

Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales

Álvaro Andrés Cano Correa*
José Jaime Castaño Castrillón, Físico, MSc**
Diego Andrés Corredor Zuluaga*
Angela María García Ortiz*
Mildreth González Bedoya*
Olga Liliana Lloreda Chala*
Keyris Viviana Lucero Angulo*

Juliana Ortiz Restrepo*
Martha Luz Páez Cala, Psic, MSc***
Leidy Johana Patiño Ramírez*
Luz Elena Pérez Blanco*
Carlos Alejandro Villegas Quintero*
Alejandra Zuluaga Cardona*

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de los factores de riesgo para trastornos de la alimentación en estudiantes de la Universidad de Manizales. **Materiales y métodos:** De 3,610 estudiantes regulares de la Universidad de Manizales se tomó una muestra de 165 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el *Eating Disorders Inventory* (EDI2) y el Apgar familiar; además se tomaron las medidas de peso, talla, índice de masa corporal y pliegue en el antebrazo. **Resultado:** Un 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez. **Conclusiones:** Se encontraron factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. La frecuencia del factor de riesgo según EDI2 en este estudio fue más baja que la encontrada en estudios realizados en Medellín y Bogotá. [Cano AA, Castaño JJ, Corredor DA, García AM, González M, Lloreda OL, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *MedUNAB* 2007; 10:187-194].

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo; Anorexia nerviosa, Bulimia.

Summary

Objective: To identify risk factors for eating disorders in students of the University of Manizales. **Materials and methods:** The total sample was of 165 of 3610 total registered students. Each student has completed a questionnaire composed by a demographic survey, the Zung's scales for depression or anxiety, the Eating Disorders Inventory (EDI-2) and the family Apgar; height, weight, mass corporal index and percent fat data also were obtained. **Results:** 12.7% of the population presented EDI-2 risk factor for eating disorders; 17.3% of women and 3.8% of men). The faculty with the highest risk factor between women was Social Communication and Journalism (24.1%). There is a significant correlation between the variable impulse by thinness, and anxiety or depression. **Conclusions:** Almost all of the risk factors associated with the development of eating disorders present an important prevalence in this study. The frequency of EDI-2 risk factor in this study was lower than the expected when compared with other studies made in Bogotá, Medellín and Bucaramanga. The scores on the EDI2 scale were similar to those found in Medellín. [Cano AA, Castaño JJ, Corredor DA, García AM, González M, Lloreda OL, et al. Risk factors to eating disorders in students of the Universidad de Manizales. *MedUNAB* 2007; 10:187-194].

Key words: Eating disorders, Risk factors, Anorexy, Bulimia.

* Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.

** Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.

***Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.

Correspondencia: José Jaime Castaño Castrillón, Cra 9 # 19-03, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.
E-mail: cim@umanizales.edu.co

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se consideran un problema de salud propio de países desarrollados, una verdadera epidemia con una incidencia y prevalencia en aumento. La presión sociocultural hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad son uno de los factores capitales en la aparición de estos trastornos. Son más frecuentes en la clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando progresivamente ya que se ven casos en cualquier entorno.¹

Investigaciones recientes indican que los TCA ocurren comúnmente en adolescentes y adultos jóvenes; son diez veces más comunes en mujeres que en hombres ya que en la mujeres jóvenes el riesgo de desarrollar anorexia nerviosa (AN) es del 0.5% al 1% (con mortalidad de 4% al 10%), mientras que para desarrollar bulimia nerviosa (BN) es del 2% al 5%.¹ Aunque en Colombia no existen estadísticas globales sobre esta enfermedad, si se han publicado algunos estudios realizados en Bogotá,^{2,5,7} Medellín,⁸ y Bucaramanga.⁹⁻¹¹

En 1997 Ángel, Vázquez y Chavarro informaron una prevalencia de 1.2% para bulimia, 0.5% para anorexia y 17.5% para TCA no especificado, para una prevalencia total de trastornos alimentarios de 19.5%, en una población de estudiantes universitarios de Bogotá.² En ese mismo año Vázquez *et al* publicaron un estudio con practicantes de karate, encontrando una prevalencia de trastornos alimentarios del 25.8%, superior a la población en general.³ En 1998 publican otra experiencia efectuada en colegios de estrato 5 y 6 de Bogotá, con un grupo de 10 estudiantes con anorexia, entre 13 y 14 años, que cursaban 10º y 11º grado; se destacó una altísima presencia de disfunción familiar (90% de los casos), mientras que en el 60% había obesidad en por lo menos un familiar en primer grado.⁴ En 2002 Pazos encuentra un marcado desconocimiento sobre este tema en docentes y estudiantes de un colegio distrital en Bogotá, lo que se constituye en factor de riesgo.⁵

