

Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995

Luis A. Angel, Rafael Vásquez, Katterryne Chavarro,

Objetivos: validación de un instrumento de autorreporte para detectar trastornos del comportamiento alimentario (TCA), determinar su frecuencia en estudiantes de la Universidad Nacional y su relación con ansiedad y depresión.

Material y método: se realizó un muestreo aleatorio de todos los estudiantes universitarios y se aplicaron las encuestas de tamizaje para TCA (ECA), Zung de ansiedad y depresión, que fueron repetidas a los seis meses y realizada una entrevista clínica estructurada para diagnóstico de TCA (SCAN).

Resultados: se encuestaron 225 hombres (54%) y 186 mujeres (46%). La ECA fue positiva en 24,3% (n=100), se reencuestaron y entrevistaron 85 con ECA positivo y 64 negativos. En las mujeres la puntuación de la ECA fue superior ($p < 0,0001$) y se diagnosticó TCA en 79: 5

bulímicos (BN), 2 anorécticas (AN) y 72 no especificados (NOES). La ECA fue reproducible con un $r = 0,85$ ($p < 0,0001$) y coeficiente Kappa de 0,793, con promedios prácticamente idénticos ($24,45 \pm 9,8$ vs. $24,48 \pm 10,1$, NS) al repetirlo, con 21,4% de falsos positivos y 11% de falsos negativos; sensibilidad 88,6% y especificidad 78,5%, (VPP = 82,3% y VPN = 85,9%). La prevalencia de TCA fue de 30% de los cuales 1,2% fueron BN, 0,48% AN y 28% NOES. Los TCA fueron más frecuentes en el área de la salud ($p < 0,005$). Los Zung de depresión y ansiedad fueron positivos con mayor frecuencia entre las mujeres ($p < 0,0001$) con alta correlación entre sí ($r = 0,782$, $p < 0,001$) y con la ECA ($p < 0,001$).

Conclusiones: la prevalencia de TCA en universitarios es similar a la informada en países desarrollados. La ECA es válida, reproducible y confiable para detección de TCA, los cuales son más frecuentes en el área de la salud.

En la actualidad los trastornos alimentarios han dejado de ser un problema que atañe exclusivamente al médico, debido al despliegue que los medios de comunicación le han venido dando no sólo a temas producto del subdesarrollo, las guerras y las epidemias, entre otros; sino aquellos relacionados con la figura corporal, tales como la obesidad, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Esta situación obliga a todo el personal de salud a estar informado y sensibilizado para realizar el diagnóstico, teniendo en cuenta que actualmente, dentro de los diferentes programas académicos no

Trabajo ganador del premio en "Investigación clínica", XIV Congreso Colombiano de Medicina Interna, Santa Fe de Bogotá. D.C., 1996. Dr. Luis Alberto Angel Arango: Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Juan de Dios. Jefe Departamento de Nutrición. Fundación Cardio-Infantil; Dr. Rafael Vásquez: Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría. Unidad de Niños y Adolescentes. Hospital Universitario Pediátrico de La Misericordia. Jefe Psiquiatría Infantil, Departamento Pediatría Fundación Santa Fe de Bogotá; Dra. Katterryne Chavarro: Psiquiatra Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Hospital San Juan de Dios. Unidad de Salud Mental; Dras. Luz Marina Martínez Gil, Jenny García Valencia: Residentes de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Hospital San Juan de Dios. Unidad de Salud Mental. Santa Fe de Bogotá.

se imparten enseñanzas al respecto, porque se piensa que estas entidades son patrimonio de los países industrializados.

Recientemente los desórdenes de la alimentación, especialmente los síndromes de anorexia y bulimia nerviosa, han llamado la atención de los médicos y del público en general, lo cual ha incrementado la investigación en esta área. Antes de 1980 había sólo unas pocas descripciones de pacientes con síntomas bulímicos, pero a partir de 1988 han aparecido cientos de informes. EL DSM-IV. (1) reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida, que comparten una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. La categoría diagnóstica se llama trastornos del apetito, pero nos parece más preciso denominarlos como trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y los subdivide en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos no especificados (NOES) (1).

