

**TESIS DE GRADO**

**PREVALENCIA DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE  
LA SABANA**

**María del Rosario Forero Rozo  
Investigador principal**

**Ana María Rico Mejía  
Investigador principal**

**Angelamaría Domínguez Ardila  
Coinvestigador**

**Antonio Luis Baena Rivero  
Coinvestigador**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ENERO DE 2014**

## TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL .....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
MARCO TEÓRICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
MÉTODOS.....	14
Población de estudio .....	14
Tamaño de la muestra.....	14
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
Recolección de datos.....	16
<b>Algoritmo 1</b> .....	16
<b>Algoritmo 2</b> .....	17
Plan de análisis .....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS	
Riesgo.....	19
Confidencialidad.....	20
Conflicto de Intereses.....	20
RESULTADOS .....	20
DISCUSIÓN .....	29
LIMITANTES.....	34
CONCLUSIONES.....	33
PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN .....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35

### ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos (EAT 26)
2. Instrumento de caracterización de la población
3. Consentimiento informado

## **PREVALENCIA DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

- **María del Rosario Forero Rozo**  
Residente tercer año Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Investigador principal.
- **Ana María Rico Mejía**  
Residente tercer año Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Investigador principal.
- **Angelamaría Domínguez Ardila**  
Médico especialista en Medicina Familiar.  
Profesor de la Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria  
Universidad de La Sabana  
Asesor Temático / Co-investigador
- **Antonio Luis Baena Rivero**  
Médico especialista en Medicina Familiar.  
Profesor de la Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria  
Universidad de La Sabana  
Asesor Temático / Co-investigador
- **Carlos Javier Rincón Rodríguez**  
Estadístico  
Master en Epidemiología clínica  
Asesor metodológico / Co-investigador

### **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) corresponden a un grupo de desórdenes muy frecuentes en la población universitaria a nivel mundial, derivados de una sobrevaloración de las “ventajas” de perder peso secundario a una preocupación extrema acerca del mismo y de la figura, que resulta en un deterioro funcional, psicológico y social pues la vida del individuo gira alrededor del temor a engordar haciendo de su autoestima su principal herramienta de control (1,2). De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM V, por sus siglas en inglés) los trastornos de la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos por atracones (TA) (3). En la última versión del DSM se abolió el término de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCA

– NE), ya que los estudios han sugerido que una parte de las personas en esta categoría, en realidad puede cursar con un TA (3).

La prevalencia de los trastornos de la alimentación se ha incrementado sustancialmente desde los años 50 convirtiéndose en la actualidad, en síndromes clínicos que amenazan el bienestar y la vida de quien los sufre hasta el punto de ser un problema de salud pública en lo que a salud mental se refiere, alcanzando cifras de mortalidad para AN de un 5 a 6% y para BN 2% secundaria a inanición, trastornos electrolíticos y suicidio (1,2,4). Esta depende de las morbilidades asociadas y de las complicaciones subsecuentes cuya severidad depende del grado de malnutrición y tiempo de evolución del trastorno (1,2).

En cuanto a prevalencia, en Colombia, ciudades como Medellín y Bogotá reportan prevalencias de AN del 0.8 %, BN de 2.3% y de TCA – NE 14% en estudiantes de bachillerato (5).

La prevalencia de riesgo de presentar un TCA en estudiantes, en Cali es del 39,7%, en Manizales del 12,5% y en Bogotá del 19.5% (6, 7, 8). Es por esto que el programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de La Sabana realizó un proyecto de investigación para determinar la población en riesgo de presentar alguno de estos trastornos en estudiantes que inician la vida universitaria. Dicho estudio fue realizado por la Dra. Angelamaria Domínguez Ardila, médica egresada de la Universidad de La Sabana (Co-investigadora en el presente estudio), el Dr. Antonio Baena Rivero (Co-investigador en el presente estudio) y el Dr. Mauricio Ulloa Rodríguez , especialistas en medicina familiar, encontrando una cifra de prevalencia de riesgo según el Eating Attitudes Test (EAT-26) del 13,8%, observando una mayor prevalencia de riesgo en la facultad de derecho con un 18,8%, seguido de las facultades de medicina, enfermería y rehabilitación con un 18,2% (5)

Sin embargo, es claro que un porcentaje de los estudiantes en riesgo según los instrumentos de tamizaje pueden cumplir criterios para algún TCA, por lo que la entrevista clínica cobra gran importancia considerándose el gold estándar en cuanto al diagnóstico de dichos trastornos (9). Además es innegable que el diagnóstico temprano de los TCA en adolescentes se relaciona con un mejor pronóstico en cuanto a la recuperación se refiere, por lo que las campañas encaminadas a este aspecto también cobra una gran importancia (9).

Por ello, teniendo en cuenta la dificultad en la interpretación de las pruebas de tamizaje de los TCA, es clara la importancia de realizar en el presente estudio una entrevista clínica con psiquiatría para excluir los posibles falsos positivos y así realizar una intervención de prevención única y exclusivamente en pacientes en riesgo, por lo cual en este estudio se realizará inicialmente la

aplicación de un instrumento de tamizaje para la identificación de las estudiantes en riesgo de presentar un TCA y posteriormente se efectuará una entrevista clínica con psiquiatría para determinar algún trastorno instaurado en estas estudiantes.

Este aporte a la comunidad científica implica continuar profundizando en el estudio de los TCA, haciendo énfasis en la prevención enfocada a incidir en los factores precipitantes y detectar tempranamente adolescentes en riesgo de desarrollar dichos trastornos, ya que esto ayudaría indiscutiblemente no sólo a evitar secuelas físicas y emocionales de las personas que los padecen, sino a ahorrar costos en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación tanto a sus familias como al sistema de salud.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cual es la prevalencia de riesgo de presentar un trastorno de la conducta en estudiantes mujeres matriculadas en el programa de pregrado de medicina de la Universidad de La Sabana?

## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres matriculadas en el programa de pregrado de medicina.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar la población femenina de la facultad de medicina de primero a cuarto a semestre de la Universidad de La Sabana teniendo en cuenta dos categorías: En riesgo y sin riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.
2. Determinar falsos positivos dentro de la población en riesgo según entrevista clínica por psiquiatría.
3. Evaluar la asociación entre variables sociodemográficas y factores de riesgo versus el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

## **MARCO TEÓRICO**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desórdenes que se derivan de una sobrevaloración de las “ventajas” de perder peso secundario a una preocupación extrema acerca del mismo y de la figura, que resulta en un deterioro funcional, psicológico y social pues la vida del individuo gira alrededor del temor a engordar haciendo de su autoestima su principal herramienta de control (1,2). Hay que resaltar que estos desordenes se transforman en

estrategias de adaptación disfuncionales emocionales, cognitivas y comportamentales encaminados a la solución de problemas interpersonales, del estado del ánimo y propias del desarrollo, por lo que progresivamente se convierten en una enfermedad auto sostenible que se refuerza de las creencias sobrevaloradas de la sociedad que promueven la delgadez (1,2,10). Aunque estos desordenes se presentan con síntomas que tienen un curso predecible y en ocasiones tratamientos bien establecidos, no existe una causa bien definida que explique su aparición, sin embargo, se han sugerido teorías en relación con conflictos en la transición de niña a mujer y dificultades estableciendo la autonomía y el control (1,2).

De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM- V por sus siglas en inglés) los trastorno de la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los TCA por atracones (TA) (3). En la última versión del DSM se abolió el término de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCA – NE) ya que los estudios han sugerido que una parte de las personas en esta categoría, en realidad puede cursar con un TA (3).

La AN se caracteriza por un rechazo al peso mínimo normal secundario a un temor intenso a ganar peso que lleva a la inanición por una restricción calórica intensa y ejercicio compulsivo (1,2,11). Además hay una alteración de la percepción corporal, y aunque no es un criterio diagnóstico en mujeres post puberales es posible evidenciar amenorrea en casos avanzados, mientras que en las prepuberales retraso o estancamiento de la pubertad (1,2,11). Algunas de las pacientes con AN según el tipo que padezcan, presentan también conductas compulsivas que incluyen atracones y purgas (1,2,11). Con respecto a la BN, aunque se presenta más frecuentemente comparada con la AN, las pacientes que la sufren son más difíciles de identificar porque generalmente tienen un peso normal (1,2,11). Lo característico de la ésta, son los “atracones” o “ingesta voraz” durante los cuales, la persona en un periodo de tiempo discreto ingiere grandes cantidades de comida que se asocian a un sentimiento de falta de control sobre el comer (1,2,11). Sumado a los atracones, estas pacientes presentan conductas compensatorias para prevenir el aumento del peso (que van desde el vómito inducido hasta el consumo de laxantes), todo bajo un contexto de autoevaluación personal que gira alrededor de la silueta y el peso (1,2,11). Por otra parte, las pacientes que no cumplen totalmente los criterios de AN o BN se clasificaban anteriormente según el DSM IV – TR en los TCA – NE que son tan crónicos y severos como los casos clásicos, y que constituyen la mayoría de las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, aunque como se discutió anteriormente, este término fue abolido recientemente en el DSM V, sin embargo en estudios realizados antes de su publicación aun lo mantienen vigente al igual que las cifras estadísticas relacionadas con la epidemiología (1,2,3,11,12)

Definir la epidemiología de los TCA no es fácil, pues es difícil trazar una línea divisoria para diferenciar un trastorno de otro, y uno de ellos en un individuo normal que simplemente se preocupa por su imagen corporal sin que tenga en realidad alguna de estas patologías (1,13). No obstante, se puede afirmar que su prevalencia se ha incrementado sustancialmente desde los años 50 convirtiéndose en la actualidad, en síndromes clínicos que amenazan el bienestar y la vida de quien los sufre, hasta el punto de ser un problema de salud pública en lo que a salud mental se refiere (1,13).

La mayoría de los estudios sobre AN muestran una prevalencia puntual que va de 0,3 a 0,9%, sin embargo la prevalencia a lo largo de la vida en mujeres de 20 a 40 años se describe entre 1,2 y 2,2%, cifras similares a las encontradas en el escenario europeo en donde el 0.3 al 2.2% de las mujeres jóvenes sufren este trastorno (2,5,6). Con respecto a la BN, la prevalencia puede variar entre el 1 a 2,8% incluyendo individuos que en su mayoría no buscan ayuda de un profesional en salud mental (2,13). En cuanto a los TCA – NE, estos representan los casos más frecuentes en los servicios especializados para el manejo de los TCA, sin embargo hay pocos reportes sobre su prevalencia. No obstante, se ha estimado cifras a lo largo de la vida entre 2,5 y 4,5% para el TA específicamente y su incidencia ha venido en aumento posiblemente por el incremento de obesidad en la actualidad (2,13). Por su parte, en atención primaria, estos también son los más frecuentes con una prevalencia del 4 a 22% (1). Esta categoría agrupa los casos que no reúnen los criterios diagnósticos estrictos para AN y BN, pero sus manifestaciones son de la relevancia clínica suficiente para requerir intervención y seguimiento, ya que además algunos de ellos evolucionan a AN o BN (9).

En Colombia se han encontrado prevalencias de AN del 0.8 %, BN de 2.3% y de TCA – NE del 14% en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Medellín y área metropolitana (5,14). De igual manera, en Bogotá y Sogamoso se reportaron cifras similares para AN y BN, mostrando un mayor porcentaje para TCA-NE con un 33.6% (5,8); llama la atención las cifras encontradas por Rueda y colaboradores quienes reportan una prevalencia para TCA hasta del 30% en población adolescente de Bucaramanga (15,5).