Rodríguez *et al* en el 2003 analizaron la corporalidad en 38 mujeres entre 13 y 45 años con diagnóstico de AN o BN, concluyendo que el grado de insatisfacción o distorsión de la imagen corporal se constituye en el principal problema psicopatológico e importante factor pronóstico.⁶ Ramírez *et*

al realizaron en 2003 un estudio en diversos colegios públicos y privados de Medellín, con la participación de 474 alumnas entre los 9 y 19 años, encontrando una frecuencia del 33.5% de adolescentes con de riesgo de TCA y una prevalencia total de 17.7%, distribuida así: 0.8% para AN, 2.3% para BN y 14,6% para TCA no especificado.⁸

Los TCA son un grupo de síndromes clínicos cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia corporal.⁴ En los últimos 50 años los trabajos muestran un aumento en la incidencia, mas no es claro si es un reflejo de lo que sucede en la comunidad, pues podría deberse a mejores métodos de detección o a la mayor disponibilidad de servicios de salud. Se ha estimado una incidencia de AN de 8.1 por 100,000 personas-año y de BN de 11.4 por 100,000 personas-año. Se ha determinado una prevalencia en mujeres de 0.2% al 0.5% para AN y del 2% al 3% para BN.⁸

Según el DSM-IV, los TCA se dividen en tres categorías diagnósticas:¹² AN, restrictiva y purgativa;¹²⁻¹⁴ BN^{12, 15} y TCA no especificado. La obesidad es otro trastorno de la alimentación, de riesgo para la salud por el exceso de grasa corporal resultante. En 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó una clasificación estándar como un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m².¹⁶ En los últimos años se han anexado otros trastornos de la alimentación como la vigorexia¹⁷ y la ortorexia.^{6,18}

Dentro de los factores de riesgo para trastornos de la alimentación se encuentran los siguientes. Para AN: crítica de la figura corporal, perfeccionismo, dietas especiales, dietas familiares, historia de trastorno de la conducta alimentaria, depresión, ser mujer adolescente; fumar y uso de drogas, abuso del alcohol, abuso sexual, obesidad, baja autoestima, alteraciones metabólicas, psicológicas, percepción distorsionada de la imagen corporal.^{3,6,13,19-23} Para BN: presentar depresión, distorsión en la auto imagen corporal, temor a engordar, motivación por la delgadez e insatisfacción corporal.^{13,21,24,25} Para obesidad: presentar hiperlipidemia, diabetes tipo 2, disconformidad con el propio cuerpo, ser hombre, ingesta excesiva de grasas y vida sedentaria.^{26, 27} En la tabla 1 se sintetizan los hallazgos de diversas investigaciones en relación con los factores asociados a TCA.

Tabla 1. Factores asociados a trastornos de la alimentación.

Anorexia ^{15, 23, 28, 29}	Bulimia nerviosa ^{24, 30}	Obesidad ^{27, 28, 31}
Percepción problemática de los cambios físicos prepuberales	Tentativas de suicidio	Hipertensión arterial, cáncer
Inicio de la actividad sexual	Abuso de drogas	Temor a la madurez y
Ruptura amorosa o pérdida afectiva	Robar en tiendas	desconfianza interpersonal
Presión del medio sobre la mujer ideal	Promiscuidad	Historia familiar de obesidad
Intensa actividad deportiva	Cultura de la abundancia calórica	Obesidad en la infancia
Modelos, bailarinas de ballet, patinadoras artísticas o gimnastas	Obsesión por algunas comidas	Poca actividad física
Ser estudiante de ciencias de la salud		Preferencias alimentarias y dietas para perder peso
Obesidad familiar		
Padres sobre protectores, perfeccionistas		
Comunicación intrafamiliar inadecuada		
Familia disfuncional		

Existen infinidad de cuestionarios para detectar el riesgo de sufrir una TCA. Entre ellos destacan por ser los mas empleados el *Eating Disorder Inventory* (EDI y EDI-2),^{8,32,33} el *Eating Attitudes Test* (EAT),^{21,25,28,32} y el SCOFF (del acronimo en ingles, *sick, control, one, fat, food*).³⁰ Este ultimo ha sido ampliamente estudiado, en su aspecto de validacion en la poblacion colombiana.⁹⁻¹¹

Segun esta panoramica, el presente estudio pretende indagar sobre la frecuencia de los factores de riesgo para TCA entre los estudiantes de la Universidad de Manizales, dada la ausencia de estudios pertinentes sobre los factores de riesgo en esta poblacion, mas aun teniendo en cuenta que alrededor del 90% al 95% de las personas con trastornos de los TCA son adolescentes, periodo del ciclo vital en el cual la tematica de la identidad es relevante en el desarrollo personal.³⁴

