 estudiantes el año previo a esta investigación, quien halló que el 15,8% de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna presentaron riesgo para trastorno de conducta alimentaria, cabe resaltar que en dicha investigación se utilizó el instrumento EAT-26 para determinar el riesgo, instrumento que ha demostrado una buena sensibilidad para trastornos alimentarios en general, mientras que el cuestionario SCOFF ha demostrado mayor utilidad para detectar únicamente anorexia-bulimia nerviosa. En dicho estudio el riesgo de trastorno alimentario se asocia significativamente al riesgo de padecer depresión. (50) Silva Robles en su tesis realizada en 223 estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma, universidad privada de Lima, reporta hallar que hasta un 47.2% de su muestra poseen un riesgo medio-alto de presentar trastornos de conducta alimentaria, dato mucho mayor a lo encontrado en nuestra universidad y a lo reportado en estudios internacionales como el de Rostad et al(98), que incluye un riesgo

de padecer estas enfermedades solo en un 18.3% de su muestra esto según la autora, debido a factores culturales, demográficos y socioeconómicos. (99)

El análisis bivariado mostró una asociación significativa del bloque académico, sexo e IMC con el riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa. Además, el análisis de regresión lineal demostró que, en nuestra muestra, ser mujer implica un riesgo 3.096 veces mayor de desarrollar síntomas de anorexia-bulimia nerviosa, tener un índice de masa corporal (IMC) alto aumenta el riesgo de experimentar síntomas relacionados con estos trastornos alimentarios en 2.107 veces, además, contar con un diagnóstico previo de un trastorno alimentario incrementa el riesgo de sufrir anorexia o bulimia nerviosa en 3.739 veces. La relación entre el riesgo de TCA y un IMC alto también fue descrita por Rostad et al (98), Zila et al también encontraron relación significativa con factores como el tener un entorno familiar con TCA, el año académico, la preocupación por la imagen corporal y la mala alimentación. (49), sin embargo, este estudio se realizó en el contexto del aislamiento social por la pandemia por COVID-19. Otra tesis realizada en una universidad privada de Lima, realizada por Chirre Tapia, agregó a los factores asociados la ansiedad, la depresión y el estrés. (100) Asimismo, Santa María et al, describió que, en estudiantes de medicina de una universidad privada de Trujillo, también se encontró asociación entre el riesgo de padecer un TCA con la nomofobia. (101) Otra tesis realizada en una universidad privada limeña durante el año 2022 demostró que la probabilidad de trastorno de conducta alimentaria se asoció significativamente con un estrés académicos moderado y severo en estudiantes de medicina que cursan el internado médico. (48)

Tras aplicar el Night Eating Questionnaire, hallamos que 119 (32.1%) de los estudiantes encuestados obtuvieron una puntuación positiva, presentando síntomas asociados al síndrome de comedor nocturno. Dato mucho mayor al reportado por Haneef et al, quienes encontraron una prevalencia del 7.3% en estudiantes de medicina de Arabia Saudita, sin embargo, en ese estudio la muestra estudiada fue mucho menor, considerando únicamente estudiantes del segundo al sexto año de dicha universidad que incluyó a 122 alumnos. (47) Por otro lado, un estudio realizado por Rizvi et al en la Facultad de Ciencias Médicas Aplicadas en Turquía, presentó una prevalencia similar del 35.7% de estudiantes con

presencia de síndrome del comedor nocturno leve, un 13.3% presentó síndrome del comedor nocturno moderados y un 9.5% presentó los síntomas correspondientes a un síndrome del comedor nocturno completo o grave. (102)

Esta tesis logró hallar una asociación significativa entre el riesgo de padecer síndrome de comedor nocturno y el bloque académico, índice de masa corporal y diagnóstico de trastorno alimenticio previo. Del mismo modo, tras el modelo lineal, hallamos que para nuestra muestra el riesgo de desarrollar la enfermedad se incrementa hasta 1.516 veces si la estudiante es mujer, hasta 1.812 veces si el estudiante de medicina tiene un IMC alto, y hasta 2.494 veces si ha sido diagnosticado previamente con un trastorno alimentario.