La AN y la BN, según los datos publicados en países desarrollados, se observan principalmente en mujeres (90 a 95%). La prevalencia es de 1 a 4% en adolescentes y mujeres adultas jóvenes blancas de clases altas y medias; sin embargo, se ha visto un incremento en hombres en minorías y en mujeres de todos los grupos. También tienen más riesgo de padecerlo los homosexuales. La bulimia es más frecuente que la anorexia y los no especificados son más frecuentes que la bulimia (2). Estudios realizados en las últimas décadas revelan un incremento en la frecuencia de estos trastornos en todas las franjas de la población; se ha infor-

mado 4% de AN y 19% de BN; se puede pensar que esta patología no es exclusiva de un solo grupo socioeconómico. Los síntomas de trastorno de alimentación son vistos en poblaciones psiquiátricas heterogéneas que sufren de diversos grados de psicopatología, de alteraciones de personalidad y niveles disímiles de funcionamiento del yo (3-6).

Se ha reportado que la comorbilidad con depresión mayor y distimia está entre 50 y 75% en pacientes con AN (3) y que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha encontrado entre 10 y 13% en pacientes con AN (3,4). Para la BN hay un incremento en las tasas de ansiedad de 43% y farmacodependencia en 49% (7), trastorno afectivo bipolar en 12% y trastornos de la personalidad hasta en 50 a 75% (6,8). Se encontró una comorbilidad con trastorno de personalidad límite del dos a 60% de los pacientes (9). Muchos pacientes bulímicos tienen síntomas disociativos, conflictos y alteraciones sexuales y una variedad de conductas impulsivas como comprar en exceso, promiscuidad sexual y automutilación (6-10).

Para diagnóstico y seguimiento de los pacientes con TCA, se han creado varios cuestionarios. Entre los más conocidos están el *Eating Attitude Test* (EAT) descrito por Garner y Garfinkel en 1979 (11) que contiene 40 ítems y puede ser aplicado a cualquier sujeto con sospecha de TCA y a poblaciones amplias, por la sencillez de las preguntas y la facilidad para diligenciarlo. Los mismos autores realizaron una segunda versión de EAT en 1982 (12) que contiene 26 ítems y se correlaciona muy bien con el inicial. Un tercer cuestionario tendiente a evaluar todos los trastornos de la alimentación

se conoce como el *Eating Disorder Inventory* (EDI). Este último es considerado por algunos como de elección. Goldberg y cols (13) idearon el *Goldberg Anorectic Attitude Scale* (GAAS) en 1980, consta de 63 ítems y evalúa a pacientes institucionales. Estas y otras pruebas han sido utilizadas en estudios epidemiológicos de prevalencia en diferentes poblaciones como: *Eating Disorders Questionnaire* y *Stanford Eating Disorders Questionnaire* (14). Para el diagnóstico clínico se han diseñado esquemas de entrevistas estructuradas con el fin específico de establecer la presencia o no de estos trastornos, como es el caso del SCAN (*Schedules Questionnaire in Psychiatry*, DSM-IV (14). Sin embargo, ninguno de ellos ha sido traducido y ajustado a las particularidades idiomáticas de nuestro país, ni se ha establecido su validez.

Uno de nosotros elaboró un cuestionario que hemos denominado encuesta de comportamiento alimentario (ECA), que incluye aspectos como: actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimentarios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, alimentación, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de algunos medicamentos. Su utilidad ha sido evidente en pacientes con diagnóstico definitivo de TCA, cuyo sistema de puntuación por regla general sobrepasa los 25 puntos. La información obtenida ha sido confiable y reproducible mediante la entrevista personal. La reproducibilidad de la encuesta se ha evaluado en un grupo pequeño de sujetos normales y de pacientes con TCA, mostrando sólo diferencias menores en las pun-

tuciones, sin modificar la clasificación en normales o anormales, demostrando su utilidad como instrumento de tamizaje para TCA. En ésta se utilizaron puntos de corte mayor o iguales a 25, logrando una sensibilidad de 80% y una especificidad de 86%; el valor predictivo positivo fue de 80% y el valor predictivo negativo del 100% (15).

En Colombia prácticamente no existen publicaciones sobre estas enfermedades aparte de las realizadas por nuestro grupo, demostrando que no sólo existen en nuestro país sino que su diagnóstico pasa inadvertido, razón por la cual no existen estadísticas sobre su prevalencia o incidencia. Así, hemos querido realizar un estudio en una población de alto riesgo para su desarrollo, como son los adolescentes y adultos jóvenes de una importante universidad y establecer la verdadera frecuencia de estos problemas, basados en nuestras observaciones empíricas y mediante instrumentos desarrollados por nosotros, de los cuales pretendemos establecer su verdadera utilidad.