Materiales y metodos

El estudio realizado es de tipo descriptivo-correlacional, ya que se midieron y evaluaron diversos aspectos, dimensiones y componentes de los fenomenos asociados a los TCA. Ademas, se establecieron diferencias entre los distintos grupos a investigar y se relacionaron las variables mas relevantes. Teniendo en cuenta que para el primer periodo academico del ano 2006 el numero total de estudiantes regulares de la Universidad de Manizales era de 3,610 y suponiendo una prevalencia de riesgo para TCA del 33%⁸ y un valor minimo tolerable (menor frecuencia aceptable) del 26%, con un 95% de confianza, se obtuvo una muestra total de 165 estudiantes. El unico criterio de inclusion empleado es que fueran estudiantes regulares de la Universidad de Manizales, en el momento de recoleccion de los datos. Esta muestra se selecciono mediante un muestreo probabilistico a partir de una lista de todos los estudiantes regulares de la Universidad de Manizales, jornadas diurna y nocturna, proporcionada por la seccion de registro academico de la universidad, empleando el procedimiento adecuado del programa SPSS version 13 (SPSS Inc). A cada participante se le informo las caracteristicas de la investigacion, se garantizo el anonimato y libertad de participar en la investigacion y dieron su consentimiento informado por escrito antes de responder la encuesta.

Las variables consideradas fueron: edad (anos), sexo, facultad, estrato socioeconomico (estrato 1 al 6), antecedentes familiares de tension arterial (si, no), tipo de actividad extracurricular (modelo, musico, danza,²⁹ deportista,²⁵ trabajo), IMC segun peso y talla (bajo peso, normal, sobrepeso, obeso),³⁵ porcentaje de grasa (medida en la parte posterior del antebrazo derecho con un adipometro, clasificado como bajo, ideal, alto), ansiedad segun la prueba Zung (ausente, subclinica, grave, muy grave),^{15,36,35} depression segun la prueba de Zung (ausente, leve, moderada, grave),^{13,37} rendimiento academico (nota promedio carrera,

numero de materias perdidas),^{13,37,38} dimensiones del EDI-2 (impulso por la delgadez, bulimia, insatisfaccion corporal, inactividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulacion de impulsos e inseguridad social),^{7,8} con lo que se establecio el riesgo para TCA (positivo: impulso por la delgadez > 14; negativo: impulso a la delgadez ≤ 14).

Para la descripcion de las variables nominales y ordinales se utilizaron tablas de frecuencia; para las variables de razon se emplearon promedios y desviacion estandar; para probar la relacion de variables proporcion y razon se utilizo la prueba χ^2 y la prueba t, con una significancia < 0,05. Para la elaboracion de la base de datos se empleo el programa Excel® (Microsoft Corporation) y para el analisis de la informacion el programa SPSS version 13 (SPSS Inc).

Resultados

Se observa mayor participacion femenina (63.0%) y de la facultad de Mercadeo (16.6%). La edad promedio para toda la poblacion fue de 21.8 anos (minimo 16, maximo 43). La ciudad de mayor procedencia es Manizales (59.9%); hay predominio de personas residentes en el estrato 4 (44.8%); un 67.8% de los estudiantes viven con la familia de origen. En su mayoria los estudiantes no participan de actividades extracurriculares (61.1%); de los que si practicaban alguna actividad extracurricular, la mas frecuente es el deporte (21.3%).

Aunque el modelaje y la danza son considerados factor de riesgo para trastornos de la alimentacion,⁸ en este estudio solo se encontraron dos y tres personas vinculadas a estas actividades, respectivamente. No se encontro relacion entre el riesgo de TCA e impulso a la delgadez o con las actividades extracurriculares como danza, deporte, modelaje, musica y actividad laboral.

En cuanto a rendimiento academico, los participantes dedican al estudio un promedio de 25.5 horas presenciales a la semana y 14.2 horas no presenciales. Un 48.3% de esta poblacion ha perdido al menos un curso durante toda su carrera, con un promedio de 1.13 (minimo 0; maximo 8) cursos perdidos; el promedio de notas durante todo el semestre fue de 3.83 (minimo 2.00; maximo 4.60).

El antecedente familiar mas frecuente es sobrepeso (19.9%); siendo los tios el parentesco mas comun (9.9%). Otros antecedentes familiares son hipertension arterial (13.7%), diabetes (12.8%) y estres (5.7%); AN y BN son antecedentes poco comunes (1.4% y 0.5%, respectivamente). Una quinta parte de la poblacion (20.4%), segun lo reportado por los estudiantes, presenta estres. Otras situaciones problema son dietas frecuentes (9.5%), sobrepeso (9.5%), con inicio a los 12 anos (3.0%); un 36.5% de la

Tabla 2. Valores de las dimensiones del EDI-2, estudiantes de la Universidad de Manizales.