El sexo femenino se ha visto asociado también la publicación de Lepley et al, quienes en su artículo de revisión, recogen información de 23 artículos, los cuales rescatan esta asociación significativa como prevalente en los estudios transversales. (23) Asimismo, la asociación del síndrome del comedor nocturno con el IMC también fue reportada por Bruzas et al, al revisar artículos originales, de los cuales la mayoría encontró diferencias significativas al presentar los pacientes un IMC considerado como anormal (103) y por El et al, tras realizar un estudio observacional en 460 estudiantes universitarios en el Líbano, en dicho estudio también hallaron una relación entre el padecer trastornos por atracón y presentar síndrome del comedor nocturno. (104)

La prevalencia elevada hallada en nuestra muestra es preocupante ya que estudios como el de Aleksic et al, realizado en 534 estudiantes de ciencias de la salud, encontraron una asociación de este síndrome con acostarse más tarde, una peor calidad del sueño, rasgos de extroversión y vivir en un entorno sociopolítico complejo. (105) Abreu et al, al estudiar estudiantes universitarios brasileños, también encontraron asociación con el sexo femenino, así como el vivir con los padres y trabajar por las noches. (106) Farhangi et al, hallaron que aquellos estudiantes que presentan síndrome del comedor nocturno también presentaban una mala calidad de sueño y una mayor ingesta de grasas. (107) Por último, Tzischinsky et al, detallan que también encontraron una asociación de la presencia del síndrome del comedor nocturno con alteraciones subjetivas del sueño, psicopatología general y depresión. (108)

Lamentablemente respecto a esta patología no contamos con información nacional o local que permita hacer comparaciones en entornos culturales similares, lo que subraya la necesidad de mayores estudios que incluyan a este trastorno como variable.

Cabe resaltar que un artículo original publicado por Tu et al, estudió la prevalencia del síndrome de comedor nocturno en pacientes con trastornos alimentarios diagnosticados como anorexia, bulimia y trastorno por atracón, pudiendo encontrar hasta un 10.3%, 34.9% y 51.7% de prevalencia, respectivamente. Los autores comentan que existe una superposición entre la bulimia nerviosa y el síndrome del comedor nocturno. (109) Este dato abre la interrogante al respecto de si el síndrome del comedor nocturno, hallado con alta prevalencia en nuestros estudiantes, podría también ser un factor de riesgo para otros trastornos alimentarios.

CONCLUSIONES

- Las características que se asociaron significativamente al riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa o síndrome del comedor nocturno incluyeron bloque académico, índice de masa corporal y diagnóstico de trastorno alimenticio previo.
- Se halló que las mujeres tenían 3.096 veces más riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa; un IMC elevado también aumenta hasta 2.107 veces el riesgo y el presentar un trastorno alimentario previo proporciona 3.739 más riesgo de padecer estos trastornos alimenticios.
- El ser mujer aumenta 1.516 veces el riesgo, poseer un IMC elevado aumenta 1.812 veces el riesgo y tener un trastorno alimentario previo aumenta hasta 2.494 veces el riesgo de padecer síndrome del comedor nocturno.
- La muestra estudiada fue predominantemente femenina, en un rango de edad de entre los 21 y 22 años y con un IMC normal, presentando un 31.8% de los estudiantes, un IMC elevado en rangos de sobrepeso.
- Se halló que un 14% de los estudiantes encuestados presenta riesgo de padecer anorexia-bulimia nerviosa al presentar un test positivo tras aplicar el cuestionario SCOFF.
- Un 32.1% de los estudiantes encuestados presenta riesgo de padecer síndrome del comedor nocturno, al obtener una puntuación positiva tras aplicar el Night Eating Questionnaire.