En cuanto a la incidencia de estos trastornos se debe tener en cuenta que un menor reconocimiento de los síntomas y una mayor búsqueda de ayuda no profesional puede influir en que estos datos varíen (2). La incidencia de AN en la población general se ha calculado en 19 por 100.000 habitantes por año en mujeres y 2 por 100.000 habitantes por año en hombres, a partir de 12 estudios acumulados (16). Aunque algunos estudios sugieren una tendencia a la estabilización en la incidencia de los TCA, en adolescentes esto no es así ya que teniendo en cuenta el estudio realizado por Isomaa y colaboradores en el

2009, 1 de cada 5 mujeres adolescentes ha sufrido de alguno de estos trastornos durante este periodo (17). Además, según Halmi en su revisión sobre la AN en niños y adolescentes con información proveniente de las clínicas de desórdenes alimentarios en los cinco continentes, demuestra que esta patología ha incrementado su frecuencia especialmente en Inglaterra, Brasil, Singapur y Australia (18).

Con respecto a la mortalidad, dado que los TCA tienen una alta tasa de comorbilidades y complicaciones cuya severidad depende del grado de malnutrición, el tiempo de evolución del trastorno y de la intensidad de las purgas, la mortalidad en la AN alcanza hasta un 5-6% y la BN un 2% producidas por inanición, trastornos electrolíticos y suicidio (2,13). En cuanto a este último tópico, el estudio realizado por Piñeros y colaboradores encontró una fuerte relación entre conductas suicidas con TCA, y aunque el número de sujetos fue limitado, tal hallazgo es consistente con investigaciones de otros países, que encuentran una alta repetición de estos comportamientos en población con dicha patología (9, 19,20).

En lo que se refiere al género, la tendencia de presentación es mayor para las mujeres con una relación hombre: mujer de 1 a 2 para AN y de 1 a 3 para BN (1). Dentro de los hombres un factor de riesgo bien identificado es la homosexualidad, por el deseo de alcanzar la imagen corporal perfecta delgada más que por la orientación sexual como tal (1). Con respecto a la edad de presentación, se ha descrito un rango que abarca desde edades prepuberales hasta los 80 años, aunque el pico de incidencia ocurre más comúnmente al final de la adolescencia y es raro después de los 40 años (1, 6, 21, 22).

### **Factores de riesgo**

Aunque no existe una causa única clara que explique la aparición de los desórdenes de la alimentación, la tendencia en los últimos años es considerarlos fenómenos multifactoriales y heterogéneos (10).

Dentro de la literatura mundial existen diferentes factores de riesgo descritos dentro de los cuales se destacan el concepto de autoimagen y la influencia de los medios de comunicación en esta, la influencia del entorno familiar, las críticas o burlas sobre el aspecto físico y algunas características de la personalidad. Con respecto a la autoimagen, cabe resaltar que esta se forma a lo largo de toda la vida pero se solidifica en la adolescencia temprana (23). La construcción de la imagen corporal es multidimensional e incluye aspectos afectivos, cognitivos, comportamentales, actitudinales y evaluativos del aspecto físico que cambian con las experiencias, en la medida que el individuo asimila las ideas socioculturales y determina su propia satisfacción en cuanto a cómo luce y quién es (23). En la actualidad, los medios de comunicación han creado

la ilusión de la mujer perfecta, delgada y esbelta, haciéndole creer a la sociedad que la mayoría de las mujeres son y deberían lucir así estableciendo un “ideal de belleza estándar” que además facilitan una baja autoestima y generan sentimientos de insatisfacción corporal, aspectos muy importantes en la génesis de los TCA (24). La insatisfacción corporal aparece fácilmente en los adolescentes especialmente en las niñas, por los cambios propios de la pubertad caracterizada, por una ganancia del 50% del peso adulto, aumento de la grasa corporal y ensanchamiento de las caderas, lo que las aleja del ideal de delgadez definido por la cultura occidental (23). De hecho, la exposición a ciertos medios de comunicación como revistas para adolescentes, videos musicales y sitios web, no sólo están relacionados con la presencia de insatisfacción corporal, sino con la necesidad de controlar el peso y hábitos inadecuados en la dieta, como lo muestra un estudio longitudinal realizado en Minnesota, Estados Unidos con 2500 niñas de secundaria que mostró que las lectoras frecuentes de revistas de belleza, presentaban el doble de riesgo de presentar comportamientos patológicos para controlar el peso (23). De forma similar, el meta análisis de Groesz y colaboradores realizado en el 2002, mostró que la exposición constante a imágenes con ideales de delgadez en revistas de belleza y moda, no solo deterioraba la autoestima de las usuarias sino que también aumentaba los síntomas de los TCA (23); igualmente, la exposición frecuente a sitios web que promueven los TCA como una forma de vida (Pro Ana y Pro Mia) mostró también una influencia importante haciendo que las niñas disminuyan el consumo de calorías e incluso comiencen a seguir los “consejos” que ofrecen las páginas (23, 25 ).

En el medio social, algunos cambios como el inicio de la vida universitaria, puede facilitar la adopción de conductas alimentarias desordenadas con ganancia de peso lo que sumado al deseo de “ser aceptado” en un grupo social puede aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes a sentirse insatisfechos consigo mismos (26). A nivel mundial además, las sociedades con mayor influencia de la cultura occidental son las que más potencian el riesgo de presentar un TCA, al fomentar el ideal de belleza perfecto como lo mostró un estudio realizado en adolescentes mujeres entre 18 y 26 años en el 2009 realizado por la universidad de Rutgers en Estados Unidos, donde llama la atención que las adolescentes asiático americanas también mostraban importantes tasas de insatisfacción corporal dada la forma de sus ojos y cara, lo que sugiere que entre más alejado se este del ideal de belleza, más insatisfacción corporal habrá y esto no sólo incluye el ser delgado (26). Las adolescentes hispanas por su parte, mostraron una menor tendencia a sufrir de insatisfacción corporal, no obstante, esto puede deberse a que los estudios en general tienden a considerar a la población hispana como un grupo homogéneo, sin serlo (26,27). Llama la atención que las adolescentes afro américas en general mostraron un mayor grado de satisfacción consigo mismas a pesar de tener un índice de masa corporal mayor que las

adolescentes blancas, posiblemente porque dentro de su educación en la familia se incluyen aspectos de auto aceptación como persona de raza negra y reciben más comentarios positivos por parte de sus amigos y familiares, lo que les proporciona más herramientas protectoras para resistir los mensajes de la cultura occidental dominante (26).

Por otra parte, es importante considerar que cognitivamente el adolescente se basa al relacionarse con el género opuesto, en lo que se considera deseable en el físico, lo que está profundamente influenciado no sólo por los medios de comunicación y la cultura occidental, sino también por el grupo de amigos y familiares, por lo que las niñas en especial, suelen basar su autoestima en su apariencia (24). Así, la delgadez comienza a ser importante, al asociarla con la belleza, relaciones exitosas y la popularidad (24). Por su parte, los adolescentes hombres, también asocian la delgadez con la belleza, siendo un factor importante que determina la elección de una potencial pareja (23). De hecho, la influencia familiar en la niñez temprana y adolescencia, marca el grado de susceptibilidad a sentir insatisfacción corporal y predispone a presentar un TCA, no sólo por reforzar los mensajes sociales de los medios sino también por servir de role model en la actitud hacia la imagen, por lo que los prejuicios sobre el peso y la apariencia de los padres así como los hábitos dietarios de las madres, se correlacionan con el deseo de delgadez y de adopción de métodos para alterar el cuerpo y alcanzar el ideal de belleza (23,28). Por esto, como se mencionó anteriormente las relaciones familiares positivas y cercanas, la orientación basada en la aceptación y el respeto por sí mismos sin importar el aspecto físico, se convierten en una barrera protectora sobre los mensajes negativos de los medios (23,24).

Dada la importancia de la influencia de la familia y el grupo de amigos en la autoimagen del adolescente, otro factor muy importante en la génesis de una auto imagen negativa son las críticas y burlas relacionadas con el peso, las cuales serán percibidas de forma aún más negativa y tendrán más remembranza, por individuos perfeccionistas lo que exacerba sus efectos negativos y facilita la tendencia a comportamientos desordenados en cuanto a la alimentación, como la realización de dietas restrictivas. (28, 29). Además, entre los adolescentes, una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres ha reportado experiencias de burlas y matoneo por su peso (30). Así mismo, en el 2008 Suisman y colaboradores encontraron que el matoneo por el peso se relacionó con atracones en niñas de 10 a 15 años y especificaron además que entre más alto fue el puntaje del matoneo había también más conductas restrictivas (31). Olvera y colaboradores realizaron un estudio con 141 niñas de 9 a 14 años hispanas y afroamericanas con sobrepeso, encontrando que una gran proporción de la población había recibido críticas por su sobrepeso por familiares o amigos y que las críticas provenientes de los familiares desencadenaban más conductas alimentarias inadecuadas

(atracones) y tenían más impacto emocional que las críticas de los amigos (30). No obstante, estudios previos también encontraron una influencia importante por parte de las críticas por parte de los amigos (30). Lo que es claro, es que los comentarios y burlas sobre el peso, tanto de padres y amigos son relevantes porque influyen emocionalmente a las afectadas, facilitando la aparición de un trastorno de la alimentación especialmente por atracones (30).

Una vez instaurada la sensación de insatisfacción corporal, ésta se perpetúa e incrementa no sólo por las diferentes influencias del medio antes descritas, sino por la adopción de comportamientos como la evitación de la propia imagen que se da como un medio de escape de la propia atención (23, 32); la constante revisión corporal, que es una forma de centrar la atención en los defectos y la constante comparación con otros ideales de belleza o incluso con mujeres de la misma edad se ha relacionado con una menor calidad de vida en cuanto a salud y a la psicopatología de los TCA, como lo comprobó el estudio realizado por Trindale y colaboradores que incluyó 342 mujeres de 13 a 25 años estudiantes de secundaria y de una universidad en Portugal en el 2012, encontrando que las mujeres más arraigadas a su ideal de imagen de belleza tienden a realizar más comparaciones sociales desfavorables, y experimentan por tanto mayor insatisfacción corporal mostrando mayor tendencia a desarrollar TCA (23, 32, 33).

Es por ello, que la insatisfacción corporal se considera uno de los factores de riesgo más importantes, por lo cual la mayoría de las intervenciones realizadas están encaminadas a impactar en el concepto de delgadez interna y la autoestima (34, 35,36,37).

No obstante, la influencia de los padres no sólo se limita a la satisfacción corporal, sino que también los antecedentes de psicopatología en ellos como los TCA, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), trastornos de ansiedad (TAN), desórdenes del estado del ánimo y la obesidad, igualmente se destacan como factores de riesgo para presentar un TCA en el adolescente (1,9,21,22). Así mismo, Los niños que desarrollan tempranamente TOC o trastornos del ánimo tienen un mayor grado de vulnerabilidad para desarrollar TCA, especialmente AN, siendo éstos mecanismos psicopatológicos que facilitan la expresión de desórdenes alimentarios (1,9,23,38,39). Esta asociación es también confirmada en el estudio de Piñeros y colaboradores publicado en el 2010 y realizado en adolescentes de la sabana centro en Colombia en donde la relación de síntomas alimentarios con depresión y ansiedad es clara (9). Adicionalmente, en la actualidad los autores también están interesados en el estudio de las características del temperamento, al influenciar la forma como las personas se relacionan con los estímulos del medio ambiente, por lo que algunos estudios sugieren que características neuróticas de la personalidad, el perfeccionismo, la obsesión por el orden, la

exactitud, la impulsividad, y la tendencia a querer ser recompensado, son factores que pueden facilitar la aparición de un TCA (23,28). Incluso los comentarios positivos especialmente si son figuras de autoridad pueden reforzar las tendencias perfeccionistas incluyendo aquellas relacionadas con estos trastornos (1, 21, 23, 28, 40).

Por otra parte, algunas investigaciones sobre la relación de las teorías biológicas y la predisposición a padecer un desorden de la alimentación, sugieren que existe una predisposición genética en la que gemelos monozigotos muestran una concordancia tres veces más alta que los dizigóticos, lo que sugiere una contribución genética y psicosocial importante (1,10). Lo que exactamente puede heredarse a través de los genes aun es controversial, aunque sí se sabe que estos influyen en parte la personalidad, los mecanismos para regular el estado ánimo y el punto de referencia del peso (1, 10, 34).