Dimensiones	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Impulso por la delgadez	8.48	5.07	8.0	8.0	0.0	17.0
Bulimia	6.55	3.99	6.0	4.0	0.0	27.0
Insatisfacción corporal	8.98	5.24	9.0	8.0	0.0	21.0
Baja autoestima	7.73	5.36	7.0	4.0	1.0	18.0
Perfeccionismo	7.90	3.99	8.0	3.0	0.0	15.0
Desconfianza interpersonal	8.04	3.44	8.0	8.0	0.0	24.0
Conciencia interoceptiva	11.79	5.07	12.0	14.0	2.0	24.0
Miedo a la madurez	12.55	4.06	12.0	13.0	1.0	20.0
Ascetismo	9.0	3.39	9.0	9.0	2.0	26.0
Regulación de impulsos	12.62	4.81	13.0	13.0	0.0	20.0
Inseguridad social	9.76	3.91	10.0	11.0	0.0	21.0
Puntaje EDI	97.55	28.74	98.0	116.0	26.0	193.0

DE: desviación estándar

población se siente que ha aumentado de peso a pesar de los comentarios de otras personas; 42.2% tiende a comer en exceso cuando esta preocupado, y 5.7% realiza conductas compensadoras como inducir el vómito, usar de laxantes o diuréticos y hacer ejercicio en forma excesiva.

La talla y peso medios son 1.65 m y 60.9 kg, con IMC medio de 22.3 kg/m². El pliegue medio encontrado es 13.8 cm, un porcentaje de grasas medio de 22.6%. Se observa que la mayoría de la población tiene un IMC normal (75.4%) y de grasa corporal alta (79.5%); 15.6% de los estudiantes presentan sobrepeso, 3.3% obesidad y 5.7% bajo peso. El 12.7% de la población presenta riesgo para TCA, un 57.3% ansiedad subclínica y un 5.7% ansiedad grave. La mayoría de la población no sufre de depresión (67.6%), aunque un 21.4% si tiene depresión leve y grave el 1%. Hay buena funcionalidad familiar en el 45.5% de los participantes y disfunción severa un 9.5%. En la tabla 2 se observan los resultados con lo diferentes componentes del EDI-2.

La figura 1 muestra la relación que existe entre tener riesgo de TCA con relación a la facultad a la que el estudiante

pertenece y a su sexo. La facultad con mayor prevalencia de personas con riesgo de TCA es la de Comunicación Social y Periodismo, con un 24.1%, mientras que en las facultades de Economía y Educación no se presentan casos con riesgo de TCA. Aunque los TCA se han asociado con las áreas de la salud,²⁴ en la facultad de Medicina sólo se encontró que el 10.3% de las personas tienen riesgo para este trastorno. Se evidenció una relación significativa entre la variable impulso a la delgadez (variable relacionada con el cálculo del riesgo de TCA) y facultad ($p=0.022$).

Según género, el riesgo de TCA es mayor en el género femenino (17.3%), con diferencia significativa ($p=0.004$), al igual que la diferencia entre géneros para el impulso por la delgadez ($p < 0.001$); para la mujer este valor es de 9.714 0.823, mientras que para el género masculino es de 6.372 1.075. Teniendo en cuenta solo las mujeres, la facultad con mayor prevalencia de riesgo para TCA es la de Comunicación Social y Periodismo (30,4%); en cuanto a los hombres, la facultad con mayor factor de riesgo para este trastorno es Ingeniería de Sistemas (10,5%).

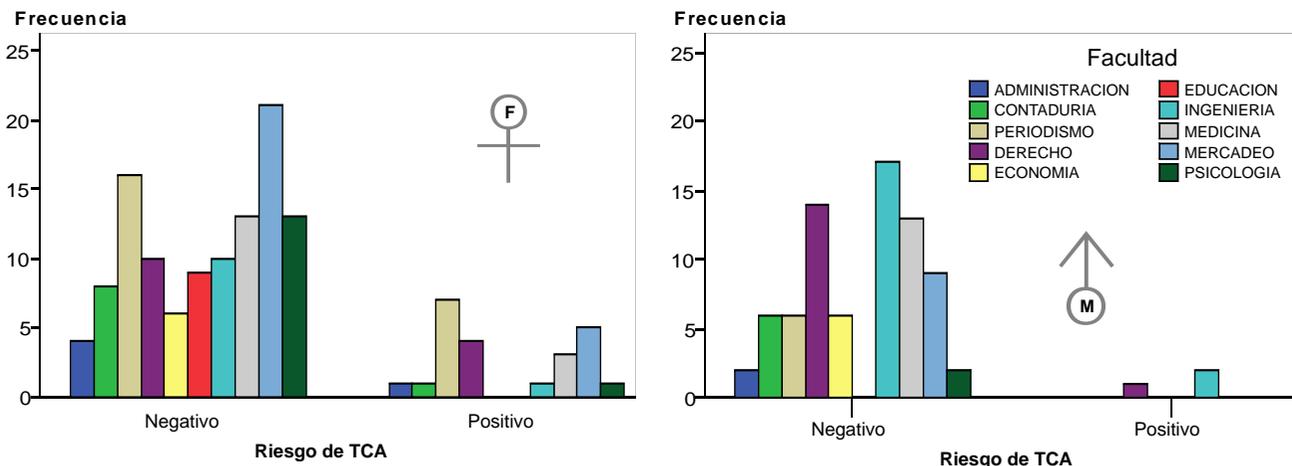


Figura 1. Riesgo para TCA según facultad y género entre los estudiantes de la Universidad de Manizales.

Para esta población se determinó una relación significativa entre el impulso por la delgadez con la ansiedad y la depresión según coeficiente de correlación de Pearson. La ansiedad tiene una relación significativa con la depresión y con el Apgar familiar.

A su vez, el Apgar familiar tiene una relación significativa con la depresión, mas no con el impulso por la delgadez. Igualmente mediante el coeficiente de correlación de Pearson se encuentra una relación significativa ($p < 0.01$) entre impulso a la delgadez y ansiedad o depresión, consideradas como variables de razón.

Igualmente, y confirmando lo mencionado, se presentó una relación significativa entre impulso a la delgadez y nivel de ansiedad o de depresión ($p = 0.005$ y $p = 0.004$, respectivamente según análisis de varianza). No existe relación significativa entre el grado de funcionalidad familiar medido por el Apgar familiar y el impulso por la delgadez ($p = 0.57$). De forma análoga, se evidenció una relación significativa entre el grado de depresión y el riesgo para TCA ($p = 0.004$).

Se realizó un ajuste lineal entre el impulso por la delgadez y el IMC, y el impulso a la delgadez y el porcentaje de grasa, encontrándose que la relación es significativa ($p < 0.001$ en ambos casos): a medida que se incrementa el impulso por la delgadez aumenta el porcentaje de grasa y el IMC.

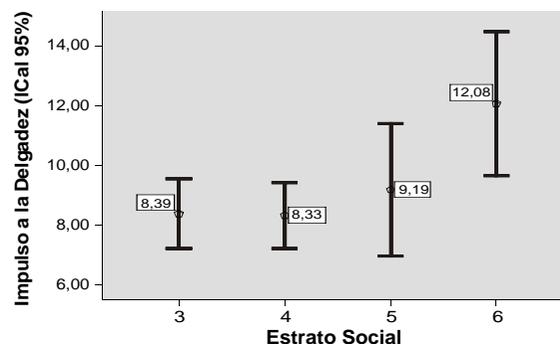


Figura 2. Relación entre impulso a la delgadez y estrato social, en la población de estudiantes de la Universidad de Manizales. Las barras son los límites de confianza al 95%.

No existe asociación entre el promedio de notas y el impulso por la delgadez ($p = 0.972$), ni entre el número de materias perdidas con los de riesgo para TCA ($p = 0.282$). Se encontró una relación significativa entre impulso a la delgadez y estrato social ($p = 0.077$; figura 2), e igualmente entre riesgo para TCA y estrato social ($p = 0.035$). En ambos se encuentra que el riesgo para TCA se incrementa a medida que el nivel social aumenta. Mediante pruebas t para grupos independientes se probó la relación entre las dimensiones del EDI-2 para riesgo de TCA, encontrándose diferencias significativas para todas las dimensiones, excepto desconfianza interpersonal (tabla 3).

Tabla 3. Dimensiones del EDI-2 en relación el riesgo para trastornos de la alimentación, estudiantes de la Universidad de Manizales.

Dimensión	Riesgo de TCA	N	Media	DE	p
Bulimia	Negativo	185	6.010	3.847	<0.001
	Positivo	26	10.346	2.784	
Insatisfacción corporal	Negativo	185	8.243	4.714	<0.001
	Positivo	26	14.192	5.892	
Baja autoestima	Negativo	185	7.264	5.286	0.001
	Positivo	26	11.076	4.723	
Perfeccionismo	Negativo	185	6.983	3.266	<0.001
	Positivo	26	14.423	2.119	
Desconfianza interpersonal	Negativo	185	7.902	3.344	0.190
	Positivo	26	9.000	3.979	
Conciencia interoceptiva	Negativo	185	11.151	4.901	<0.001
	Positivo	26	16.307	3.834	
Miedo a la madurez	Negativo	185	12.216	3.687	0.023
	Positivo	26	14.961	5.639	
Ascetismo	Negativo	185	9.302	3.209	<0.001
	Positivo	26	12.538	3.385	
Regulación de impulsos	Negativo	185	12.313	4.594	0.013
	Positivo	26	14.807	5.762	
Inseguridad social	Negativo	185	9.545	3.741	0.089
	Positivo	26	11.269	4.787	
Impulso por la delgadez	Negativo	185	7.291	4.157	<0.001
	Positivo	26	16.923	1.998	
Puntaje total	Negativo	185	92.216	25.312	<0.001
	Positivo	26	135.500	22.631	