RECOMENDACIONES

- Ante la prevalencia significativa de trastornos alimenticios que se ha reportado entre los estudiantes de nuestra universidad, considero de suma importancia implementar un programa integral de tamizaje llevado a cabo por profesionales calificados en el área de la salud mental y nutrición. Este programa permitiría identificar de manera temprana a aquellos estudiantes que pudieran estar en riesgo o ya estén lidiando con trastornos alimenticios. La detección y tratamiento precoz de estos trastornos no solo mejoraría significativamente la calidad de vida de los afectados, sino que también contribuiría a su bienestar académico y personal, reduciendo el impacto negativo que estas condiciones pueden tener en su desempeño educativo y en su salud a largo plazo.
- Sugiero que se implementen espacios y talleres dedicados al manejo emocional, la higiene del sueño y la actividad deportiva, con el objetivo de reducir los factores de riesgo asociados con el desarrollo de patologías como los trastornos alimenticios, que hemos identificado en nuestra comunidad estudiantil. Estas iniciativas, al abordarse de manera integral, no solo ayudarían a prevenir la aparición de estas patologías, sino que también promoverían un entorno universitario más saludable y equilibrado.
- Recomiendo ampliar los estudios sobre el síndrome del comedor nocturno en la población universitaria, tanto a nivel local como nacional, con el objetivo de descubrir nuevas asociaciones que permitan una mejor comprensión de esta enfermedad y facilitar el control de los factores asociados. Estos estudios deberían enfocarse en identificar las características específicas de la población afectada, los desencadenantes más comunes, y las posibles comorbilidades que agravan el síndrome. En base a esto, se espera desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, así como políticas de prevención que reduzcan la incidencia de este trastorno en el ámbito universitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2446.
2. J Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023;56(1):5-25.
3. Mellowspring A. Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Prim Care*. 2023;50(1):103-17.
4. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 2023;180(2):167-71.
5. Diario El Peruano. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años. *El Peruano* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>
6. Ghahramani S, Kasraei H, Hayati R, Tabrizi R, Marzaleh MA. Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2023;27(2):208-17.
7. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
8. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *L'Encephale*. 2019;45(1):60-73.

9. Kirkpatrick RH, Breton E, Biorac A, Munoz DP, Booij L. Non-suicidal self-injury among individuals with an eating disorder: A systematic review and prevalence meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2024;57(2):223-48.
10. AlHadi AN, Almeharish A, Bilal L, Al-Habeeb A, Al-Subaie A, Naseem MT, et al. The prevalence and correlates of bulimia nervosa, binge-eating disorder, and anorexia nervosa: The Saudi National Mental Health Survey. *Int J Eat Disord.* 2022;55(11):1541-52.
11. Anonymous. Depression: A Medical Student's Perspective. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2021;96(5):765-6.
12. Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatr Pol.* 2017;51(3):503-13.
13. Wainipitapong S, Chiddaycha M. Assessment of dropout rates in the preclinical years and contributing factors: a study on one Thai medical school. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):461.
14. Gupta CC, Coates AM, Dorrian J, Banks S. The factors influencing the eating behaviour of shiftworkers: what, when, where and why. *Ind Health.* 2019;57(4):419-53.
15. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020;50(1):24-9.
16. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. [Characterization, epidemiology and trends of eating disorders]. *Nutr Hosp.* 2022;39(Spec No2):8-15.
17. Lin JA, Woods ER, Bern EM. Common and Emergent Oral and Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Gastroenterol Hepatol.* 2021;17(4):157-67.
18. Stice E, Desjardins CD, Rohde P, Shaw H. Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and

- relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders. *J Abnorm Psychol.* 2021;130(4):377-87.
19. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(14):6325.
 20. Lydecker JA, Simpson L, Smith SR, White MA, Grilo CM. Preoccupation in bulimia nervosa, binge-eating disorder, anorexia nervosa, and higher weight. *Int J Eat Disord.* 2022;55(1):76-84.
 21. Saad MB, Eymann A, Granados N, Rotblat G, Dawson S, Cibeira A, et al. [Treatment of eating disorders in adolescents: case series]. *Arch Argent Pediatr.* 2021;119(4):e364-9.
 22. Chew KK, Temples HS. Adolescent Eating Disorders: Early Identification and Management in Primary Care. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 2022;36(6):618-27.
 23. Lepley T, Schwager Z, Khalid Z. Identification and Management of Night Eating Syndrome in the Adolescent and Young Adult Population. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2022;24(1):21r03062.
 24. Salman EJ, Kabir R. Night Eating Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585047/>
 25. Uniacke B, Walsh BT. Eating Disorders. *Ann Intern Med.* 2022;175(8):ITC113-28.
 26. Gaete P. V, López C. C, Gaete P. V, López C. C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatría.* 2020;91(5):784-93.
 27. Lattie EG, Adkins EC, Winkquist N, Stiles-Shields C, Wafford QE, Graham AK. Digital Mental Health Interventions for Depression, Anxiety, and Enhancement of Psychological Well-Being Among College Students: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2019;21(7):e12869.

28. Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Alhuwailah AH, Al Gahtani HMS, Hubail SA, Shuwiekh HAM, et al. The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disord EWD*. 2022;27(6):1991-2010.
29. Abd El-Azeem Taha AA, Abu-Zaid HA, El-Sayed Desouky D. Eating Disorders Among Female Students of Taif University, Saudi Arabia. *Arch Iran Med*. 2018;21(3):111-7.
30. Brumboiu MI, Cazacu I, Zunquin G, Manole F, Mogosan CI, Porrovecchio A, et al. Nutritional status and eating disorders among medical students from the Cluj-Napoca University centre. *Clujul Med 1957*. 2018;91(4):414-21.
31. Ghamri RA, Alahmari AM, Alghamdi LS, Alamoudi SF, Barashid MM. Prevalence and predictors of eating disorders: A cross-sectional survey of medical students at King Abdul-Aziz University, Jeddah. *Pak J Med Sci*. 2022;38(6):1633-8.
32. Ali SA, Mahfouz MS, Hakami RA, Altubayqi TH, Alhazmi NH, Adawi NA, et al. Prevalence and Associated Factors of Eating Disorders Among Female Students at Jazan University, Kingdom of Saudi Arabia: A Survey Study. *Cureus*. 2023;15(8):e43291.
33. Flórez ES, Castro CEA, Pinzón DQ, Peláez AV, Cardona AS, Cardona LSG. Salud mental en estudiantes de medicina: un reto más allá del estrés académico. *Psicol Desde El Caribe* [Internet]. 2024;41(1). Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/15802>
34. Friestino JKO, Luchini Junior D, Lange Biesek L, Marcon G, Fonsêca GS. Comunicación y salud mental: características relacionadas con la empatía en médicas y médicos del primer nivel de atención en Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colect*. 2020;16(0):49.
35. Carrard V, Bourquin C, Berney S, Schlegel K, Gaume J, Bart PA, et al. The relationship between medical students' empathy, mental health, and burnout: A cross-sectional study. *Med Teach*. 2022;44(12):1392-9.

36. Pitanupong J, Sathaporn K, Ittasakul P, Karawekpanyawong N. Relationship of mental health and burnout with empathy among medical students in Thailand: A multicenter cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2023;18(1):e0279564.
37. *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]*. ed. 2023. Anorexia. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2023. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=24194&filter=ths_termall&q=anorexia
38. *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]*. ed. 2023. Bulimia. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2023. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=51232&filter=ths_termall&q=bulimia
39. Lavery ME, Frum-Vassallo D. An Updated Review of Night Eating Syndrome: An Under-Represented Eating Disorder. *Curr Obes Rep*. 2022;11(4):395-404.
40. *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]*. ed. 2023. Trastornos de conducta alimentaria. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2023. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths//?id=24382&filter=ths_termall&q=tresourcerastornos%20de%20conducta%20alimentaria
41. Bizri M, Geagea L, Kobeissy F, Talih F. Prevalence of Eating Disorders Among Medical Students in a Lebanese Medical School: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:1879-87.
42. Samudra M, Davis S, Gupta N, Chaudhury S, Saldanha D. Association of childhood psychological trauma with eating disorders in undergraduate medical students. *Ind Psychiatry J*. octubre de 2021;30(Suppl 1):S120-6.
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*. 13(1):e12926.
44. Kozybska M, Kurpisz J, Radlińska I, Skwirczyńska E, Serwin N, Zabielska P, et al. Problematic Internet Use, health behaviors, depression and eating disorders: a cross-sectional study among Polish medical school students. *Ann Gen Psychiatry*. 11 de febrero de 2022;21(1):5.

45. Róbaló TRA, Garay J, Morán M. Probabilidad de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en profesionales de la salud. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf.* 2023;2:415-415.
46. Azzouzi N, Ahid S, Bragazzi NL, Berhili N, Aarab C, Aalouane R, et al. Eating disorders among Moroccan medical students: cognition and behavior. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;12:129-35.
47. Haneef S, Almuammar S. Prevalence and Associations of Night Eating Syndrome Among Medical Students in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag.* 2024;17:529-35.
48. Carpio Oviedo, Arteaga Quijada. Estrés académico asociado a probable trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de externado de la Universidad Científica del Sur en 2022-I [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Científica del Sur. 2024. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/3381/TL-Carpio%20F-Arteaga.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Zila-Velasque JP, Grados-Espinoza P, Regalado-Rodríguez KM, Luna-Córdova CJ, Calderón GSS, Díaz-Vargas M, 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 Psiquiatr [Internet]*. 2022; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9359929/>
50. Montesinos Sagredo. Asociación entre riesgo de trastornos de conducta alimentaria y depresión en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada De Tacna en el semestre 2023 – I. [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Privada de Tacna. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3010/Montesinos-Sagredo-Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Voderholzer U, Haas V, Correll CU, Körner T. Medical management of eating disorders: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2020;33(6):542-53.
52. van Leeuwen M. [Eating disorders]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2022;166:D6234.

53. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(1):22-32.
54. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord EWD*. 2022;27(2):415-28.
55. Organización Mundial de la Salud. Guía de Referencia CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades. [Internet]. 2022. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
56. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med*. 2020;382(14):1343-51.
57. Rubio Valladolid, Rodríguez-Jiménez. 13. Trastornos de la conducta alimentaria. En: *Experto Universitario en Psiquiatría y Salud Mental para Atención Primaria*. 1º ed. España. Editorial Medica Panamerica;2022. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_U_Psiquiatria_AP/M3T13_Textos.pdf
58. Paolacci S, Kiani AK, Manara E, Beccari T, Ceccarini MR, Stuppia L, et al. Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Mol Genet Genomic Med*. 2020;8(7):e1244.
59. Walsh BT, Hagan KE, Lockwood C. A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2023;56(4):798-820.
60. Haines MS. Endocrine complications of anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2023;11(1):24.
61. Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2020;216(2):97-104.
62. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2020;81(6):1-8.

63. Conceição ISR, Garcia-Burgos D, de Macêdo PFC, Nepomuceno CMM, Pereira EM, Cunha C de M, et al. Habits and Persistent Food Restriction in Patients with Anorexia Nervosa: A Scoping Review. *Behav Sci Basel Switz.* 2023;13(11):883.
64. Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med.*2021;88(6):333-43.
65. Barrios L, Stamatovich SN, Simons RM, Simons JS. Reinforcement sensitivity and bulimia symptoms: the role of emotion regulation. *Eat Weight Disord EWD.* 2022;27(5):1593-602.
66. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, Bonetti G, Medori MC, Marceddu G, et al. Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *J Prev Med Hyg.* 2022;63(2 Suppl 3):E297-305.
67. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(1):1.
68. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):21-32.
69. Yahya AS, Khawaja S, Chukwuma J, Chukwuma C. Early Diagnosis and Management of Bulimia Nervosa in Type 1 Diabetes. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020;22(6):20nr02707.
70. Townsend AB. Night eating syndrome. *Holist Nurs Pract.* 2007;21(5):217-21; quiz 222.
71. Sakthivel SJ, Hay P, Mannan H. A Scoping Review on the Association between Night Eating Syndrome and Physical Health, Health-Related Quality of Life, Sleep and Weight Status in Adults. *Nutrients.* 2023;15(12):2791.
72. Muscatello MRA, Torre G, Celebre L, Dell'Osso B, Mento C, Zoccali RA, et al. «In the night kitchen»: A scoping review on the night eating syndrome. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022;56(2):120-36.

73. Balasundaram P, Santhanam P. Eating Disorders. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>
74. Dalle Grave R, Sartirana M, Sermattei S, Calugi S. Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clin Ther*. 2021;43(1):70-84.
75. Cost J, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(6):361-6.
76. Cass K, McGuire C, Bjork I, Sobotka N, Walsh K, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa. *Psychosomatics*. 2020;61(6):625-31.
77. Machado PPP, Rodrigues TF. Treatment delivery strategies for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):498-503.
78. Monteleone AM, Pellegrino F, Croatto G, Carfagno M, Hilbert A, Treasure J, et al. Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;142:104857.
79. Muratore AF, Attia E. Psychopharmacologic Management of Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(7):345-51.
80. Crow SJ. Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):253-62.
81. Guentcheva I, Dugas EN, Hanusaik N, Drapeau V, Sylvestre MP, O'Loughlin J. Depression symptoms and night eating in young adulthood. *Eat Weight Disord EWD*. 2020;25(6):1593-600.
82. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-8.

83. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med.* 2020;35(3):885-93.
84. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women. *Biomédica.* 2005;25(2):196-202.
85. Sánchez-Armass O, Drumond-Andrade FC, Wiley AR, Raffaelli M, Aradillas-García C. Evaluación del desempeño psicométrico del cuestionario SCOFF en una muestra de adultos jóvenes mexicanos. *Salud Pública México.* 2012;54(4):375-82.
86. Moizé V, Gluck ME, Torres F, Andreu A, Vidal J, Allison K. Transcultural adaptation of the Night Eating Questionnaire (NEQ) for its use in the Spanish population. *Eat Behav.* 2012;13(3):260-3.
87. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eat Behav.* 2008;9(1):62-72.
88. Latzer Y, Tzischinsky O, Hason Rozenstein M, Allison K. Reliability and cross-validation of the Night Eating Questionnaire (NEQ): Hebrew version. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2014;51(1):68-73.
89. da Silva FGC, Pinto TF, de Souza EA, de Bruin VMS, de Bruin PFC. Adaptation of the night eating questionnaire for Brazilian adolescents. *Sleep Sci Sao Paulo Braz.* 2020;13(2):103-6.
90. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry.* 2022;35(6):362.
91. Zeng W, Chen R, Wang X, Zhang Q, Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(18):e15337.