Otros factores a tener en cuenta relacionados con la aparición de estos desórdenes aunque no de forma directa, son los intereses vacacionales como participar en grupos de ballet o gimnasia olímpica, y otros estresores como el abuso físico y emocional, un cambio de vivienda o de escuela, la competencia académica o social, la disfunción familiar y la enfermedad o muerte en la familia, ya que pueden influenciar de manera negativa la autoestima y por ende la imagen corporal al facilitar la aparición de trastornos del ánimo (1, 10, 21)

### **Tamizaje de riesgo de los TCA**

El Eating Attitudes Test es una prueba de tamizaje de auto reporte ampliamente utilizada a nivel mundial para identificar síntomas y preocupaciones entorno a las conductas alimentarias (41). Fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979 originalmente con cuarenta ítems de donde deriva su nombre (EAT- 40), distribuidos en siete categorías dentro de las que se incluye conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (5,41). En 1982 Gardner y colaboradores diseñaron una versión más corta con 26 ítems (EAT-26), en el que se suprimieron 14 de ellos, validada al español por Gandarillas A y colaboradores en el 2003 en una población escolarizada española (5,41). En Colombia, este instrumento fue validado por Castrillón y colaboradores en el 2007 en una muestra de 2523 adolescentes escolarizados en la ciudad de Popayán (42).

Las preguntas del EAT – 26 se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert con un punto de corte de 20 para considerar a pacientes con

alto riesgo de presentar un TCA, lo cual no significa que la persona tenga el trastorno (5). La puntuación total es la suma de los 26 ítems, los cuales puntúan 3 – 2 -1-0-0 - 0 en la dirección positiva asignando el 3 a la respuesta que más se aproxima a una dirección sintomática (*siempre* es igual a 3) (5). Únicamente el ítem 25 se puntúa en la evaluación opuesta (nunca es igual a 3) (5).

Dentro de las características psicométricas de este instrumento, la validez de criterio muestra un porcentaje de precisión global de clasificación del 90% cuando se compara con los criterios diagnósticos del DSM IV, una sensibilidad del 77%, especificidad del 94%, valor predictivo positivo del 79% y valor predictivo negativo del 94% (5,41) De la misma manera, presenta una consistencia interna determinada por el Alfa de Combrach de 0.8, una confiabilidad de test- retest en un periodo de dos a tres semanas de 0.84 y un coeficiente de correlación de 0.98 con la escala original (42, 43, 44, 45).

## **Prevención**

La piedra angular para evitar la instauración de los TCA radica en la prevención, la cual se enfoca primordialmente en detectar todos aquellos factores de riesgo relacionados con este tipo de trastornos y que aumentan la probabilidad de desarrollarlo en un futuro. Es por ello que se ha visto la importancia de la creación de programas de prevención de los TCA especialmente en población altamente susceptible, como las adolescentes y adultas jóvenes (46, 47). Sin embargo, los aspectos relativos a la prevención de dichos trastornos se ha abordado desde hace relativamente poco tiempo, cuando se ha tomado conciencia de la magnitud que han adquirido en la población (45, 48).

Durante la etapa de la adolescencia pueden presentarse conductas como hacer dietas y otras prácticas para controlar el peso y la figura, que aunque son factores de riesgo para desarrollar un TCA, en la mayoría de los casos estas son de tipo normativo (9). Sin embargo, por otra parte pueden también perpetuarse y corresponder a manifestaciones precoces y factores de inicio y mantenimiento de dichos trastornos (9). Es por ello la importancia de interpretar con mucha precaución los resultados de aquellos estudios basados en la aplicación de cuestionarios de tamizaje exclusivamente, ya que aunque la prevención es la base para evitar la instauración de un trastorno futuro, es claro que este tipo de intervenciones deben ser llevadas a cabo únicamente en comunidad en riesgo (49, 50).

En la literatura se ha reportado la implementación de varios programas de prevención de los TCA encaminados a impactar sobre los factores de riesgo que predisponen a desarrollar una patología futura, evitando la aparición de la

enfermedad al intervenir en una etapa temprana de la cadena causal (46). Sin embargo, la investigación en el campo de los TCA trae consigo ciertos inconvenientes especialmente de índole ética, pues en algunos casos puede representar cierto grado de iatrogenia, ya que es posible ocasionar la aparición de conductas alimentarias riesgosas en adolescentes que no las presentaban antes de la intervención, debido a que las intervenciones no se deben realizar de manera universal sino solo encaminadas a personas en riesgo lo que mitiga este problema ( 51, 52, 53)

Existe una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento oportuno de los TCA en población adolescente, por lo cual es clara la importancia de la instauración de programas para la prevención de conductas alimentarias riesgosas y la detección temprana con un enfoque en grupos vulnerables y la reducción de barreras para la búsqueda y utilización de servicios, ya que un diagnóstico precoz se relaciona con un mejor pronóstico en cuanto a recuperación de síntomas y mortalidad (9, 54).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Estimar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres en riesgo matriculadas en el programa de pregrado de medicina que inician su proceso educativo en la Universidad de La Sabana

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio de corte transversal en el segundo semestre de 2013.

### ***Población de estudio:***

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de género femenino mayores de 18 años, matriculadas en el programa de pregrado de la facultad de medicina de La Universidad de La Sabana cursando materias básicas (primer a cuarto semestre) en el segundo periodo académico de 2013.

### ***Tamaño de la muestra:***

De acuerdo con la información proporcionada por el departamento de Registro Académico, para el segundo período de 2013, la población de mujeres matriculadas de primer a cuarto semestre fue de 291 estudiantes.

La muestra correspondió a las estudiantes que después de aplicar criterios de exclusión en inclusión entraron al estudio.

***Criterios de inclusión:***

1. Mujeres matriculadas en el programa de pregrado de la facultad de medicina de La Universidad de La Sabana cursando materias básicas (primer a cuarto semestre).
2. Mayores de 18 años.

***Criterios de exclusión:***

1. No deseen participar en el estudio.

***Recolección de datos:***

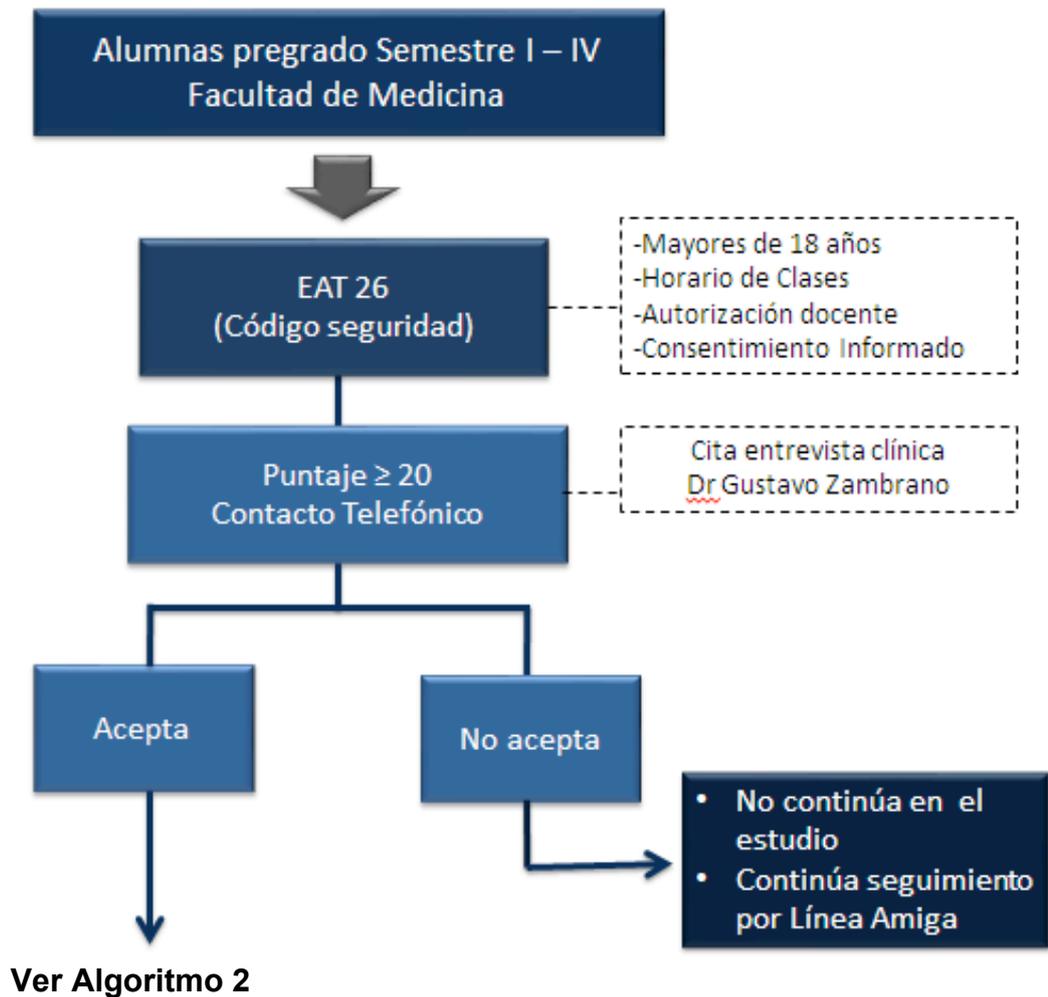
Para la ejecución del trabajo de campo, se solicitó autorización a la Comisión de la facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana con el fin informar el propósito del estudio y coordinar los espacios en la agenda académica para la aplicación del instrumento de evaluación.

Como primera instancia se aplicó el instrumento EAT- 26 y otra encuesta de caracterización de la población a todas las estudiantes mayores de 18 años que desearon participar en el estudio, de primer a cuarto semestre de la facultad de medicina de la Universidad de La Sabana previa firma del consentimiento informado, para lo cual se dispuso de 20 minutos antes del inicio de las clases con previa autorización del docente encargado de la misma. En esta sesión se informó a las alumnas los objetivos del estudio, su participación voluntaria y la libertad de abandonar el estudio si así lo deseaban con total confidencialidad de la información otorgada.