Discusión

Los TCA son muy frecuentes a nivel mundial, presentando una alta incidencia entre la juventud;³⁹⁻⁴¹ uno de cada diez afectados muere por inanición, suicidio o complicaciones médicas, entre ellas, las renales.⁴² En el presente trabajo se estudió el riesgo para TCA según el EDI2, y se encontró una frecuencia en mujeres de 17.3%, la cual es baja comparada con el estudio realizado en Medellín,⁸ donde se encontró una frecuencia de factor de riesgo en mujeres que la duplica (33.3%). Esto puede explicarse en gran parte por las diferentes poblaciones, en Medellín escolares y esta población universitaria, quizás con menor vulnerabilidad y mayor conciencia de la problemática. Finalmente, en Medellín se profundizó en el diagnóstico de la población en riesgo, encontrando una prevalencia total del 17.7% de cualquier TCA; esta segunda etapa no se implementó en el presente trabajo. En el estudio efectuado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se informó que el riesgo TCA es de 38.7% entre estudiantes universitarias, aunque en este caso se escogieron por conveniencia las seis facultades con mayor cantidad de mujeres, a más que la intención de ese estudio era fundamentalmente la validación del cuestionario SCOFF.¹⁰ Esta prevalencia de riesgo de TCA es alta comparada con la del presente estudio (17.3%), aunque parecida a la frecuencia arrojada por el estudio de Medellín de Ramírez *et al*, en donde fue de 33.3%.⁸ La frecuencia detectada de 38.7% en el estudio de Bucaramanga es parecida también a la frecuencia de 39.4% detectada por el mismo autor en otro estudio efectuado en la misma ciudad pero entre adolescentes de tres colegios de bachillerato.^{9, 34} También en este caso la idea fundamental era validar el cuestionario SCOFF.

Este estudio muestra concordancia con lo referido en la literatura, acerca de la mayor prevalencia de factores de riesgo para TCA en mujeres;³⁹⁻⁴¹ además, no se encuentran estudios mundiales que evidencien lo contrario, aunque en los últimos años se ha mostrado una tendencia al incremento de estas patologías en los hombres.⁴² La presencia temprana de preocupaciones acerca del atractivo corporal en mujeres jóvenes sería una evidencia del poder que ejerce la sociedad en la modelación de un cuerpo ideal.^{7,8,13,23,34}

Anteriormente se afirmaba que el riesgo de TCA estaba asociado a estratos medio-alto y alto, tendencia que se ha desdibujado con el tiempo,⁴² siendo actualmente común en todos los estratos; en el presente estudio el riesgo de TCA aumenta a medida que el nivel social es mayor. En cuanto a la distribución por facultades, se ha asociado el riesgo de TCA con los estudiantes de Medicina,²⁴ Psicología o Artes; en contraste, este estudio muestra una elevada frecuencia en la facultad de Comunicación Social y Periodismo, mientras que en las facultades de Medicina y Psicología se encontró una frecuencia de solo el 10.3% y 6.3% respectivamente. Una posible explicación a la elevada cifra en la facultad de Comunicación Social y Periodismo puede ser el estrecho contacto que sus integrantes tienen con los medios de

comunicación, principalmente la televisión, en donde los parámetros físicos requeridos llevan a las estudiantes a no estar satisfechas con su imagen corporal y a realizar dietas frecuentes, aumentando de esta manera el riesgo para desarrollar TCA.^{19,23}

En la literatura se sugiere que el rendimiento académico está relacionado con los trastornos de la alimentación; es así como las personas con bulimia nerviosa tienen pobre rendimiento académico, en contraste con que las personas con anorexia nerviosa usualmente se describen como con un mejor rendimiento académico.⁴³ En este estudio se encontró que no existe asociación significativa entre el promedio de notas con el impulso por la delgadez, ni entre el número de materias perdidas con riesgo para TCA.

En diversos estudios se han descrito algunas actividades extracurriculares como factores de riesgo para TCA, especialmente el modelaje, el deporte y la danza, debido a los parámetros de belleza que muestran a la mujer ideal como delgada, alta, sumado a las oportunidades laborales altamente rentables que se ofrecen, por ejemplo, en el modelaje.^{3,7,8,23,41,43} Además, existen deportes que tienen ciertas exigencias en cuanto al peso, como lo son la gimnasia, el patinaje artístico y el boxeo. En esta población estudio la frecuencia de la práctica de estas actividades es del 0.9%, 21.3% y 1.4%, respectivamente, sin que se encontrara ninguna relación entre las variables impulso a la delgadez o riesgo para TCA con las actividades de práctica del deporte, danza, música, modelaje y actividades laborales; sin embargo, debe tenerse en cuenta, especialmente para el caso del modelaje y la danza, que son prácticas muy escasas en esta población.