92. Jahrami H, Sater M, Abdulla A, Faris MAI, AlAnsari A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2019;24(3):397-410.
93. Facultad de Ciencias de la Salud. Plan de Estudio de la Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Privada de Tacna [Internet]. Disponible en: <https://www.upt.edu.pe/upt/web/facultad/contenido/198/31849060>
94. Association of American Medical Colleges. Report of Total U.S. MD-Granting Medical School Enrollment by Race/Ethnicity (Alone) and Gender, 2019-2020 through 2023-2024. AMC [Internet]. 2023 FACTS: Enrollment, Graduates, and MD-PhD Data. Disponible en: <https://www.aamc.org/data-reports/students-residents/data/2023-facts-enrollment-graduates-and-md-phd-data>
95. Bede F, Cumber SN, Nkfusai CN, Venyuy MA, Ijang YP, Wepngong EN, et al. Dietary habits and nutritional status of medical school students: the case of three state universities in Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2020;35:15.
96. Zenteno CAC, Pérez JDG, Feliciano MÁR. Relación del Índice de Masa Corporal (IMC) y Circunferencia de Cintura (CC) con Glucosa, Colesterol y Triglicéridos en Estudiantes de Medicina. *Espac ID Innov Más Desarro* [Internet]. 2020;9(23). Disponible en: <https://www.espacioimasd.unach.mx>
97. Saavedra K. Estilo de vida saludable e IMC en relación con capacidad nutricional, actividad física, calidad de sueño en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Particular Antenor Orrego. [Tesis de Pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020.
98. Rostad IS, Tyssen R, Løvseth LT. Symptoms of disturbed eating behavior risk: Gender and study factors in a cross-sectional study of two Norwegian medical schools. *Eat Behav.* 2021;43:101565.
99. Silva S. Factores de Riesgo asociados a trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma de primer y sexto años del 2022. [Tesis de

- Pregrado] Lima: Universidad Ricardo Palma. 2024. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7478/T030_70996754_T%20%20%20SILVA%20ROBLES%20STEFANY%20LUISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
100. Chirre Tapia O. Factores asociados al desarrollo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista de agosto a setiembre, 2021. [Tesis de pregrado].Lima:Universidad Privada San Juan Bautista. 2024.
 101. Santa María C. Nomofobia asociada al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/11343/REP_ALEGRIA.SANTA_NOMOFOBIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 102. Rizvi M, Sami W, Kashoo F zaffar, Alqahtani M, Ahmad M, Bushra A. Relation Between Night Eating Syndrome and Academic Grades Among University Students. Turk J Endocrinol Metab. 2019;23(2):85-91.
 103. Bruzas MB, Allison KC. A Review of the Relationship between Night Eating Syndrome and Body Mass Index. Curr Obes Rep. 2019;8(2):145-55.
 104. El Ayoubi LM, Abou Ltaif D, El Masri J, Salameh P. Effects of night eating and binge eating disorders on general health in university students in Lebanon. Ir J Med Sci. 2022;191(6):2635-40.
 105. Aleksic V, Milic M, Jeremic B, Gasic M, Dotlic J, Stevanovic J, et al. Associations of personality traits with night eating among students in health sciences who live in a post-conflict setting. Chronobiol Int. 2023;40(4):368-75.
 106. Abreu DDC, Silva JPC, Paiva L da S, Figueiredo FW dos S, Souto RP, Abreu LC. Night eating syndrome among university students: are aspects of academic life associated with eating disorders? J Hum Growth Dev Impresso. 2023;173-83.