La realización de estudios tendientes a conocer la frecuencia de los TCA en poblaciones en riesgo, nos permiten conocer no sólo la magnitud del problema, sino sus características sociodemográficas, su relación con otras situaciones (ansiedad, depresión) y proponer planes de acción.

Material y métodos

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal y de utilidad diagnóstica.

Población

Universo: estudiantes universitarios de pregrado matriculados en el segundo período de 1994.

Muestra

Se realizó un muestreo multietápico. En la primera fase se estratificó por sexo y facultades. Los sujetos del estudio se eligieron aleatoriamente por computador; una vez determinado el tamaño de la muestra, se emitió el listado correspondiente, a partir de los registros consecutivos de todos los estudiantes universitarios. La muestra se eligió con un límite de confianza de 95%, una seguridad de 5% y una probabilidad de 50%; debido a que la prevalencia no se conocía en nuestro medio. Se calculó un total de 376 sujetos, al cual se adicionó 10% por posibles eventualidades que pudieran dificultar la aplicación del instrumento; el total de la muestra fue de 414 sujetos. Todos estos serían encuestados durante el primer semestre de 1995 siempre y cuando continuaran siendo estudiantes activos de la universidad.

Instrumentos utilizados. La encuesta de tamizaje para TCA (ECA), escala de Zung de ansiedad (16), escala de Zung de depresión (17) y entrevista clínica estructurada para TCA. (SCAN: *Schedules Cuestiory in Neupsy-chiatry*. Adaptada al DSM-IV).

Diagnóstico clínico de TCA

Este se realiza a partir de la entrevista estructurada diseñada específicamente para el diagnóstico de estos trastornos y basados en los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (1). Para hacer el diagnóstico de AN (1), el paciente debe mostrar los siguientes cuatro eventos, simultáneamente:

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerado para la edad

y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta 15% por debajo del peso teórico y fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso 15% debajo del peso teórico.

- B. Miedo intenso a ganar peso, o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en percepciones del peso, la talla y la silueta corporal.
- D. En las mujeres ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se debe especificar si es de tipo restrictivo o si se trata de casos con recurrencias de ingesta voraz, uso de laxantes, enemas y diuréticos.

El diagnóstico de BN (1) se realiza cuando el paciente tiene los siguientes problemas:

- A. Episodios recurrentes de ingesta voraz: consumo rápido de gran cantidad de comida en un período discreto y sentido de pérdida de control sobre esta conducta.
- B. Conductas inapropiadas recurrentes que intentan compensar la pérdida de control, tales como provocación de vómito, uso de laxantes, diuréticos, dietas estrictas, ayunos prolongados, abuso de ejercicio.
- C. La ingesta voraz y las conductas compensatorias ocurren por lo menos dos veces por semana durante tres meses.
- D. La autoestima está indudablemente influenciada por su imagen corporal y su peso.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente durante un episodio de anorexia nerviosa.

Se debe especificar tipo: si durante los episodios usa laxantes, se induce el vómito, si prefiere hacer excesivo ejercicio y regularmente no ocurren las demás conductas compensatorias.

Los TCA NOES (1) se diagnostican en un paciente cuando los síntomas no reúnen la totalidad de los criterios para AN y BN.

Una vez finalizada la entrevista cada sujeto fue clasificado como portador de TCA o normal y luego fue clasificado en la categoría específica: AN, BN y TCA-NOES.

Encuesta de tamizaje para TCA (ECA)

Este cuestionario está diseñado para ser llenado por el sujeto en un periodo de 10 a 20 minutos y consta de 32 preguntas, 28 de ellas en forma de selección múltiple con cuatro posibles respuestas. Las opciones de respuestas en su mayoría son excluyentes, pero se deja la posibilidad de responder a más de una si se considera necesario, aceptando como respuesta al ítem *de mayor* puntaje; en el caso contrario de no respuesta se le asignará un puntaje de 0. Las probables respuestas tienen un orden que va desde la normalidad o pauta de comportamiento más común en la población general, hasta opciones que suelen apartarse del esquema de comportamiento de la población. El orden es variable y aleatorio en las diferentes preguntas, es decir, que en algunas la primera opción es la más frecuente y en otras la menos frecuente o probablemente anormal.