Diferentes investigaciones evidencian que existe relación entre los trastornos de la alimentación y ciertos antecedentes familiares como son tener padres obesos o con sobrepeso y familiares con anorexia o bulimia.^{43,31} Los resultados de este estudio muestran antecedentes familiares de sobrepeso en el 19.9%, obesidad 5.7%, anorexia 1.4% y bulimia 0.5%, y confirman los hallazgos de trabajos anteriores puesto que se tiene una relación significativa entre el riesgo para TCA y antecedentes familiares ($p = 0.044$) e igualmente entre impulso a la delgadez y antecedentes familiares ($p < 0.001$).

Otras publicaciones indican que las conductas alimentarias de riesgo también se incrementan en la medida que aumenta el índice de masa corporal;^{35, 38} hallazgos similares se encontraron en este estudio, que indican que el impulso por la delgadez se incrementa con el aumento del IMC, al igual que con el porcentaje de grasa corporal.

El presente estudio evidencia una relación significativa entre el impulso por la delgadez, la ansiedad y la depresión, igual a lo encontrado en otras investigaciones;^{24, 44} en Bogotá, Vásquez *et al* informan un 29.1% de depresión y elevada frecuencia de depresión leve asociada a TCA;

igualmente alta frecuencia de ansiedad subclínica (57.3%), asociada a riesgo para TCA.³ Esta relación entre depresión y ansiedad con el riesgo de desarrollar TCA resaltan la importancia de tenerlos en cuenta al examinar un paciente con cualquier TCA.

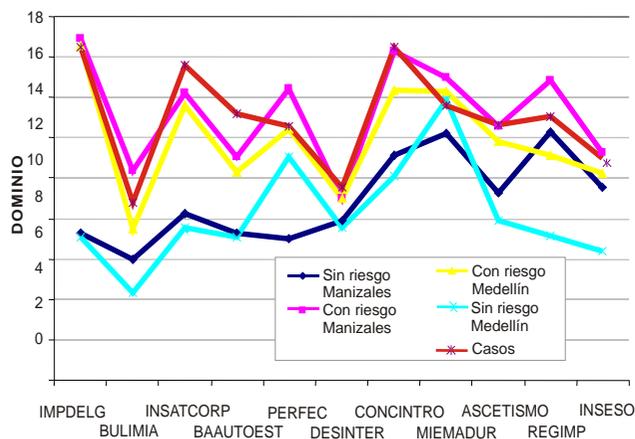


Figura 3. Comparación en el puntaje de los componentes del EDI-2 entre los estudiantes de la Universidad de Manizales y estudiantes de secundaria de Medellín.⁸

IMPDELG: impulso por la delgadez; INSATCORP: insatisfacción corporal; BAAUTOEST: baja autoestima; PERFEC: perfeccionismo; DESINTER: desconfianza interpersonal; CONCINTRO: conciencia interoceptiva; MIEMADUR: miedo a la madurez; REGIMP: regulación de impulsos; INSESO: inseguridad social.

En la figura 3 se compara el trabajo de Ramírez *et al*, realizado en Medellín, con el presente estudio.⁸ Se observa en esta figura la similitud entre las gráficas de las poblaciones en riesgo y los casos para las dos ciudades, y entre las gráficas de las poblaciones sin riesgo para ambos casos. Se encontraron puntajes muy similares en las variables del EDI-2 en el género femenino. Igualmente se encontró que la variable tendencia al perfeccionismo presenta un mayor valor en el grupo sin riesgo de la población estudiada en Medellín con respecto a la de Manizales; lo contrario ocurre en las variables de regulación de impulsos e inseguridad social, las cuales tienen mayor frecuencia en Manizales, mientras que en las poblaciones con riesgo de ambas ciudades se observa una marcada similitud en las variables. Varios factores de riesgo que comúnmente se asocian al desarrollo de TCA tienen una importante significancia estadística en este estudio.

La prevalencia de riesgo para TCA encontrada en el presente trabajo fue inferior a la esperada para el género femenino (17.3%), en comparación con otros estudios realizados en Colombia, donde se observó una frecuencia del 33.3% en Medellín, 25.8% en Bogotá, y de 38.7% y 39.4% en Bucaramanga. A pesar de esto los puntajes de las variables del EDI-2 en este estudio son muy similares a los encontrados en Medellín. En el país se encontraron

básicamente reportes de estudios con mujeres, mas no con varones.

A diferencia de otros estudios donde asocian los riesgos para TCA con estudiantes de Medicina y Psicología, en este trabajo la facultad con mayor factor de riesgo para trastornos de la alimentación fue la de Comunicación Social y Periodismo. Se encontró igualmente una relación significativa entre el riesgo de TCA y las variables de ansiedad y depresión. Aunque la funcionalidad familiar no se encontró relacionada con el riesgo de TCA, sí se encontró relacionada con ansiedad y depresión. Tampoco se encontró una relación entre el riesgo de TCA y el rendimiento académico o actividades extracurriculares, pero sí con el estrato social. Como conclusión se tiene que el riesgo para TCA, es menor en esta población que en poblaciones de otras ciudades del país, aunque continua siendo apreciable. De los factores asociados tradicionalmente a TCA algunos fueron confirmados y otros no. Este trabajo debe considerarse una contribución al estudio de los TA, en la población joven colombiana y un paso hacia el propósito de tener un conocimiento global del problema en Colombia.