107. Farhangi MA. Night Eating Syndrome and Its Relationship with Emotional Eating, Sleep Quality and Nutritional Status Among Adolescents' Boys. *Community Ment Health J.* 2019;55(8):1411-8.
108. Tzischinsky O, Tokatly Latzer I, Alon S, Latzer Y. Sleep Quality and Eating Disorder-Related Psychopathologies in Patients with Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorders. *J Clin Med.* 2021;10(19):4613.
109. Tu CY, Meg Tseng MC, Chang CH. Night eating syndrome in patients with eating disorders: Is night eating syndrome distinct from bulimia nervosa? *J Formos Med Assoc.* 2019;118(6):1038-46.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento de consentimiento es brindar a los participantes una explicación clara sobre la investigación y su papel en ella.

Esta investigación está siendo realizada por Marcelo Aurelio Zamata Mamani, de la Universidad Privada de Tacna. La meta de este estudio es estimar el riesgo de un tamizaje positivo para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y síndrome del comedor nocturno en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna 2024-1.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas de unos cuestionarios validados. Esto tomará aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Si decide participar, se le pedirá que complete algunos cuestionarios validados, lo que tomará aproximadamente cinco minutos. Su participación es completamente voluntaria. La información recopilada será confidencial y solo se utilizará para esta investigación. Sus respuestas serán codificadas y permanecerán anónimas.

Si tiene alguna pregunta, puede hacerla en cualquier momento durante su participación o llamando al número +51 910 369 589. También puede optar por retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones. Si alguna pregunta le resulta incómoda, tiene el derecho de no responderla.

Desde ya le agradezco su participación.

Al firmar este documento, acepta participar voluntariamente en esta investigación,

Nombre:

Firma: _____

Fecha:

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

SECCIÓN I: Características del encuestado

1. **Código universitario:**
2. **Año académico:**
3. **Edad:**
4. **Sexo:** Femenino / Masculino
5. **Peso:**
6. **Talla:**
7. **¿Alguna vez ha sido diagnosticado de algún trastorno de conducta alimentaria?**
 - a. No
 - b. Si, anorexia nerviosa
 - c. Si, bulimia nerviosa
 - d. Si, otro: _____

SECCIÓN 2: Cuestionario SCOFF

Por favor, marque la respuesta que mejor se ajusta a su situación

	Si	No
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda, aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		

SECCIÓN 3: Cuestionario Night Eating Questionnaire

Por favor, marque la respuesta que mejor se ajusta a su situación

1. ¿Qué tan hambriento sueles estar por las mañanas?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Moderado	4 Mucho

2. ¿A qué hora sueles alimentarte por primera vez?

0 Antes de las 9 am	1 Entre las 9:01 a 12 pm	2 Entre las 12:01 a 3 pm	3 Entre las 3:01 a 6 pm	4 De las 6:01 pm en adelante

3. ¿Tienes antojos, deseos de “picar” o comer snacks después de cenar, pero antes de acostarte?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Demasiado

4. ¿Cuánto control tienes sobre tus comidas entre la cena y la hora de acostarse?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Total

5. Teniendo en cuenta tu ingesta diaria de alimentos ¿Cuánto comes después de la cena?

0 0%	1 1-25%	2 26-50%	3 51-75%	4 76-100%

6. ¿Te sientes a menudo triste o deprimido?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Extremadamente

7. Cuándo te sientes triste, ¿tu animo es más bajo en que momento del día?

0 Temprano en la mañana	1 En las ultimas horas de la mañana	2 Por la tarde	3 Temprano por la noche	4 Tarde por la noche

Marca aquí si tu estado de animo no cambia durante el día	
---	--

8. ¿Qué tan a menudo tienes problemas para dormir?

0 Nunca	1 A veces	2 La mitad de las veces	3 Usualmente	4 Siempre

9. ¿Cuántas veces a la semana te sueles levantar en medio de la noche? Sin contar las veces para usar el baño

0 Nunca	1 Menos de una vez por semana	2 Aproximadamente una vez por semana	3 Mas de una vez por semana	4 Cada noche

-----Si la respuesta a la pregunta 9 fue Nunca (0) por favor deténgase aquí -----

10. ¿Tienes antojos, deseos de “picar” o comer snacks cuando te despiertas por la noche?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Extremadamente

11. ¿Necesitas comer para poder volver a dormir cuando te despiertas por la noche?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Extremadamente

12. Cuando te despiertas por la noche ¿Con que frecuencia comes un refrigerio?

0 Nunca	1 A veces	2 La mitad del tiempo	3 Usualmente	4 Siempre

-----Si la respuesta a la pregunta 12 fue Nunca (0) por favor deténgase aquí -----