Posteriormente, se procedió a evaluar los resultados del cuestionario de medición, seleccionando las estudiantes con puntajes mayores o iguales a 20 (en riesgo de presentar un TCA) para lo cual cada cuestionario contaba con un código de seguridad que sirvió como guía para realizar un contacto telefónico planteando la posibilidad de continuar en el estudio y asistir a una entrevista clínica por psiquiatría. Ver algoritmo 1

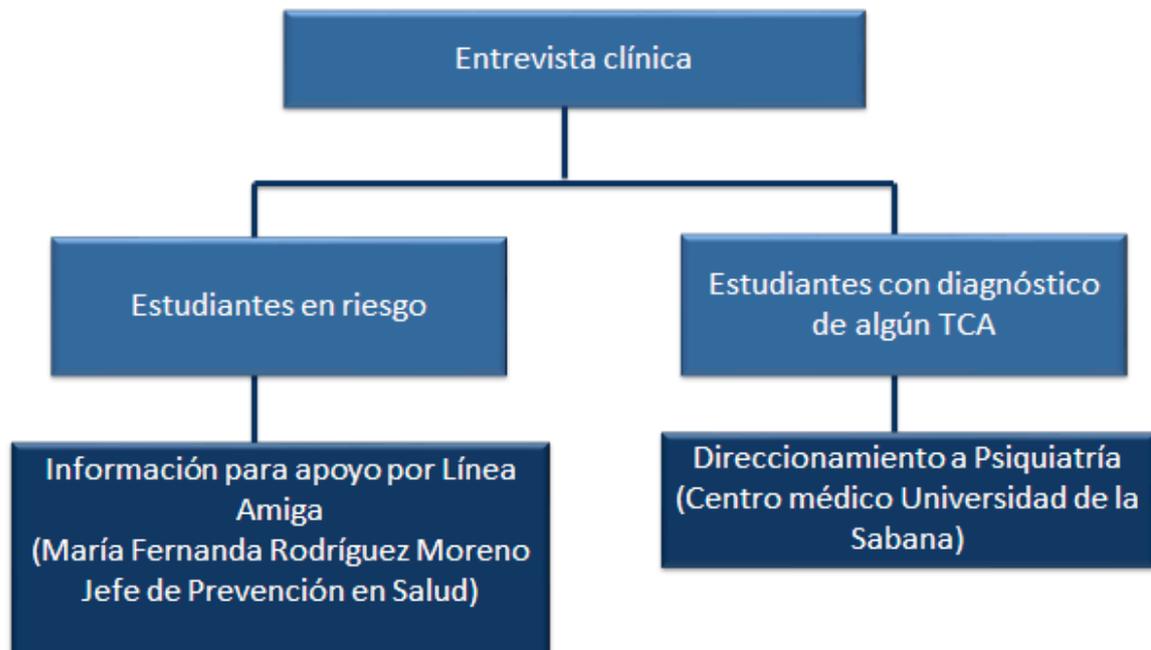
Es importante resaltar que aquellas estudiantes que no desearon participar en esta fase del estudio pero que se identificaron en riesgo de presentar un TCA se les brindó la posibilidad e información necesaria para dirigirse al servicio de línea amiga de la Universidad de La Sabana (contacto con María Fernanda Rodríguez Moreno – Jefe de prevención en salud Universidad de La Sabana) quienes prestarán apoyo psicológico y/o psiquiátrico respectivamente.

### Algoritmo 1:



Se dispuso de tres días a la semana con horarios flexibles en la mañana y la tarde para asistir a una entrevista clínica de cuarenta minutos con el Dr. Gustavo Zambrano Sanjuán (Médico especialista en psiquiatría) con el fin de determinar si la estudiante cumplía criterios diagnósticos de algún TCA según el DSM V u otra comorbilidad psiquiátrica. Para esto se contó con un consultorio disponible los tres días a la semana localizado en la zona norte de la ciudad de Bogotá . Ver algoritmo 2

**Algoritmo 2:**



**Plan de análisis:**

Después de recolectar la información de los instrumentos se digitó la base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2011.

Las variables que se utilizaron para este estudio se muestran a continuación

<b>VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Valores posibles</b>	<b>Tipo</b>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual	Edad en años cumplidos	Cuantitativa, continua de razón
EAT 26	Instrumento que determina el riesgo de tener un TCA.  Instrumento que determina la modificación del riesgo de tener un TCA posterior a la realización de una intervención	1->20 En riesgo 2- <20 Sin riesgo	Cualitativa ordinal

Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6	Cualitativa ordinal
Antecedentes familiares de psicopatología	La presencia de una enfermedad mental en los familiares de primer grado de los pacientes	1-Si 2-No	Cualitativa ordinal
Antecedente familiar de obesidad o sobrepeso	La presencia de obesidad (IMC >30) o sobrepeso (IMC 25-29) en los familiares de primer grado de los pacientes	1-Si 2-No	Cualitativa ordinal
Críticas sobre el peso	¿Ha recibido comentarios o críticas sobre su peso?	1-Si 2-No	Cualitativa ordinal
Padres separados /divorciados	Padres que han roto su relación de pareja bien sea por medios legales (divorcio) o sólo por medio de la separación de cuerpos (separación)	1-Si 2-No	Cualitativa nominal
¿Con quién vive actualmente?	Individuo con quien vive o reside la persona (amigo, padres, otros o solo)	1-Sola 2-Padres 3-Amigo 4-Otros	Cualitativa nominal
Entrevista Clínica Estructurada	Proceso de comunicación entre dos personas: psiquiatra (entrevistador) y estudiante (entrevistado) para obtener información del entrevistado de forma directa.	1-Cumple Criterios de TCA instaurado 2-En riesgo de TCA	Cualitativa ordinal

Las variables categóricas se analizaron a partir de frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas a partir de medidas de tendencia central y dispersión.

Se exploró la relación entre riesgo de TCA y las variables demás bajo estudio utilizando pruebas  $\chi^2$  de Pearson o test exacto de Fisher en las variables categóricas.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Nuestra investigación se realizó en estudiantes de pregrado de la facultad de medicina (primero a cuarto semestre) de la Universidad de La Sabana mayores de edad. Las estudiantes corresponden a una población subordinada dentro de la universidad por tratarse de alumnas.

Para garantizar el rigor ético se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el Código de Nüremberg así como la resolución 8430 de 1993 , en sus artículos 45 y 46 sobre investigaciones en grupos subordinados, como pauta de las consideraciones éticas establecidas por la legislación colombiana.

### **Riesgo**

Conforme a lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 en sus artículos 11, 45 y 46, la metodología del proyecto involucra una investigación con riesgo mayor que el mínimo por tratarse de la aplicación de pruebas e intervenciones de tipo psicológico, a una población subordinada, que podrían modificar su conducta. Por este motivo se contó con la consideración, comentario, consejo y aprobación del protocolo por el Departamento de Bioética de La Universidad de La Sabana. Además se contó con el diligenciamiento de un consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en la ley para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki (Ver anexo 3).

De acuerdo a lo estipulado en el Código de Nüremberg la participación y la permanencia durante la intervención fueron totalmente voluntarias y se brindó la información y conocimientos necesarios para que los participantes comprendieran la naturaleza, duración y el propósito del estudio que está encaminado en busca del bien de la población universitaria.

Como se mencionó en la metodología, las estudiantes que requieran continuar seguimiento y ayuda psicoterapéutica y/o psiquiátrica fueron direccionados a Línea Amiga (ver algoritmo).

### **Confidencialidad**

Para garantizar la confidencialidad en el estudio se asignó un código de seguridad único e individual en cada instrumento de tamizaje. Así mismo, todos los resultados obtenidos fueron privados e informados personalmente por los investigadores (vía telefónica) a cada participante.

Los resultados fueron utilizados sólo con fines de investigación, que permitirán plantear cambios que irán en beneficio de los estudiantes y la Universidad. Los resultados obtenidos se guardaron bajo custodia de los investigadores y una vez se tabularon se destruyeron, garantizando la confidencialidad de la información

### **Conflicto de intereses**

Se declara que ninguno de los integrantes de este estudio tiene algún conflicto de intereses con el presente estudio.

## **RESULTADOS**

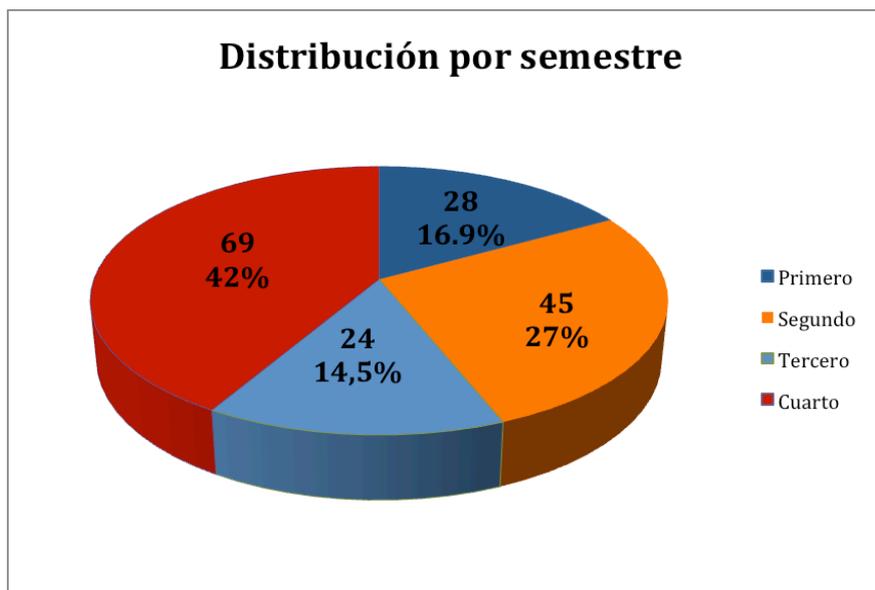
### **Caracterización de la población:**

De un total de 248 estudiantes mujeres mayores de edad matriculadas desde primero a cuarto semestre en la facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana, 82 estudiantes no participaron en el estudio por voluntad propia, por lo que la muestra total fue de 166 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión.

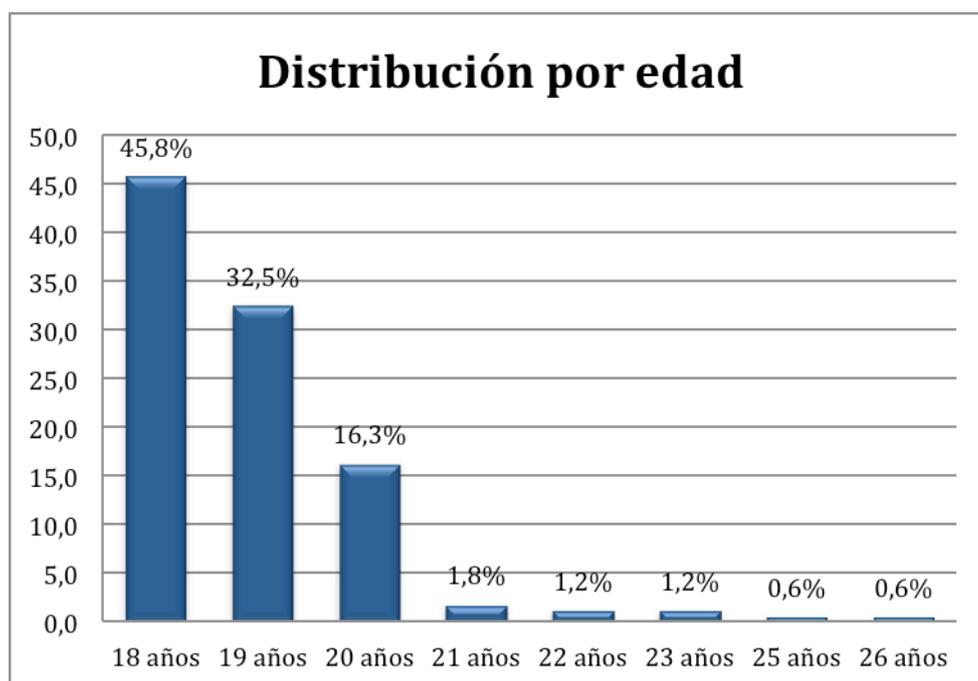
En primer semestre se encuestaron 28 estudiantes (16.9%) de 39, en segundo 45 (27.1%) de 72, en tercero 24 (14.5%) de 49 y en cuarto semestre 69 (41.6%) de 88 alumnas según se muestra en la gráfica 1.

El rango de edad comprendido fue de 18 a 26 años y el grupo con mayor número de encuestadas fue el de 18 años con un 45.8% (76 alumnas) como se muestra en la gráfica 2.