Referencias

1. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67:297-304.
2. Ángel L, Vásquez R, Chavarro K. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Santa Fe de Bogotá. *Acta Med Colomb* 1997; 22:111-9.
3. Vásquez R, Ángel LA, García J, Martínez M, Chavarro K. Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Rev Colomb Psiquiatría* 1997; 26:115-25.
4. Vásquez R, Ángel LA, Morena N, García J, Calvo JM. Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actual Pediatr FSFB* 1998; 8:7-14.
5. Pazos A. La anorexia: un problema en potencia en el colegio Distrital General Santander Bogotá. Bogotá: Uniandes; 2002.
6. Rodríguez M, Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatría* 1999; 28:293-310.
7. Guarín M. Trastorno bipolar y multiimpulsividad en una muestra de 181 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, atendidas en Bogotá: prueba de un modelo de asociación para valoración del riesgo. *Rev Colomb Psiquiatría* 2003; 32:11-26.
8. Ramírez AL, Moreno M, Yepes MM, Posada AC, Pérez GM, Roldán P. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el área metropolitana. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
9. Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* 2005; 35:89-94.

10. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* 2005; 25:196-202.
11. Campo A, Díaz LF, Rueda GE, Martínez JA, Amaya W, Campillo HA. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario Scff para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. *Univ Psychol* 2006; 5:295-304.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1^o ed. Barcelona: Masson; 1995.
13. Fairburn C, Harrison JP. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361:407-16.
14. Takimoto H, Yoshiike N, Kaneda F, Yo-shita K. Thinness among young Japanese women. *Am J Public Health* 2004; 94:1592-5.
15. Marin B. Eating disorders of school children and adolescents. *Rev Chil Nutr* 2002; 29:1-12.
16. Mariano L, Encinas BM. Trastornos de la alimentación y culto al cuerpo, más allá de la anorexia y la bulimia: ortorexia, vigorexia y síndrome de gourmet. *Index Enferm* 2003; 40-41:30-4.
17. Cordella P. Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréxica. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73:566-75.
18. McMahon B. Looking good, feeling bad. *Nurs Stand* 1998; 12:19.
19. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Can Med Assoc J* 2001; 165:547-52.
20. Behar R. Adolescentes, alcohol y anorexia. *Rev Neuro-psiquiatr* 2004; 40:167-74.
21. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67:297-304.
22. Polivy J, Herman P. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002; 53:187-234.
23. Behar R, Hernández P. Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2002; 130:287-94.
24. Kovalskys F, Bay L, Raush C, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años de la consulta pediátrica. *Arch Pediatr Urug* 2004; 75:345-51.
25. Salvador J. La urgencia de la obesidad. *Rev Med Univ Navarra* 2004; 48:9-10.
26. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Med Chile* 2002; 130:964-75.
27. Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic- Cross sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers* 2004; 148:189-93.
28. Collins P, Collins C, Montgomery M. An investigation of the daily lived experiences of women with eating disorders: implications for counsellors. *Coll Student Aff J* 1998; 17:35-42.
29. Neutzling M, Actaddei JA, Gigante D. Risk Factors of obesity among Brazilian adolescents: a case control study. *Public Health Nutr* 2003; 6:743-9.
30. Iñarritu M, Cruz V, Morán IC. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Respyn* 2004; 5:1-7.
31. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2003; 137:748-58.
32. Pichot P, López J, Valdés M. DSM-IV estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson S.A; 1999.
33. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2001; 129:119-29.
34. Woods S. Untreated recovery from eating disorders. *Adolescence* 2004; 39:361-72.
35. Unikel C, Saucedo Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25:49-57.
36. Campo-Cabal G, Gutiérrez-Segura JC. Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de saludUnivalle. *Rev Colomb Psiquiatr* 2001; 30:351-8.
37. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatría* 2005; 34:54-62.
38. Strand E. A new eating disorder? *Psychology Today* 2004; 37:16.
39. The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:248-53.
40. Sakamaki R, Toyama K, Amamoto R, Liu C, Shinfuku N. Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese University students. *Nutrition J* 2005; 4:1-17.
41. Sjostedt J, Schumaker J, Nathawat S. Eating disorders among Indian and Australian University students. *J Soc Psychol* 1998; 138:351-7.
42. Mendoza P, Posada E. Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Cali: Universidad del Valle; 2001.
43. Buckroyd J. Anorexia y bulimia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.; 1997.
44. Kaye H, Bulik M, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2215-21.