La puntuación para las respuestas a cada pregunta va de cero (0) a tres (3) puntos, considerándose a las dos primeras (cero y

un punto) como las variantes más frecuentes en la población y las dos últimas (dos y tres puntos) como menos frecuentes. La máxima puntuación posible es de 91 puntos y la mínima de cero.

Escalas de Zung para ansiedad y depresión

Son instrumentos de evaluación por autorreporte, utilizados para identificar los síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad y depresión, ampliamente validados a nivel nacional e internacional, los cuales tienen altas sensibilidad y especificidad. Estos fueron aplicados durante la misma sesión junto con la ECA.

Procedimientos para recolección de información

Se citaron todos los estudiantes escogidos mediante afiches en las facultades correspondientes, especificando lugar, fecha y hora de reunión. En la primera fase se aplicó el cuestionario de autorreporte de TCA y las escalas de Zung para depresión y ansiedad, previa explicación de los objetivos del estudio y aclaración del carácter voluntario, caso en el cual debían firmar cada encuesta. Los estudiantes que no asistieron se citaron nuevamente hasta completar la muestra predeterminada.

Una vez calificadas las encuestas, se procedió a citar en primera instancia a los sujetos cuya ECA tuvo puntuación mayor o igual a 25, es decir, sugestivos de TCA y ulteriormente se hizo lo propio con los sujetos negativos, previo informe del resultado obtenido en las pruebas iniciales. Esto se realizó mediante

comunicación telefónica personal, basados en el registro que cada sujeto había hecho en las encuestas. En esta oportunidad se repitió la ECA y se realizó enseguida la entrevista estructurada para TCA (SCAN), en los consultorios del servicio médico de la universidad. En caso de demostrarse un TCA se ofreció una asesoría y, si estaban interesados, un plan de tratamiento específico. La calificación de la segunda ECA se realizó independiente del resultado obtenido con el SCAN y según el método de calificación preestablecido.

Análisis estadístico

Los datos se presentan en forma de medidas de tendencia central y proporciones y se establecieron las diferencias para promedios y proporciones mediante test paramétricos, no paramétricos, análisis de correlación y el coeficiente de concordancia Kappa. Se aceptó un error alfa inferior a 5%. El procesamiento de los datos se realizó por computador, utilizando el paquete estadístico Systat 3,0 (Systat Inc.).

Operatividad de las variables

Edad: número de años cumplidos. *Sexo:* masculino o femenino. *Facultad:* ciencias, ingenierías, artes, ciencias humanas, ciencias de la salud. *TCA positivo:* mayor o igual a 25. *TCA negativo:* menor de 25. *Depresión:* puntuación mayor o igual a 50 en Zung de depresión.

Ansiedad: puntuación mayor o igual a 50 en Zung de ansiedad.

Bulimia nerviosa, Anorexia nerviosa y TCA NOES: según los criterios del DSM IV.

Trastornos del comportamiento alimentario

Característica	Hombres	Mujeres
Edad (años)	21,6 ± 0,21	19,9 ± 0,18*
Talla (cm)	172,5 ± 0,37	161,4 ± 0,47*
Peso (kg.)	64,0 ± 0,58	54,9 ± 0,55*
IMC	21,0 ± 0,17	20,8 ± 0,19
ECA	16,4 ± 0,52	21,8 ± 0,69*
Zung de ansiedad	32,9 ± 0,54	36,9 ± 0,60*
Zung de depresión	33,4 ± 0,56	37,5 ± 0,64*

* Diferencia de promedios ± error estándar. T de student. P<0,0001
Hombres = 225, mujeres = 186

Tabla 1. Características generales de los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, según sexo, 1994-1995.

Diagnóstico clínico	ECA ≥ 25	ECA < 25	Total
TCA	70	9*	79
Sin TCA	15**	55	70
Total	85	64	149

* Falsos negativos ** Falsos positivos
X²= 144,3, p<0,0001, grados de libertad = 1

Tabla 2. Comparación de la puntuación en la ECA con el diagnóstico clínico, en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, 1994-1995

Resultados

La muestra obtenida fue conformada por 411 de los 414 estudiantes proyectados, con predominio del sexo masculino: 225 hombres (54%) y 186 mujeres (46%), manteniéndose una distribución similar al universo de la población universitaria según el sexo y facultades representadas. La edad, el peso y la talla fueron significativamente menores para las mujeres (p<0.0001) y lo contrario sucedió con la puntuación obtenida en las encuestas (p<0,0001) (Tabla 1).