**Gráfica 1:** Distribución de estudiantes de primero a cuarto semestre

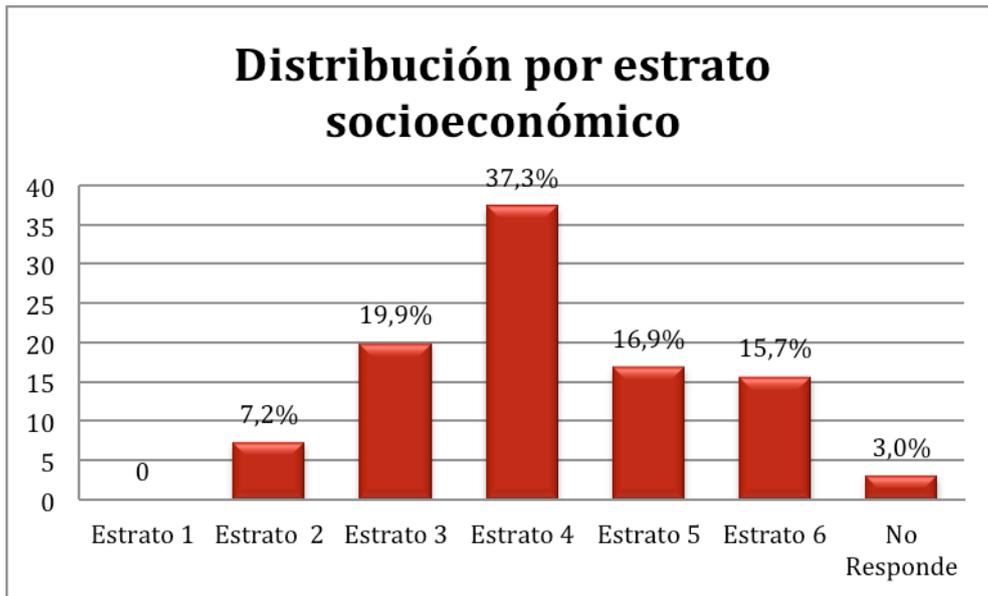


**Gráfica 2:** Distribución de las estudiantes según la edad



Ninguna estudiante pertenece al estrato socioeconómico uno, 12 alumnas (7.2%) al estrato dos, 33 (19.9%) al tres, 62 (37.3%) al cuatro, 28 (16.9%) al cinco, 26 (15.7%) al seis y 5 alumnas (3%) no respondieron como se muestra en la gráfica 3.

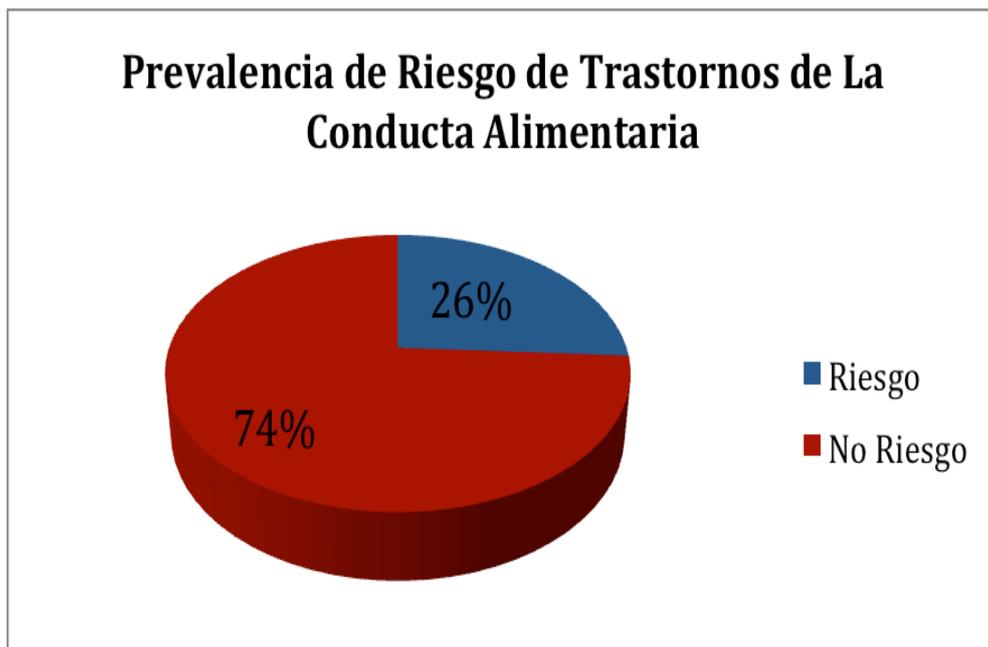
**Gráfica 3:** Distribución de las estudiantes según estrato socioeconómico



**Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria:**

Después de aplicar la escala Eating Attitudes Test 26 (EAT 26) en estudiantes de primer a cuarto semestre de medicina encontramos que 43 personas, equivalente al 25.9% presentan riesgo de tener un TCA como se muestra en la gráfica 4.

**Gráfica 4:** Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria



Según los resultados de las preguntas de la escala, al 28% de las estudiantes encuestadas (48 personas) les angustia siempre la idea de estar demasiado gorda, al 21.1% (35 personas) les obsesiona el deseo de estar más delgadas y el 57.8% (96 personas) no tienen nunca la impresión de que su vida gira alrededor de la comida. El 93.4% (155 personas) nunca vomita después de comer y el 9% (15 estudiantes) sienten el impulso de vomitar a veces.

**Tabla 1:** Frecuencias y Porcentaje por pregunta EAT 26

Número pregunta EAT 26	Siempre		Casi siempre		A menudo		A Veces		Pocas Veces		Nunca		NR	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Me angustia la idea de estar demasiado gorda	48	28,9	30	18,1	27	16,3	29	17,5	19	11,4	13	7,8	0	0,0
2. Procuo no comer cuando tengo hambre	5	3,0	4	2,4	14	8,4	26	15,7	48	28,9	69	41,6	0	0,0
3. La comida es para mi una preocupación habitual	22	13,3	16	9,6	23	13,9	25	15,1	36	21,7	44	26,5	0	0,0
4. He sufrido crisis de atracones en los que tenía la sensación de no poder parar de comer	7	4,2	5	3,0	12	7,2	40	24,1	32	19,3	69	41,6	1	0,6
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	18	10,8	23	13,9	26	15,7	31	18,7	28	16,9	40	24,1	0	0,0
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	7	4,2	13	7,8	14	8,4	24	14,5	41	24,7	67	40,4	0	0,0
7. Procuo no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	9	5,4	19	11,4	14	8,4	33	19,9	42	25,3	49	29,5	0	0,0
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	9	5,4	8	4,8	6	3,6	23	13,9	25	15,1	95	57,2	0	0,0

9. Vomito después de comer	0	0,0	1	0,6	0	0,0	3	1,8	6	3,6	155	93,4	1	0,6
10. Me siento muy culpable después de comer	10	6,0	13	7,8	7	4,2	26	15,7	32	19,3	78	47,0	0	0,0
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada	35	21,1	24	14,5	23	13,9	23	13,9	29	17,5	31	18,7	1	0,6
12. Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías	45	27,1	20	12,0	15	9,0	29	17,5	30	18,1	26	15,7	1	0,6
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	5	3,0	6	3,6	11	6,6	32	19,3	37	22,3	74	44,6	1	0,6
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis	48	28,9	36	21,7	24	14,5	27	16,3	22	13,3	9	5,4	0	0,0
15. Tardo más tiempo que los demás en comer	32	19,3	14	8,4	20	12,0	30	18,1	34	20,5	36	21,7	0	0,0
16. Procuo no comer alimentos que tengan azúcar	7	4,2	15	9,0	19	11,4	25	15,1	45	27,1	55	33,1	0	0,0
17. Tomo alimentos dietéticos	14	8,4	16	9,6	18	10,8	29	17,5	29	17,5	60	36,1	0	0,0
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	5	3,0	5	3,0	10	6,0	21	12,7	29	17,5	96	57,8	0	0,0
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	22	13,3	37	22,3	31	18,7	37	22,3	27	16,3	12	7,2	0	0,0
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma	6	3,6	7	4,2	10	6,0	16	9,6	34	20,5	93	56,0	0	0,0

más														
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida	7	4,2	10	6,0	9	5,4	21	12,7	42	25,3	77	46,4	0	0,0
22. No me siento bien después de haber tomado dulces	20	12,0	13	7,8	15	9,0	25	15,1	33	19,9	60	36,1	0	0,0
23. Estoy haciendo régimen	6	3,6	17	10,2	18	10,8	23	13,9	22	13,3	80	48,2	0	0,0
24. Me gustaría tener el estómago vacío	3	1,8	6	3,6	10	6,0	15	9,0	11	6,6	121	72,9	0	0,0
25. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	1	0,6	5	3,0	7	4,2	15	9,0	137	82,5	1	0,6	0	0,0
26. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías	32	19,3	29	17,5	35	21,1	37	22,3	19	11,4	14	8,4	0	0,0

**Asociación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria con variables de caracterización de la población:**

Teniendo en cuenta los resultados mencionados anteriormente, se realizó una medida de asociación entre el riesgo de presentar un TCA con las variables demográficas descritas y otras de caracterización.

La distribución del riesgo según la edad no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.72$ ). Ver tabla 2

Se encontró una asociación significativa con la variable estrato socioeconómico, encontrando un mayor porcentaje de riesgo en los estratos altos ( $p=0.03$ ), en donde el 53,8% de las estudiantes del estrato seis presentan riesgo de TCA. Ver tabla 2

No se encontró una asociación significativa en la variable semestre ( $p=0.892$ ). El 25% de las alumnas (7 personas) matriculadas en primer semestre se encuentran en riesgo de presentar un TCA, de segundo semestre 28.9% (13 personas), de tercero 29.2% (7 personas) y de cuarto 23.2% (16 personas) como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2:** Distribución de riesgo según variables de caracterización

Variables	Riesgo				Total	p valor
	Si		No			
	n	%	n	%		
<b>Edad</b>						
18	16	21,1	60	78,9	76	0,72
19	17	31,5	37	68,5	54	
20	8	29,6	19	70,4	27	
21	1	33,3	2	66,7	3	
22	0	0,0	2	100	2	
23	1	50,0	1	50	2	
25	0	0,0	1	100	1	
26	0	0,0	1	100	1	
<b>Estrato</b>						
2	2	16,7	10	83,3	12	0,003
3	6	18,2	27	81,8	33	
4	10	16,1	52	83,9	62	
5	9	32,1	19	67,9	28	
6	14	53,8	12	46,2	26	
NR	2	40,0	3	60,0	5	
<b>Semestre</b>						
Primero	7	25,0	21	75,0	28	0,892
Segundo	13	28,9	32	71,1	45	
Tercero	7	29,2	17	70,8	24	
Cuarto	16	23,2	53	76,8	69	

**Asociación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria con otras variables de caracterización de la población:**

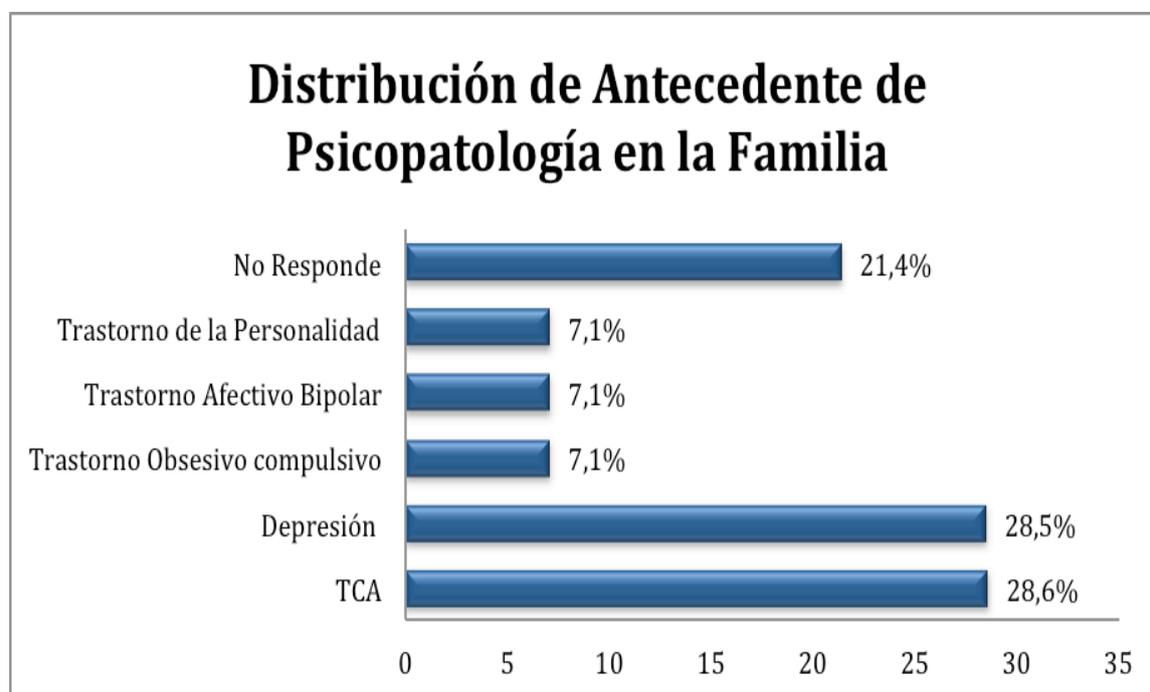
De las 166 estudiantes encuestadas, 32 de ellas (19.2%) presentaron antecedente de psicopatología en la familia, de las cuales 14 alumnas (43.8%) están en riesgo de presentar un TCA, mientras que en el grupo que no presentan antecedentes de psicopatología en la familia, el riesgo fue significativamente menor con un 21.6% ( $p=0.01$ ) así como lo muestra la tabla 3.