13. Cuándo comes un refrigerio a mitad de la noche ¿eres consciente de lo que comes?

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Completamente

14. ¿Cuánto control tienes sobre lo que comes cuando te despiertas por la noche

0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Total

¿Desde cuándo han estado ocurriendo tus dificultades actuales con la ingesta nocturna de comida?	_____ meses
	_____ años

ANEXO 3: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

FACSA-CEI/069-04-2024

Tacna, 22 de abril de 2024

Investigador:

Marcelo Aurelio, Zamata Mamani

Presente. -

PI 069-24: "CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2024-1"

Estimado Investigador:

Hemos recibido el protocolo de investigación, que ha sido revisado en detalle. Luego de esta revisión el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud **ha determinado que su proyecto de investigación está APROBADO CON RECOMENDACIONES**

- El objetivo general delimita 3 objetivos. Se sugiere modificar a "Características asociadas a trastorno de alimentación en ..."
- Describir la validación al español del instrumento SCOFF (País, año de realización, población, resultados, alfa de Cronbach)
- IDEM con el cuestionario del Comedor Nocturno
- Describir con más detalle el Procedimiento (¿Quién encuesta, si hay encuestadores estos recibirán una capacitación?, cómo se obtendrán acceso a las aulas, las encuestas serán autoadministradas, en qué momento del día, en qué periodo de tiempo)
- En consideraciones ética corregir: "...será sometido al comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud"
- SEGUIMIENTO ANTES DE SUSTENTACIÓN: Debe de volver a enviar su proyecto al CEI antes de su sustentación.

Se les solicita informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, ante la aparición de cualquier evento o efecto – previsible que comprometa la integridad y bienestar del equipo de investigación y los participantes durante el curso de su ejecución, estos deben ser también informados al Comité. Nos reservamos el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad. Nos permitimos recordar a los investigadores que la ejecución de un proyecto de investigación sin una aprobación ética vigente es una falta grave, la cual puede ser sancionada con el cierre definitivo del estudio e imposibilidad de utilizar cualquier dato recolectado o generado en el mismo.

Esta aprobación tiene una duración de 18 meses a partir de la fecha de emisión de este documento. Al término de la ejecución, el investigador deberá emitir un informe de cierre de proyecto, según los formatos del CEI.

Sin otro particular, quedo de ustedes,



Med. Brayan Raul Miranda Chavez
Presidente encargado del Comité de Ética en
Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud



UPT

Universidad Privada de Tacna

Avenida Jorge Basadre
Grohmann s/n
Campus Capanique, Tacna,
Perú
Tel: +51 52 427212
www.upt.edu.pe

ANEXO 4: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PLAN DE TESIS



UPT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 328-2024-UPT/FACSA-D

Tacna, 26 de abril del 2024

VISTA:

La solicitud presentada por la estudiante **ZAMATA MAMANI, Marcelo Aurelio** solicitando la inscripción de su Proyecto de Tesis; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 057-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019 se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 038-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Reglamento para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que, mediante Resolución N° 058-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019, se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 039-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que mediante OFICIO Nro. 00069-2024-UPT-UI-FACSA de fecha 26 de abril del 2024, el Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA, remite el Proyecto "CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2024-1" así como la conformidad de revisión del jurado dictaminador al Mg. Juan Alberto Giron Dappino y declarándolo APTO para su ejecución,

Que, el estudiante **ZAMATA MAMANI, Marcelo Aurelio**, ha cumplido con los pasos establecidos en el Artículo 11 del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, por lo que es procedente la Inscripción y autorización de Ejecución del Proyecto de Investigación.

Que, estando a las atribuciones conferidas al señor Decano por el Artículo 51° del Estatuto y Artículo 68° del Reglamento General de la Universidad Privada de Tacna;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- INSCRIBIR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN del Proyecto de Tesis: "CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2024-1", Presentado por la Estudiante **ZAMATA MAMANI, Marcelo Aurelio**, teniendo como asesor al Mg. Gerson Roberto Gómez Zapana.

ARTICULO SEGUNDO.- La Secretaría Académico – Administrativa de la Facultad, adoptará las acciones pertinentes para viabilizar lo dispuesto en el Artículo anterior.

Regístrese, comúiquese y archívese.

Firmado por: MARCO
CARLOS ALEJANDRO
RIVAROLA HIDALGO
Cargo: DECANO DE LA
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

Fecha/Hora: 02-05-2024
17:59:36

C.c.: Unidad de Investigación FACSA, Interesado, SAA, Archivo