La ECA fue positiva (≥25 puntos), en 24,3% de la muestra (100 sujetos) y negativa (<25 puntos) en 75,7% restante (311 sujetos). Para la validación de la ECA se citó nuevamente a todos los participantes y se logró reencuestar y entrevistar a 149 estudiantes, 85 con ECA positivo y 64 negativos.

Para el total de estudiantes reencuestados y entrevistados, se encontró que en las mujeres la edad, el peso y la talla fueron inferiores (p<0,0001) y la puntuación en la ECA fue superior (p<0,0001), como lo fue para la población total.

La desproporción entre sujetos ECA positivos y negativos de la submuestra (85% vs 21%) fue debida a la dificultad para realizar un segundo encuentro con los sujetos negativos, una vez informados de la normalidad de sus resultados, que a su vez explica el largo período requerido para la recolección de los datos. Al comparar los 64 sujetos ECA negativos reencuestados con los restantes 247 se demostró que no diferían significativamente entre sí para ninguna de las variables estudiadas y se consideraron por tanto representativos de los mismos.

El diagnóstico clínico definitivo mediante la entrevista estructurada (SCAN) demostró TCA en 79 estudiantes distribuidos así: cinco bulímicos, dos anorécticas y 72 TCA-NOES; los 70 restantes fueron clasificados como normales. El instrumento ECA aplicado en los dos tiempos demostró un coeficiente de correlación de Spearman (datos pareados) de r=0.85 (p<0.0001), con promedios prácticamente idénticos (24,45±9,8 vs. 24,48±10,1, p=0,952), demostrando una alta reproducibilidad. El 89.9% de los sujetos fueron identificados en ambas encuestas como TCA positivos (n=80) y TCA negativos (n=54), con cuatro sujetos clasificados como negativos en la primera encuesta y positivos en la segunda y 11 en forma opuesta; así, la consistencia de la encuesta fue evaluada mediante el cálculo del coeficiente de concordancia Kappa (k) que fue de 0,793 y un Z test de 9.18 (p<0,01). Entre los sujetos ECA positivos el diagnóstico de TCA fue confirmado en 70 y descartado en 15, con una tasa de falsos positivos para la ECA de 21,4%. De los 64 sujetos ECA negativos se demostró TCA en nueve, lo cual da 11,4% de falsos negativos. La sensibilidad de la ECA utilizando punto de corte mayor o igual a 25 fue de 88,6% y la especificidad de 78,5%, con valores predictivo positivo (VPP) de 82.3% y predictivo negativo (VPN) de 85.9% (Tabla 2).

La Prevalencia global de TCA en este grupo universitario calculada a partir de los hallazgos anteriores fue de 30,7% (intervalo de confianza: IC 95%: 20,5 a 40,9%), de los cuales el 2,2% correspondían a BN (IC 95%:

0,78 a 3,62%), el 0,5% a AN (IC 95%: 0 a 1,18%) y el 28% a NOES (IC 95%: 23,7 a 32,3%), pudiendo identificar dos patrones que nosotros hemos denominado como picadores (cumplen todos los criterios para BN a excepción de los episodios de consumo voraz y vómito) que corresponden a 9,7% y atracones (cumplen con todos los criterios para BN a excepción de los episodios de vómito) con 18.3%.

La frecuencia de sujetos con ECA y diagnóstico clínico de TCA fue significativamente superior en los pertenecientes al área de ciencias de la salud ($p < 0,005$), tanto si se comparan todas las facultades en conjunto como si se agrupan en un todo las restantes, una vez realizado el ajuste según el sexo (Tabla 3).

Las encuestas de autorreporte para depresión fueron positivas ($Zung \geq 50$) en 36,8% ($n=159$) y para ansiedad ($Zung \geq 50$) en 23,8% de la muestra ($n=97$). Las mujeres obtuvieron una puntuación estadísticamente superior tanto en depresión ($37,5 \pm 8,7$ vs $33,4 \pm 8,4$, $p < 0,0001$) como en ansiedad ($41,5 \pm 8,3$ vs $31,1 \pm 5,6$, $p < 0,0001$), con una alta correlación entre sí ($r=0,782$, $p < 0,001$) y la ECA con los Zung de ansiedad ($r=0,651$, $p < 0,001$) y depresión ($r=0,645$, $p < 0,001$).