Los antecedentes psicopatológicos más frecuentes en los familiares de las estudiantes en riesgo fueron los TCA en un 28.6% y la depresión en el 28.5% (Ver Gráfica 5), los cuales se presentan en un 42.8% en familiares de segundo grado y en un 21.4% en hermanos como se evidencia en la gráfica 6.

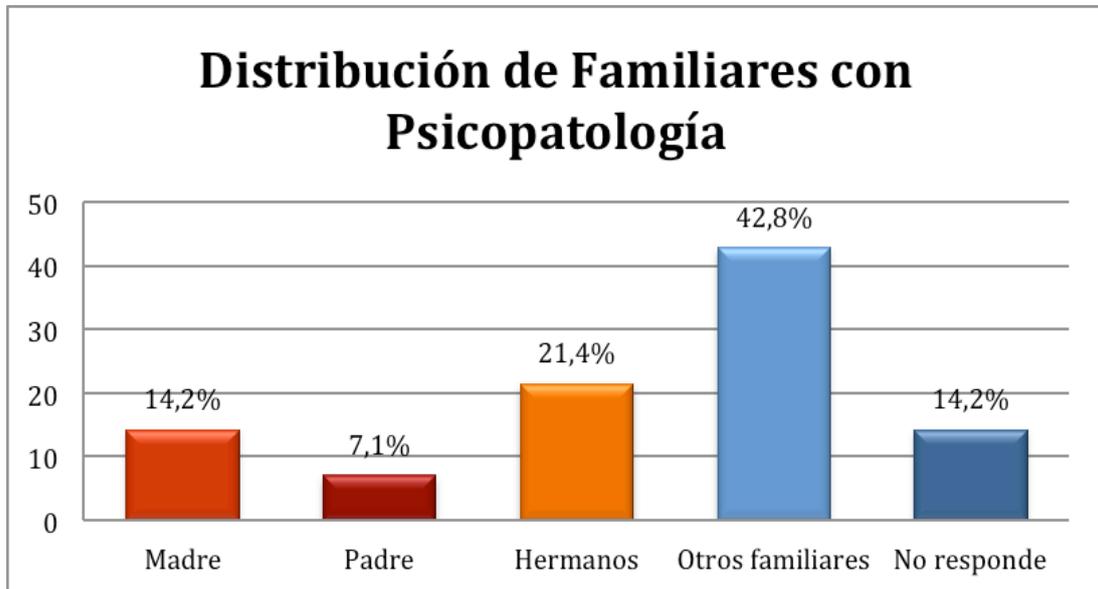
**Tabla 3:** Distribución de riesgo según instrumento de caracterización

Variables	Riesgo				Total	p valor
	SI		NO			
	n	%	n	%		
<b>Psicopatología en familiar</b>						
SI	14	43,8	18	56,3	32	0,010
NO	29	21,6	105	78,4	134	
<b>Obesidad o sobrepeso en la familia</b>						
SI	32	32,7	66	67,3	98	0,020
NO	11	16,4	56	83,6	67	
<b>Críticas sobre el peso</b>						
SI	35	32,1	74	67,9	109	0,012
NO	8	14,0	49	86,0	57	
<b>Padres separados</b>						
SI	11	25,6	32	74,4	43	0,982
NO	31	25,4	91	74,6	122	
NR	1	100	0	0	1	

**Gráfica 5:** Distribución de antecedentes de psicopatología en la familia



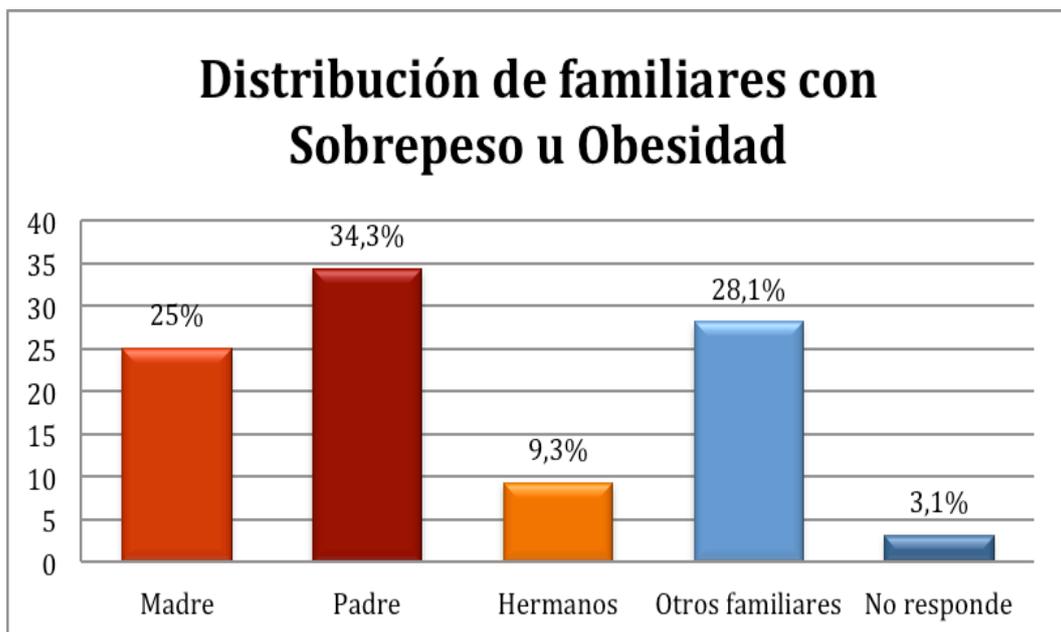
**Gráfica 6:** Distribución de familiares con psicopatología



El 32,7% de las estudiantes con antecedentes de sobrepeso u obesidad en la familia están en riesgo de presentar un TCA, mientras que aquellas que no presentan este antecedente, el porcentaje de riesgo es menor con un 16.4% ( $p=0.02$ ) como se evidencia en la tabla 3.

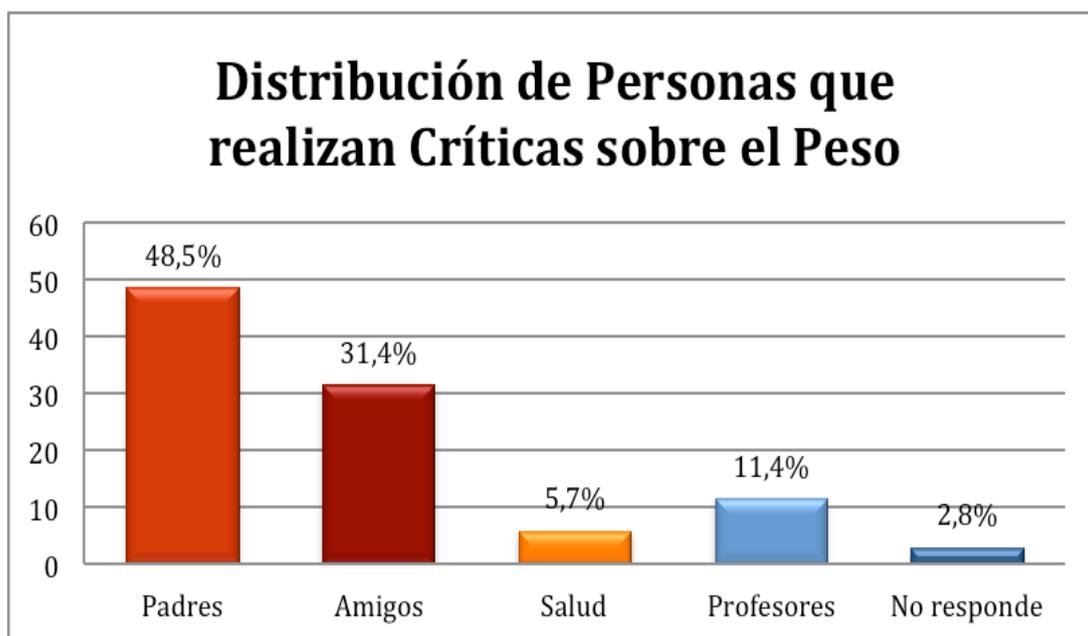
La distribución de familiares con sobrepeso y obesidad muestran al padre con un 34.3% como se muestra en la gráfica 7.

**Gráfica 7:** Distribución de familiares con sobrepeso



El 32.1% (35 personas) de las estudiantes que han recibido críticas sobre su peso se encuentran en riesgo, mientras que aquellas que no las han recibido el porcentaje de riesgo es menor con un 14% ( $p=0.001$ ) como se evidencia en la tabla 3. Los padres en un 48.5% y los amigos en un 31.4% son las personas que más generaban críticas como se muestra en la gráfica 8.

**Gráfica 8:** Distribución de personas que realizan críticas sobre el peso



No se encontró una asociación significativa con la variable padres separados ( $p=0.98$ ). El 25.6% (11 personas) de las alumnas con padres separados presentan riesgo de TCA, mientras que en las estudiantes con familias no disueltas el porcentaje de riesgo fue de 25.4% como se muestra en la tabla 3. De las estudiantes en riesgo, el 44.1% viven con sus padres y 27.9% con otros familiares de segundo grado.

**Prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes en riesgo:**

De las 43 estudiantes en riesgo de presentar un TCA según puntaje del instrumento EAT 26, cinco de ellas no colocaron datos de contacto telefónico. Se contactaron telefónicamente 38 estudiantes, de las cuales dieciocho aceptaron asistir a la cita para realizar la entrevista con psiquiatría, sin embargo el día de la valoración ninguna de ellas asistió, por lo cual no fue posible estimar la prevalencia de los TCA en mujeres en riesgo matriculadas en el programa de pregrado de medicina.

## DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios en numerosos aspectos del desarrollo biopsicosocial que se reflejan en la conducta de la persona y que repercute también en los hábitos alimentarios, situación que puede llevarlos a adoptar conductas inadecuadas en relación a la alimentación, constituyendo un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de TCA, correspondiendo a un grupo de desórdenes muy frecuentes en la población universitaria a nivel mundial.

La frecuencia de riesgo de presentar estos trastornos encontrada en el presente estudio en la fase de tamizaje utilizando el EAT 26 fue de 25.9% en estudiantes universitarias de la Facultad de Medicina cursando materias básicas, cifra que evidencia que el riesgo continúa siendo considerable, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en el estudio realizado por Domínguez y colaboradores en el 2011 en estudiantes de primer semestre de la Universidad de La Sabana en donde se encontró que la prevalencia de riesgo de dichos trastornos fue del 13.8% y en la Facultad de Medicina del 18.2% (5). En una investigación realizada por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, el 20.8% de las estudiantes mujeres estuvieron en riesgo de presentar un TCA, cifra que se acerca a la encontrada en el presente estudio (55). Sin embargo, algunos estudios como los de Ángel y colaboradores en la Universidad Nacional en Bogotá y el de Cano y colaboradores en la Universidad de Manizales encontraron cifras más bajas con una frecuencia del 19.5% y del 12,7% respectivamente (7, 8). Por otra parte, aunque la tendencia del riesgo de presentar un TCA en la universidad permanece elevada, los hallazgos encontrados por Fandiño y colaboradores en estudiantes de La Universidad del Valle en Cali arrojan cifras superiores con una prevalencia de riesgo del 39.7%, al igual que Rueda y colaboradores en La Universidad Autónoma de Bucaramanga con un 38.7% de mujeres (6,15).