Discusión

Es la primera vez que en Colombia se realiza un estudio representativo de una población determinada, para demostrar la existencia de los TCA, que logró el objetivo propuesto en quizás una de las mayores instituciones universitarias del país, no sólo por el número de alumnos sino por la elevada representación de suje-

tos provenientes de toda la nación y la amplia gama de carreras ofrecidas.

La distribución por sexo es similar a la descrita para toda la población universitaria nacional, con leve predominio de los hombres (18). La mayor talla y peso de las mujeres corresponde a la constante biológica para las poblaciones humanas; sin embargo es de anotar que el promedio tanto en hombres como en mujeres es superior al de la población colombiana (18) por corresponder quizás a sujetos que han tenido una mayor disponibilidad de recursos y oportunidades para desarrollarse nutricional y socialmente, por encima del promedio nacional. La mayor puntuación de las mujeres para las diferentes encuestas era esperable y confirma los hallazgos del estudio nacional de salud mental (19) y la mayor frecuencia de TCA en éstas. La menor edad de las mujeres y la varianza de la misma fue demostrada tanto para la muestra total como para la submuestra, probablemente debido a un comportamiento real para toda la universidad y cuya causa escapa al objeto del presente estudio.

La verdadera importancia de nuestros resultados puede reducirse a cuatro hallazgos principales que discutiremos a continuación.

Los TCA han sido descritos en múltiples poblaciones en el mundo, incluyendo países del tercer mundo y culturas orientales como la China. Naturalmente, Colombia no es la excepción y en este estudio se realiza la magnitud del problema. Puesto que la muestra es representativa de todos los estudiantes inscritos, es posible calcular un número bastante elevado de sujetos con

Característica	Negativos	Positivos	Total
Ciencias	23	12	35
Ingenierías	100	37	137
Artes	21	16	37
Ciencias humanas	69	23	92
Ciencias/ salud	72	38*	110
Total	285	126	411
* $X^2= 19.93$, $p < 0,03$, grados de libertad: 10			
* $X^2= 15.1$, $p < 0,005$, grados de libertad: 4, Ciencias de la salud vs facultades restantes.			

Tabla 3. Distribución según ECA por facultades, en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia 1994-1995.

Trastornos del comportamiento alimentario

Diagnóstico clínico	ECA ≥ 23	ECA < 23	Total
TCA	74	5*	79
Sin TCA	17**	53	70
Total	91	58	149
* Falsos negativos=6,3% ** Falsos positivos=24,3%			
Sensibilidad=93,7%; Especificidad=75,7%; VPP=81,3%; VPN=91,4%			

Tabla 4. Utilidad de la ECA para el diagnóstico clínico según punto de corte en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, 1994-1995.

Característica	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	TCA no especificado		Normales
			Atracones	Picadores	
Sexo	0%	0%	19%	52%	64%
Masculino					
Femenino	100%	100%	81%	48%	36%
Edad	19,5	20,6 \pm 1,7	20,6 \pm 0,39	21,1 \pm 0,51	20,7 \pm 0,36
Talla	159,5	160,4 \pm 2,6	164,4 \pm 1,2	168,4 \pm 1,5	168,9 \pm 0,97
Peso	46,5	62,2 \pm 2,1	60,0 \pm 1,44	60,0 \pm 1,8	59,0 \pm 0,92
IMC	17,8	23,8 \pm 1,1	21,9 \pm 0,38	21,0 \pm 0,6	20,2 \pm 0,25
Zung ansiedad	44,0	45,6 \pm 3,7	42,7 \pm 1,2	38,8 \pm 1,6	31,7 \pm 0,74
Zung depresión	44,5	45,8 \pm 6,2	43,4 \pm 1,1	38,2 \pm 1,5	32,8 \pm 0,88
ECA	29,0	36,2 \pm 5,0	32,9 \pm 0,9	26,6 \pm 1,1	17,0 \pm 0,82

Tabla 5. Características generales y puntuación de encuestas de autorreporte según tipo de TCA en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia 1994-1995.

TCA, entre los cuales podemos estimar 86 estudiantes con AN, 377 con BN y 4796 con NOES. La cifras son elocuentes por sí solas, si tenemos en cuenta que la mayoría de ellos no debe tener ninguna asistencia profesional, como no la tenían los casos detectados en el estudio, y los riesgos de morbilidad y mortalidad que presentan, como sucede en la BN y AN. Aunque los NOES tienen un espectro más benigno, son un grupo muy numeroso de personas con sufrimiento crónico intenso y silencioso, con calidad de vida deficiente que carecen de un apoyo y orientación adecuadas. Podríamos además aventurarnos a suponer que la situación no es exclusiva de esta universidad, cuyos estudiantes proceden de la clase media (estratos tres y cuatro en su mayoría, según informe verbal de la oficina de registro), con perfil socioeconómico

inferior al de otras universidades o a la población general de los países desarrollados. Por otra parte, la asociación de los TCA con depresión y ansiedad ya ha sido descrita ampliamente en la literatura y nuestra población no es la excepción, lo cual demuestra la elevada tasa de morbilidad asociada, que complica la evolución y dificulta el desempeño de los estudiantes afectados.

Con respecto a la ECA, queda así demostrada su utilidad, dada la elevada reproducibilidad y la validez interna y externa demostradas a través del estándar de oro actual (SCAN) para los TCA, en un número elevado de sujetos, representativos no sólo de la población universitaria sino de ambos extremos del espectro posible de los mismos. La ventaja adicional es la utilización de vocabulario local, accesible a la población colombiana, sin giros lingüísticos de otras latitudes que

dificulten su comprensión. Por otra parte, al ser representativo de una población muestral bastante grande y heterogénea, ha permitido identificar el comportamiento de la misma, lo que hará más fácilmente utilizable tanto en sujetos como en poblaciones, por lo menos de las mismas características. Al estudiar la posibilidad de modificar los puntos de corte a fin de mejorar la utilidad diagnóstica de la encuesta, encontramos, al igual que en un estudio previo en deportistas, que hay una mejoría en su rendimiento cuando utilizamos el igual o mayor que 23 a cambio de igual o mayor de 25, al reducir la tasa de falsos negativos a 6,3% y elevando del VPN a 91,4%, como se puede apreciar y comparar en las Tablas 2 y 4. Basados en estos datos proponemos el punto de corte en igual o mayor que 23 para diagnóstico de TCA en los próximos estudios.

La mayor frecuencia de TCA entre los deportistas estudiantes de ciencias de la salud, podría explicarse en parte, dada su orientación profesional, como una preocupación inmensa por su estado de salud y autoexigencia de parámetros de normalidad más estrictos, en comparación con los demás grupos de estudiantes. Nuestros hallazgos van en este sentido, corroborando el hallazgo en un grupo de deportistas de la misma universidad, en los cuales los estudiantes de ciencias de la salud con TCA representaban una fracción significativamente superior al de las otras carreras. Este hecho no lo hemos encontrado descrito en la literatura y debe estudiarse más a fondo.

Finalmente, si observamos en detalle la Tabla 5, existe una progresión claramente definida

en las variables anotadas, a excepción del peso, con dos extremos evidentes: la AN y la normalidad, presentando valores intermedios escalonados para los restantes, con coeficientes de correlación positivos y negativos, altamente significativos (Spearman, $p < 0.01$).

La literatura es bastante explícita al mostrarnos la AN como la situación que reviste mayor gravedad, demostrada por las tasas de mortalidad a corto y largo plazo y el compromiso del estado general y vida de relación, siendo de menor gravedad los TCA-NOES que sólo recientemente vienen siendo caracterizados, además del viraje que suelen dar un buen porcentaje de pacientes de unos tipos a otros. Los dos subtipos que nosotros hemos denominado como "atracones y picadores" no han sido descritos como tales en la literatura y son un hallazgo del presente estudio, siendo el más frecuente el de atracones, para una relación 2:1 y que colocamos en forma separada en la tabla, pero que si fundimos en un sólo trastorno, el patrón de progresión se torna aún más evidente. Esta situación no ha sido descrita en la literatura en forma clara y, naturalmente, está sujeta a su demostración en otros grupos poblacionales locales y foráneos.

Conclusiones

- La prevalencia de los TCA en el grupo universitario estudiado es similar a la informada en países desarrollados.
- El instrumento para la taimizaje y detección de sujetos con TCA empleado en este estudio es válido, reproducible y confiable en universitarios y adultos jóvenes.

- La frecuencia de TCA es superior entre los estudiantes del área de la salud en la población universitaria estudiada.
- Los TCA parecen corresponder a diferentes estadios de un espectro único con múltiples componentes.
- Es necesario realizar estudios en poblaciones más amplias y en especial en riesgo, para conocer la realidad nacional y diseñar políticas para su detección y tratamiento.

Summary

Objectives: validation of a self administered questionnaire as an instrument to detect abnormalities in eating disorders was performed to determine the frequency of such problems in students of the Universidad Nacional and its relationship with anxiety and depression.

Materials and methods: a random sample of all university students was done and the screening test for ED (ECA), depression and anxiety (Zung's scales) applied: and repeated 6 months later with a diagnostic structured clinical interview (SCAN) for ED.

Results: 225 men were interviewed (54%) and 186 women (46%) ECA was positive in 24,3% (n=100) and 85 positive ECA were reinterviewed and also 64 ECA negatives. In women the scores for ECA were superior ($p < 0,0001$) and TCA was diagnosed in 79:5 with bulimia, 2 anorectic and 72 with non specified disorders. The ECA was reproducible with a ratio $r=0,85$ ($p < 0,0001$) and Kappa coefficient of 0,793, and when repeated, averages were practically the same ($24,45 \pm 9,8$

Vs $24,48 \pm 10,1$, NS); resulting in 21,4% false positives and 11 % false negatives, the sensitivity was 88,6% and specificity 78,5% (V=82,3% and NV=85,9%). The prevalence of ED was 30% of which 1,2% was for bulimia, 0.48. anorexia nervosa and 28% non specific disorders. The ED were more frequent in health sciences students ($p < 0,005$). Anxiety and depression Zung's were more often positive in females ($p < 0,0001$) with higher correlation between these ($r=0,782$, $p < 0,001$) than with ECA ($p < 0,001$).

Conclusions: The prevalence of ED in Colombian university students is similar to that reported from developed countries. The ECA instrument is a valid and reliable test for detection of ED which are certainly more common in students of health areas.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Breviario DSM-IV. Criterios Diagnósticos. Mayo 1994.
2. Hoek HW. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Psychiatry* 1993; **5(1)**: 61-64.
3. Halmi KA, Eckert E. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; **48**: 712-718.
4. Schwartz HJ. Bulimia: Psychoanalytic treatment and Theory, 2nd ed. Madison, Conn. International Universities Press, 1990.
5. Wozniak J, Herzog D. The course and outcome of bulimia nervosa. *Child Adol Psych Clin N Am* 1993; **2**: 109-127.
6. Gartner AF, Marcus RN. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; **146**: 1585-1591.
7. Hudson JI, Pope HG. A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am J Psychiatry* 1987; **144**: 1283-1287.
8. Zanarini MC, Hudson JI. Axis II comorbidity of normal weight bulimia. *Compr Psychiatry* 1990; **31**: 20-24.
9. Wonderlich SA, Mitchell JR. Eating disorders and personality disorders, in Special Problems in Managing Eating Disorders. Yager J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991.

Trastornos del comportamiento alimentario

10. **Bulick, Sullivan PF.** Childhood sexual abuse in women with bulimia. *J Clin Psychiatry* 1989; **50**: 460-464.
11. **Garner DM, Garfinkel PE.** The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa *Psychol Med* 1979; **9**: 273-279.
12. **Garner DM, Olmsted MP, Polivy J.** Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eating Disord* 1983; **2**: 15-34.
13. **Toro J, Vilardell E.** Anorexia nerviosa. Ediciones Martínez Roca S.A. Barcelona, España 1987.
14. Organización Mundial de la Salud. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). Organización Mundial de la Salud 1992. Meditor. Madrid, España 1992.
15. **Angel LA, Vázquez R, García J, Chavarro K, Martínez LM.** Trastornos de comportamiento alimentario en deportistas. Presentado en el 33 Congreso Anual de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Cali, noviembre de 1994.
16. **Zung WK.** A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; **12**: 371-379.
17. **Zung WK.** Zung self rating depression scale and depression status inventory. In: Sartorius and Ban ed. Depression. Springer Verlag. Berlin, Alemania 1986.
18. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Printex Impresores Ltda, Santafé de Bogotá, 1995.
19. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993. Segunda Edición, Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, 1995.