La discrepancia en las cifras de prevalencia de riesgo de presentar un TCA encontradas en los diferentes estudios puede verse influenciada por las diferentes escalas de tamizaje empleadas con diversas características psicométricas, y por las diferencias en las características de la población a estudio. En cuanto a las escalas de tamizaje, el EAT 26 fue utilizado en el estudio de Piñeros y colaboradores en el 2005 para determinar la prevalencia de riesgo de TCA, con una cifra del 15.1%, la cual difiere de nuestros resultados posiblemente debido a que la población en estudio constó de escolares (9). En población universitaria a nivel nacional, este instrumento de tamizaje fue empleado en el estudio de Hernández y colaboradores en el 2013 en Bogotá e Ibagué, en donde el 63% de los participantes incluyendo hombres y mujeres estaban en riesgo de presentar un TCA (56).

Las pruebas de tamizaje utilizadas en adolescentes han mostrado una sobrevaloración del riesgo debido a una tendencia a exagerar las respuestas, ya que al utilizar cuestionarios de tamizaje basados en el autoinforme hace posible obtener resultados poco confiables por miedo a manifestar la condición, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela (5,9). Por esta razón se propuso realizar una entrevista psiquiátrica a las estudiantes en riesgo según puntaje del EAT 26, y así determinar la prevalencia de TCA instaurados. Sin embargo, desafortunadamente para nuestro estudio, ninguna de las estudiantes aceptó asistir a la entrevista teniendo en cuenta que se planteó de manera voluntaria, lo cual evidencia un rechazo y una alta resistencia al contacto con la psiquiatría, hecho similar a lo que ocurrió en el estudio de Piñeros y colaboradores en donde el 38% de los sujetos detectados como casos probables de TCA aceptaron una evaluación posterior (9).

Estos hallazgos marcan una pauta que debe alertar a la comunidad médica y educativa acerca de la necesidad de implementar programas de prevención de este tipo de desórdenes, ya que según Stice y colaboradores las personas aún con TCA instaurados y que por algún motivo no han buscado ningún tipo de ayuda, se benefician de este tipo de estrategias y no deberían ser excluidos, teniendo en cuenta además la resistencia de los adolescentes a algún contacto con el personal de salud mental.

Dentro de las variables sociodemográficas analizadas, el rango de edad comprendido en este estudio fue de 18 a 26 años en donde el grupo en el cual se concentró la muestra fue el de 18 seguido de el de 19 años, no obstante sin ninguna relación estadísticamente significativa con el riesgo de presentar un TCA, hallazgo similar a lo encontrado en otros estudios, probablemente por que según la literatura el grupo de edad en el que se aplicó el instrumento se encuentra dentro del pico de presentación de estos desórdenes. Así mismo se demuestra en el estudio de Van Son y colaboradores en donde el periodo de la vida de presentación de los TCA en mujeres es durante la adolescencia media y tardía que corresponde desde los 15 a los 19 años (57).

No se encontró asociación entre el semestre cursado y el riesgo de presentar un TCA, dato que no ha sido reportado en la literatura y los diferentes estudios realizados en población universitaria.

La tendencia mundial en la actualidad es encontrar jóvenes en riesgo y con TCA en todos los estratos socioeconómicos (58), por lo que esta variable ya no se considera un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de este tipo, sin embargo, en este estudio, la mayoría de la población en riesgo pertenece a los estratos socioeconómicos de mayor poder adquisitivo, como sucede en otros estudios nacionales (5,7,9,10). Otros estudios latinoamericanos en países en

vía de desarrollo también han reportado mayor riesgo en los estratos altos como es el caso del estudio de Bojorquez L y colaboradores realizado en México en el 2006 en adolescentes (59).

Entre los factores de riesgo que se han relacionado con la génesis de los TCA, cabe destacar la calidad del funcionamiento familiar, influenciando el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos tal como lo describe Tetley y colaboradores (60). Las mujeres con estos desórdenes generalmente provienen de familias con dificultades en la solución de problemas y en la adaptación a las situaciones de estrés, como por ejemplo la separación o el divorcio de los padres (61). Sin embargo, aunque en este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto al antecedente de separación o divorcio de los padres y el riesgo de presentar un TCA, es claro que en este aspecto se debe tener en cuenta que, el impacto de este evento y su influencia en la aparición de estos desórdenes depende de cómo los individuos afectados perciben dichas experiencias, y cómo lidiaron o no con ellas a nivel cognitivo y psicológico, según sus recursos y su capacidad de afrontar el estrés (28).

Los antecedentes de psicopatología, sobrepeso u obesidad en la familia y las críticas sobre el peso y su relación con el riesgo de presentar un TCA en adolescentes coinciden con los descritos en la literatura nacional e internacional (6,9,28,56).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares de psicopatología y el riesgo de presentar un TCA, como se corrobora en los estudios de Fandiño, Piñeros, Hernández y colaboradores en Colombia (6, 9, 56) y a nivel internacional en estudios como el de Mazzeo y colaboradores en el 2008, en donde se destaca especialmente el antecedente de TCA como un importante factor de riesgo, hallazgo que coincide también en el presente estudio (28). Así mismo, investigaciones sobre la influencia de ciertas actitudes alimentarias en miembros de la familia con relación a la aparición de síntomas en la adolescencia, demuestran que la internalización del ideal de delgadez especialmente en la figura materna y el índice de masa corporal en ambos padres, se asocian a un mayor riesgo de presentar un TCA (9), como se encontró en el presente estudio en donde el antecedente de sobrepeso u obesidad en los padres se relaciona con un mayor riesgo de presentar un desorden de la alimentación en las estudiantes.

Otro factor de riesgo asociado a estos trastornos es la crítica sobre el peso y la apariencia en las adolescentes, al influir sobre la autoestima y así facilitar la insatisfacción corporal. Los hallazgos en este estudio también confirman esta relación al igual que otras investigaciones (9,23, 56) especialmente las realizadas por Mazzeo, Olvera y colaboradores quienes afirman que las

críticas provenientes de padres y amigos no solo generan en los jóvenes una imagen negativa de si mismos sino que facilitan la adopción de hábitos alimentarios inadecuados para controlar el peso (23, 28, 29 ,30). De hecho en Colombia, Hernández y colaboradores en el 2013 encontraron que la mayoría de los jóvenes universitarios se preocupaban intensamente por la ganancia de peso, cantidad de calorías consumidas y se mostraban insatisfechos con su imagen corporal (56).

Los hallazgos encontrados en este estudio revelan la importancia de continuar en la búsqueda del conocimiento y caracterización de conductas de riesgo de trastornos de la alimentación en estudiantes de medicina de la Universidad de La Sabana, para plantear un modelo de riesgo más completo que aporte a la explicación y comprensión de esta problemática, que permita diseñar programas de prevención en un futuro cercano.

## **LIMITANTES**

La principal dificultad de este estudio corresponde a que no es posible generar conclusiones que se puedan generalizar a poblaciones fuera de las estudiantes de la universidad de los cuatro semestres seleccionados.

Otra limitación corresponde a la exclusión de los estudiantes menores de edad, debido a que las disposiciones éticas exigen la obtención del consentimiento informado de los padres para su participación.

A pesar de haber garantizado la absoluta confidencialidad de las participantes de acuerdo a las consideraciones éticas y aunque se realizó el debido seguimiento telefónico a las estudiantes que aceptaron participar en el estudio, asegurando siempre la reserva de la información, así como el oportuno direccionamiento para recibir el apoyo necesario en caso de ser requerirse, no se contó con la participación esperada en el momento de realizar la entrevista clínica con psiquiatría. Dado que no es posible, ni éticamente correcto exigir a las participantes hacer parte de esta intervención, no se logró profundizar más a fondo en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria y continuar el estudio para calcular la prevalencia de estos trastornos como tal ya instaurados.

## **CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria es del 25,9% en estudiantes mujeres de primero a cuarto semestre matriculadas en el segundo periodo del 2013 en la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana.

2. La edad y el semestre no constituyen factores de riesgo para presentar un trastorno de la conducta alimentaria.
3. El tener padre separados o divorciados no aumenta el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en esta población.
4. Los estratos socioeconómicos altos, el antecedente de psicopatología, sobrepeso u obesidad en la familia se relacionan con un mayor riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.
5. Las críticas sobre el peso especialmente dirigidas por padres y amigos facilitan la insatisfacción corporal, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno.
6. Es prioritaria la creación e instauración de programas de prevención y detección temprana de estas patologías para intervenir en esta problemática de salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana.

## **PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN**

La importancia de los hallazgos encontrados en este estudio permite establecer un impacto tanto para la comunidad universitaria, así como para el desarrollo de la medicina familiar como especialidad y para la comunidad científica en general.

A partir de los resultados obtenidos en el estudio de la Dra. Domínguez, Dr. Baena y Dr. Ulloa sobre prevalencia de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de primer semestre de la Universidad de La Sabana en el 2011, se continuó con la misma línea de investigación, para extender los esfuerzos en la búsqueda de conocimientos y caracterización de los factores de riesgo relacionados con este tipo de desórdenes.

Los hallazgos evidencian que el riesgo de presentar un TCA en las estudiantes de la universidad aun es considerable, por lo que este estudio representa un esfuerzo útil y pertinente para caracterizar este problema ya que al identificar factores que facilitan y predisponen la aparición de un mayor riesgo de presentar uno de estos desórdenes, se marca una pauta que debe alertar a la comunidad médica y educativa acerca de la necesidad de implementar programas y estrategias de prevención.

Teniendo en cuenta la complejidad en el abordaje de este tipo de desórdenes, es necesario plantear la creación de un modelo interdisciplinario que abarque la participación de otras áreas de la salud y de la comunidad universitaria y educativa.

Finalmente, este aporte implica continuar profundizando en el conocimiento de esta problemática en otros sectores fuera de la universidad, con el fin de impulsar la creación de políticas de salud que busquen intervenir de una manera temprana en la cadena causal especialmente en población altamente susceptible, lo que ayudaría no sólo a evitar secuelas físicas y emocionales de las personas que los padecen, sino a ahorrar costos en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación tanto a sus familias como al sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen A. Yager J. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2005. Capítulo 19, Eating Disorders 2003-21.

Disponible en:

[www.ovid.com/site](http://www.ovid.com/site)

2. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2008; 18 (1):31-47.

doi: 10.1016/j.cha.2008.07.005.

3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 2013.

Disponible en:

<http://www.dsm5.org>

4. Watson H, Dreher C, Steele A, Wilksch S. Eating disorders prevention, treatment and management: An evidence review. The national eating collaboration. The butterfly foundation. Australia. 2010 mar: 1-318.

Disponible en:

[www.nedc.com.au/files/pdf](http://www.nedc.com.au/files/pdf)

5. Domínguez AM. Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria. Universidad de La Sabana.

Disponible en:

[intellectum.unisabana.edu.co](http://intellectum.unisabana.edu.co)

6. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux C, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica. 2007; 38 (4):344-51.

Disponible en:

[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342007000400002&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000400002&lng=es&nrm=)

7. Cano A, Castaño J, Corredor Z, García A, González B, Lloreda C et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en alumnos de la Universidad de Manizales. Med UNAB [internet] 2007 [citado 2010 abril 13];10(3):187-194.

Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>

8. Ángel L, Vásquez R, Chavarro K, Martínez L, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta Med Colomb.* 1997;22(3):111-119.

Disponible en:

<http://www.actamedicacolombiana.com>

9. Piñeros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2010 39(2): 313-328

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447007>

10. Ortiz MR. Programa de formación de formadores en perspectiva de género en salud. Capítulo 9: Alimentación y nutrición. *Nutrición: Trastornos de la Conducta Alimentaria.* España. 2006: 1-42.

Disponible:

[www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../10modulo\\_09.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../10modulo_09.pdf)

11. Caballero A, Unikel C. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Méjico 2010;1-44

Disponible en:

[www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../guias/trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../guias/trastornos_alimentacion.pdf)

12. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2000.

Disponible en:

[www.ucm/info/recursosspat2/biblo](http://www.ucm/info/recursosspat2/biblo)

13. Bulik C. Eating disorders in adolescents and young adults. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2002; 11(1): 201– 218

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12109318>

14. Ramírez AL, Moreno S, Yepes M, Posada AC, Pérez GM, Roldán L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana. *Ámbito Médico.* 2004; 15 (1):31-3.

15. Rueda G, Díaz L, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena L. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria.* 2005;35(2):89-94.

Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es>

16. Gowers S, Pilling S, Treasure J. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester: The British Psychological Society and Gaskell; 2004.

17. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala – Heino R, Bjorkqvist K. The prevalence, Incidence and Development of Eating Disorders in Finnish Adolescents: A Two – step 3 years Follow – up Study. *Eur. Eat. Disorders Rev* (2009)199-207  
doi:10.1002/erv.919

18. Halmi K. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neuroscience* 2009;11(1):100-103  
Disponibile en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181903/>

19. Miotto P, de Coppi M, Frezza M, Pretty A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J Ner Ment Dis.* 2003;191(7):437-43.  
Disponibile en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12891090>onibile en:

20. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark Sztainer D. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? a longitudinal study. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(5):887-92.  
Disponibile en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837605>

21. Jacobi C, Hayward C, Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin.* 2004; 130(1):19–65.  
doi:10.1037/0033-2909.130.1.19.

22. . White JH. The prevention of eating disorders: A review of the research on risk factors with implications for practice. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing.* 2000;13(2):76-88.  
Disponibile en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11146919>

23. Benowitz C, Garcia K, Massey M, Vasagar B, Borzekowski D. Body Image, Eating Disorders and the Relationship to Adolescent Media Use. *Pediatric Clinics of North America*. 2012; 59(3): 693-704. doi:10.1016/j.pcl.2012.03.017
24. Trujillo A. Adolescents and Eating Disorders. *Insights to Changing World Journal*. 2012 3(1): 126-140.  
Disponible en:  
<http://connection.ebscohost.com/c/articles/83529736/adolescents-eating-disorders>
25. Jáuregui I, Ezguerra M, Carbonero R, Ruiz I. Weight Misperception, self reported physical fitness, dieting and some psychological variables as risk factors for eating disorders. *Nutrients*. 2013; 5(11):1-17  
doi:10.3390/nu5114486
26. Quick V, Byrd C. Disordered eating, socio-cultural media influencers, body image, and psychological factors among racially/ethnically diverse population women. *Eating Behaviors*. 2014;15(1): 37-41.  
doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.005
27. Blow J, Cooper T. Predictors of body dissatisfaction in Hispanic college student simple. *Eating Behaviors*. 2014;15(1):1-4.  
Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313001177>
28. Mazzeo S, Bulik C. Enviromental and genetics risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 18(1): 67-82.  
Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719561/>
29. Portela de Santana M, Da Costa Ribeiro H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(2): 391-401.  
doi:10.3305/nh.2012.27.2.5573
30. Olvera N, Dempsey A, Gonzalez E, Abrahamson C. Weight related teasing, emotional eating, and weigth control behaviors in Hispanic and African American girls. *Eating Behaviors*. 2013; 14(4): 513- 517.  
Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.012>

31. Suisman, J. L., Slane, J. D., Blurt, A., & Klump, K. L. Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eating Behaviors*. 2008; 9 (4): 493–496.  
doi: 10.1016

32. Lydecker J, Cotter E, Mazzeo S. Body checking and body avoidance: Construct validity and norms for college women. *Eating Behaviors*. 2014; 15(1): 13-16.

Disponible:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313001165>

33. Trindade I, Ferreira C. The impact of body image related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*. 2014; 15(1): 72-75.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313001219>

34. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2002;128(5):825-48

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12206196>

35. Tillman KS, Arbaugh Jr T, Balaban Ms. Campus programming for National Eating Disorders Awareness Week: An investigation of stigma, help - seeking, and resource knowledge. *Eating Behaviors*. 2012; 13(1): 281–284.  
doi:10.1016/j.eatbeh.2012.03.010

36. Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord*. 1997; 22(1):167-172.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/926155>

37. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallicer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp*. 2006; 21(1):4-12

Disponible en:

<http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/2972>

38. Raney TJ, Thornton L, Berrettini W, Brandt H, Crawford S, Fichter M. Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2008;41(4):326-32.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18213688>

39. Fletcher GA, Kupshik S, Uprichard S, Shah S, Nash A. Eating disorders and concurrent psychopathology: a reconceptualisation of clinical need through Rasch Analysis. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(3):191-8

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17910033>

40. Piran N. Prevention of eating disorders: a review of outcome evaluation research. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences.* 2005; 42(3):172–77.

Disponible:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16335629>

41. Gandarillas A, Zorrilla B, Muñoz P, Sepúlveda AR, Galán I, León C. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gac Sanit.* 2002;1:40-2.

Disponible:

[www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

42. Castrillón MD, Luna I, Aguirre D. Validación del Abbreviated Eating Attitudes (Escala abreviada y modificada de las actitudes alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En: Ferrer BA, Gómez MY (editores). *Evaluación e intervención en niños y adolescentes: investigación y conceptualización.* Medellín: La Carreta; 2007. p. 93-116

43. Mintz LB, O'Halloran MS. The Eating attitude Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess.* 2000;74(3):489-503.

Disponible

en:

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10900574](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10900574)

44. Baile J, Garrido E. Características psicométricas del .Eating attitudes test-26 en una muestra de chicas universitarias. *Interpsiquis. Congreso virtual de psiquiatría.com* 2005.

Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3532>

45. Garner D, Olmsted M. The eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine.* 1982; 12(1): 871-897

Disponible:

[www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-26-1982.pdf](http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-26-1982.pdf)

46. Casado MI, Helguera Mayte, Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud,* 2008; 19(1): 5-26.

Disponible:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113052742008000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742008000100001)

47. Austin B. Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological Medicine*. 2000; 30(6): 1249-1262

Disponible:

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11097066](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11097066).

48. Franko DL, Mintz LB, Villapiano M, Green TC, Mainelli D, Folensbee L, Butler SF, Davidson MM, Hamilton E, Little D, Kearns M, Budman SH. Food, mood, and attitude: reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychology*. 2005; 24(6): 567–578. doi:10.1037/0278-6133.24.6.567.

49. Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in childrens and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076457> (2):CD002891.

50. Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prevention Science*. 2012; 13(1):129-39.

doi: 10.1007/s11121-011-0251-4.

51. Pineda G, Gómez G. Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*. 2006; 23(1):87-95.

Disponible

en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646011>

52. Uwe B, Sowa M, Bormann B, Brix C, Strauss B. Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2008; 16(1):173–183.

doi: 10.1002/erv.861

53. Opler M, Sodhi D, Zaveri D. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry* 2010; 22(4):220-234.

Disponible en:

[https://www.aacp.com/pdf%2F1110%2F1110ACP\\_Opler.pdf](https://www.aacp.com/pdf%2F1110%2F1110ACP_Opler.pdf)

54. Benjet C, Méndez E, Borgues G, Medina M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Salud Mental*. 2012; 35 (6):483- 490.

Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a5.pdf>

55. Sepúlveda R, Gandarillas A, Carrobes JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Revista psiquiatría*. 2004;8(2):114 - 118

Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/14984/>?

56. Hernández LM, Londoño C. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología* 2013;29(3):748-761.

Disponible

en

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>

57. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AIM, Van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006; 39 (7): 565-569.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791852>

58. Correa V María Loreto, Zubarew G Tamara, Silva M Patricia, Romero S María Inés. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev. chil. pediatr.* 2006; 77(2): 153-160.

Disponible

en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000200005&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005&Ing=es)

59. Bojorquez I, Saucedo T, Juárez F, Unikel C. Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública* 2013;29(1):29-39.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100005>

60. Tetley A, Moghaddam N, Dawson D, Rennoldson M. Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*. 2014; 15(1): 49-59. [doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008](http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008)

61. Lyke J, Matsen J. Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*. 2013; 14(4): 497-499. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183144>



**ANEXO 1**  
**ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Código de seguridad: \_\_\_\_\_

Estrato Socioeconómico: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Por favor escoja una respuesta para cada uno de los siguientes Ítems:

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

11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.						
12. Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.						
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.						
16. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar.						
17. Tomo alimentos dietéticos.						
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.						
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.						
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.						
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.						
23. Estoy haciendo régimen						
24. Me gusta tener el estómago vacío.						
25. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.						
26. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías						

## ANEXO 2

Por favor escoja una respuesta para cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿En su familia hay antecedentes de problemas psicológicos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativa ¿cual? \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

2. ¿En su familia alguien sufre de obesidad o sobrepeso?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativa ¿quién? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha recibido comentarios o críticas sobre su peso?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativa ¿de quien?

Padres o hermanos \_\_\_\_\_

Profesores \_\_\_\_\_

Amigos \_\_\_\_\_

Profesionales de la salud \_\_\_\_\_

4. ¿Sus padres son separados/divorciados?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. ¿Con quién vive actualmente?

Sola \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Amigos \_\_\_\_\_

Otros familiares \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativa ¿con quien vive? \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3**

ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Su participación es muy importante para nosotros:

El propósito de la aplicación de esta encuesta, es recolectar datos que permitan determinar el riesgo de presentar un Trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes mujeres de la facultad de medicina de primer a cuarto semestre de la Universidad de La Sabana, a través de la autoaplicación de una escala internacionalmente validada por la literatura que corresponde al EAT-26 (Eating Attitude test).

Por tratarse de una investigación en población subordinada, según la Resolución 8430 de 1993 *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*, este estudio tiene un riesgo mayor que el mínimo. Por este motivo ha sido estudiada y aprobada por la Facultad de Medicina y por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de La Sabana.

Los resultados serán utilizados sólo con fines de investigación, que permitirán plantear cambios que irán en beneficio de los estudiantes y la Universidad. Los resultados obtenidos serán guardados bajo custodia de los investigadores y una vez sean tabulados se destruirán, garantizándoles confidencialidad de la información.

Las estudiantes en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria (según los resultados de la encuesta) serán contactadas telefónicamente para verificar si desean continuar en el estudio (entrevista clínica estructurada) la cual consiste en asistir a una cita de media hora con la Dr Gustavo Zambrano Sanjuán (Médico psiquiatra). Todos los resultados obtenidos serán confidenciales e informados personalmente a cada participante.

Su participación es voluntaria y anónima; los resultados no tendrán ninguna repercusión académica, disciplinaria así como tampoco al contestarla tendrá ningún tipo de compensación para realizar este estudio.

Si una vez leída la encuesta y el consentimiento, no desea contestarla está en libertad de hacerlo.

Agradecemos su participación

Al firmar este consentimiento usted está aceptando participar en la encuesta.

<b>Estudiante</b>	Firma _____
-------------------	----------------

Firma Investigadores

\_\_\_\_\_  
Ana María Rico Mejía

\_\_\_\_\_  
María del Rosario Forero Rozo

**TESTIGO No1:**

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

**TESTIGO NO. 2:**

Nombre:

Teléfono:

Dirección: