

Artículo Original

**Factores asociados y tamizaje de trastornos alimentarios y de la
ingestión de alimentos en población general paraguaya**
**Associated factors and screening for feeding and eating disorders in
Paraguayan general population**

Iván Barrios¹ 

Adriana Piris-Jara¹ 

Miguel Ángel Montiel-Alfonso² 

Carlos Ríos-González^{3,4} 

Diego Solís-Ávalos⁵ 

Oscar García¹ 

Rodrigo Navarro¹ 

Israel González-Urbietta¹ 

Marcelo O'Higgins¹ 

Osvaldo Melgarejo¹ 

José Almirón-Santacruz¹ 

Noelia Ruiz Díaz¹ 

Jorge Villalba-Arias¹ 

João Mauricio Castaldelli-Maia^{6,7} 

Antonio Ventriglio⁸ 

Julio Torales¹ 

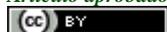
¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Asunción, Paraguay.

Autor correspondiente: Prof. Dr. Julio Torales. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay. Correo electrónico: jtorales@med.una.py

Artículo recibido: 28 diciembre 2020

Artículo aprobado: 23 marzo 2021



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Torales J, Barrios I, Piris-Jara A, Montiel-Alfonso MA, Ríos-González C, Solís-Ávalos D, et al. Factores asociados y tamizaje de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en población general paraguaya. Rev. Nac. (Itauguá). 2021;13(1):004-018.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay.

⁴Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias Médicas, Dirección de Investigaciones. Coronel Oviedo, Paraguay.

⁵Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Filial de Santa Rosa del Aguaray. Santa Rosa del Aguaray, Paraguay.

⁶Fundación de ABC, Escuela de Medicina, Departamento de Neurociencias. Santo André, Brasil.

⁷Universidad de São Paulo, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría. São Paulo, Brasil.

⁸Universidad de Foggia, Departamento de Medicina Clínica y Experimental. Foggia – Italia.

RESUMEN

Introducción: los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos están asociados con importantes efectos físicos y morbilidad psicosocial, así como con un impacto negativo en la calidad de vida de las personas.

Objetivo: determinar la proporción de pacientes con riesgo de padecer algún trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos en población general paraguaya.

Metodología: estudio observacional, descriptivo de asociación cruzada, de corte transversal y temporalmente prospectivo. Una encuesta en línea fue difundida a nivel nacional a través de redes sociales (*Facebook, Twitter, Instagram*) y aplicaciones de mensajería (*Whatsapp, Telegram*). Se recabaron datos sociodemográficos y los participantes respondieron la *Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q)*, en búsqueda de trastornos alimentarios. Se utilizó estadística descriptiva para todas las variables. Para buscar asociaciones se utilizaron la prueba t de Student y ANOVA, según sea apropiado. Para cuantificar los riesgos se utilizó Odds ratio.

Resultados: participaron 375 personas, de las cuales el 70,9 % era del sexo femenino, con edad media de 31 ± 9 años. Se obtuvo una media de $2,09 \pm 1,5$ puntos en la *Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q)* y se encontró que 51 participantes tenían indicios de padecer algún tipo de trastorno alimentario.

Conclusión: el 13,6 % de los participantes de esta investigación tiene indicios de padecer algún tipo de trastorno alimentario, las mujeres tienen 2,4 veces más chances de padecer un trastorno y existen una serie de factores que están asociados a un mayor riesgo en el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Características de la Población, Población Urbana, Población Rural, Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: feeding and eating disorders are associated with significant physical effects and psychosocial morbidity, as well as a negative impact on people's quality of life.

Objective: to determine the proportion of patients at risk of suffering from a feeding and eating disorder in the general Paraguayan population.

Methodology: observational, descriptive, cross-sectional study, of cross-association and temporally prospective. An online survey was disseminated nationwide through social media (*Facebook, Twitter, Instagram*) and messaging applications apps (*WhatsApp, Telegram*). Sociodemographic data were collected and the participants answered the *Eating Disorder Examination Questionnaire* (S-EDE-Q), in search of eating disorders. Descriptive statistics were used for all variables. Student's t test and ANOVA were used to look for associations, as appropriate. Odds ratio was used to quantify the risks.

Results: 375 people participated, of which 70,9 % were female, with a mean age of 31 ± 9 years. A mean of $2,09 \pm 1.5$ points was obtained on the *Eating Disorder Examination Questionnaire* (S-EDE-Q) and it was found that 51 participants had signs of suffering from some type of eating disorder.

Conclusion: 13,6 % of the participants in this research have signs of suffering from some type of eating disorder, women are 2.4 times more likely to suffer from an eating disorder and there are a series of factors that are associated with a greater risk for the development of some type of eating disorder.

Key words: Feeding and Eating Disorders, Population Characteristics, Urban Population, Rural Population, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La conceptualización y clasificación de los trastornos alimentarios han cambiado en los últimos años: 1°) Agregándose el trastorno de atracones y el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos a los dos diagnósticos más conocidos y consolidados (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa); 2°) Reclasificándose bajo el nombre de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos⁽¹⁾. Estos cambios se han hecho efectivos tanto en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Mundial de Psiquiatría (DSM-5), publicado en 2013⁽²⁾, y en el 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 2019⁽³⁾.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son trastornos de la alimentación caracterizados por la internalización del ideal de delgadez y conductas extremas de control de peso, con sobrevaloración del peso y la figura, y donde la preocupación por la imagen corporal es de gran importancia en la valoración de uno mismo⁽¹⁾.

La anorexia nerviosa es una condición clínica de auto inanición, en la que las personas afectadas tienen bajo peso y se involucran en comportamientos para evitar el aumento de peso. Las personas con bulimia nerviosa no tienen bajo peso y están inmersas en un ciclo de atracones y purgas y/o ejercicio compulsivo⁽⁴⁾.

Los datos epidemiológicos revelan que la mayoría de las personas que padecen este grupo de trastornos son mujeres⁽⁵⁾. En el mundo occidental, la prevalencia de anorexia nerviosa oscila entre el 0,2 % y el 0,8 % de la población general, y entre el 1 % y el 2 % de los adolescentes⁽⁵⁾. Una investigación realizada en Estados Unidos de América, en estadounidenses de habla inglesa, informó que el 0,9 % de las mujeres y el 0,3 % de los hombres han experimentado anorexia nerviosa en su vida, mientras que la tasa de bulimia nerviosa es del 1,5 % para las mujeres y 0,5 % para los hombres⁽⁶⁾.

El riesgo es particularmente alto en mujeres entre 12 y 30 años. El *bullying* y otras formas de trauma psicológico parecen tener un papel en la etiología de estos trastornos, que repercuten en el dominio emocional y social del individuo, provocando cambios en su autoestima, su identidad y su autonomía personal. Los diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa comparten rasgos de alteración de la autoimagen y del esquema corporal⁽⁵⁾. Por otra parte, el trastorno de atracones y el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos no tienen a las preocupaciones sobre la imagen corporal como criterios básicos para el diagnóstico. Estos son trastornos de la conducta alimentaria, el primero de atracones

recurrentes sin purgas regulares y el segundo de evitación y aversión a la comida y la ingesta⁽¹⁾.

Un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos que no cumple con la frecuencia conductual u otros criterios de uno de los principales trastornos alimentarios y cuyos problemas están menos conceptualizados, anteriormente denominado “Trastorno de la conducta alimentaria no especificado”^(7,8), ahora se clasifica como “Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado” o como “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado” en el DSM-5⁽²⁾. Dentro del primer grupo se encuentran la anorexia nerviosa atípica; la bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada); el trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada); el trastorno por purgas; y, el síndrome de ingesta nocturna de alimentos⁽⁹⁾.

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos están asociados con importantes efectos físicos y morbilidad psicosocial. Asimismo, existe evidencia que la presencia de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos tiene un gran impacto negativo en la calidad de vida de las personas, afectando especialmente a los aspectos psicológicos de la salud. Lo anterior se da incluso en ausencia de un trastorno “completo” (es decir, casos subclínicos o subumbrales). El grado de deterioro de la calidad de vida aumenta a medida que aumentan los síntomas del trastorno en cuestión⁽¹⁰⁾.

Para todos los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, el tratamiento principal, según se describe en las directrices nacionales e internacionales actuales, es una forma de terapia psico-conductual que, en la mayoría de los casos, se puede proporcionar de forma ambulatoria⁽¹¹⁾. Aquellas personas que no mejoran, pueden ser manejadas a través de hospitalizaciones parciales (hospital día) o completas^(11,12). Además de la terapia psicológica específica, el tratamiento debe abordar las comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental importantes, a través de un equipo multidisciplinario⁽¹²⁾, conformado por profesionales de la psiquiatría, psicología, nutrición, medicina interna, endocrinología, entre otros.

Con base en todo lo anterior, el objetivo principal de esta investigación es determinar la proporción de pacientes con riesgo de padecer algún trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos, aportando así importantes datos epidemiológicos en población general paraguaya, lo que ayudaría en el establecimiento de diagnósticos precoces, que son mandatorios para el éxito de cualquier programa terapéutico.

METODOLOGÍA

Diseño, muestreo y variables

Fue un estudio observacional, descriptivo, de asociación cruzada, y temporalmente prospectivo. El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. Las variables estudiadas fueron: edad (en años cumplidos); sexo (hombre, mujer); ocupación laboral (empleado, desempleado, estudiante); formación académica (primaria, secundaria, universitaria); localidad donde reside (Asunción, Central, Interior); estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre); y, puntuación obtenida en la versión española de la *Eating Disorder Examination Questionnaire* (S-EDE-Q).

Instrumento

Una encuesta en línea fue diseñada en *Google Forms*, y difundida a nivel nacional a través de redes sociales (*Facebook, Twitter, Instagram*) y aplicaciones de mensajería (*Whatsapp, Telegram*). Todos los participantes recibieron información completa sobre el propósito del estudio, privacidad y utilización de datos. Adicionalmente, se les proveyó de información relativa a la salud mental y de datos de contacto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción para consultas específicas. Al inicio de la encuesta en línea, a los participantes se les pidió que confirmen que eran mayores de edad y que voluntariamente aceptaban participar de la investigación.

La encuesta poseía una sección para recolectar datos sociodemográficos. En otra parte, la encuesta en línea contenía la versión española de la *Eating Disorder Examination Questionnaire* (S-EDE-Q). Este cuestionario permite la obtención de tres niveles de datos: en un primer nivel, ítems diagnósticos para evaluar la ausencia o presencia de determinadas conductas que permiten la confirmación o la exclusión de un trastorno alimentario determinado; en un segundo nivel, hay 22 ítems divididos en 4 subescalas: 5 ítems miden *restraint* (restricción); 5 evalúan *eating concern* (preocupación por la comida); 5 buscan *weight concern* (preocupación por el peso); y, 7 se enfocan en *shape concern* (preocupación por la figura). En el último nivel se evalúan los aspectos de actitud y conductuales de los trastornos alimentarios. Cada respuesta del paciente es evaluada en una escala de 0 a 6 puntos, respecto a intensidad o frecuencia. La significancia clínica está dada por el porcentaje de participantes que puntúen $\geq 4,0$ en cada subescala previamente mencionada^(13,14).

Asuntos estadísticos

El tamaño de muestra fue calculado usando el paquete epidemiológico *Epidat 4.2* (Organización Panamericana de la Salud, Junta de Salud de Galicia y Universidad CES de Colombia). Asumiendo una frecuencia esperada de trastornos alimentarios del 9 %⁽¹⁵⁾, un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 2,9 %, la muestra mínima quedó establecida en 375 participantes⁽¹⁶⁾.

Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo, para luego ser procesados con el programa PSPP. Se utilizó estadística descriptiva para todas las variables: resumiendo las variables categóricas con frecuencias y porcentajes, y las numéricas con medidas de tendencia central y de dispersión. Para buscar asociaciones entre variables numéricas se utilizaron la prueba T de Student y ANOVA, según sea apropiado. Para cuantificar los riesgos se utilizó Odds ratio. La significancia estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Asuntos éticos

El estudio se enmarcó en la línea de investigación “Epidemiología y psicopatología de los trastornos mentales” (instalada por Resolución D. N° 1950/2017 del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción) y fue aprobado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Se respetaron los principios de ética aplicados a la investigación y la participación fue libre y voluntaria. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia y de justicia, de acuerdo a la Declaración de Helsinki. En todo momento se respetó el anonimato de los participantes, pues no se recabaron datos que pudieran permitir la identificación de los mismos.

RESULTADOS

De la investigación participaron 375 personas, de las cuales el 70,9 % era del sexo femenino. Las edades estaban comprendidas entre los 18 y 72 años, con una media de 31 ± 9 años. La mediana de edad fue de 28 años, lo cual indicó que la mitad de la muestra tenía al menos esa edad. La edad más frecuente fue 29 años. El 67,3 % tenía un empleo, el 9 % estaba desocupado y el 32,2 % era estudiante.

El 57,6 % residía en el Departamento Central de Paraguay. El 68,8 % de los encuestados estaba soltero. En cuanto a la formación académica, el 84 % tenía formación universitaria. El detalle del resto de las variables sociodemográficas se puede ver en la [Tabla 1](#).

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes (n = 375)

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	109	29,1
Mujer	266	70,9
Situación laboral		
Empleado	253	67,3
Desempleado	34	9
Estudiante	121	32,2
Formación académica		
Primaria	1	0,3
Secundaria	59	15,7
Universitaria	315	84
Localidad		
Ciudad de Asunción	132	35,2
Departamento Central	216	57,6
Interior (resto del país)	27	7,2
Estado Civil		
Casado	82	21,9
Divorciado	12	3,2
Soltero	258	68,8
Unión libre	23	6,1

En la **Tabla 2** se pueden observar las medias y desvíos estándar de las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas de la *Eating Disorder Examination Questionnaire* (S-EDE-Q). La significancia clínica se da cuando el entrevistado puntúa 4 o más puntos en alguna de ellas. Como se puede apreciar, existe mucha dispersión entre las respuestas, puesto que los desvíos estándar son altos en comparación a las medias.

Analizando los datos cuantitativos de la **Tabla 2** desde un punto de vista cualitativo y usando el punto de corte antedicho, se puede ver que el 32,3 % tiene significancia clínica en la subescala “preocupación por el peso”, y el 22,7 % en lo que respecta a “preocupación por la figura”.

Tabla 2: Medias y desvíos estándar de las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas (n = 375).

Escala	Media	Desvío estándar	Significancia clínica (sí)
Restricción	1,9	1,5	11,7 %
Preocupación por la comida	1,4	1,5	8,5 %
Preocupación por el peso	2,7	1,9	32,3 %
Preocupación por la figura	2,3	1,7	22,7 %

En cuanto a la puntuación global, que es la media entre los puntajes de las cuatro subescalas, se obtuvo una media de $2,09 \pm 1,5$ puntos. Utilizando el mismo punto de corte de significancia clínica, se observó que 51 participantes (13,6 %) tienen indicios de padecer algún tipo de trastorno alimentario.

Se encontró relación significativa entre todas las subescalas y el sexo, ya que en todos los casos las mujeres tenían puntajes más altos en comparación a los hombres ($p < 0,001$). También se encontró relación significativa entre el estado civil y los puntajes, ya que los solteros tenían puntajes más altos que los casados ($p = 0,003$).

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la edad y la subescala “preocupación por la comida” ($r = -0,179$, $p < 0,01$), “preocupación por el peso” ($r = -0,192$, $p < 0,01$), “preocupación por la figura” ($r = -0,193$, $p < 0,01$) y con el puntaje total ($r = -0,185$, $p < 0,01$). En todos los casos la correlación fue inversa, lo que indica mayores puntajes en las personas más jóvenes; sin embargo, todas las correlaciones fueron débiles.

En cuanto a la evaluación del riesgo con respecto al sexo, se obtuvo un OR de 2,4 (IC95 % 1,1 – 5,3), lo que indica que las mujeres tienen 2,4 veces más chances de tener indicios de

trastornos alimentarios en comparación a los hombres. En cuanto al estado civil, se obtuvo un OR de 2,7 (IC95 % 1,2 – 5,9), lo que indica que los solteros tienen 2,7 veces más chances de tener indicios de trastornos alimentarios en comparación a los no solteros.

En la **Tabla 3** se pueden observar ciertas conductas y sensaciones que tuvieron los entrevistados en los últimos 3 meses. Todas están asociadas a un mayor chance de tener indicios de trastornos alimentarios, a excepción de realizar ejercicio físico, ya que el OR no fue significativo. Se vio que aquellas personas que mencionaron provocarse el vómito tienen 22,9 más chances.

Tabla 3: Conductas relacionadas con la alimentación (n = 375).

Variable	n	%	OR
Sentir que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida	165	44	8,9
Sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande	131	34,9	7,6
Provocar el vómito para controlar tu figura o tu peso	12	3,2	22,9
Tomar laxantes para controlar tu figura o tu peso	42	11,2	6,8
Tomar diuréticos para controlar tu figura o tu peso	34	9,1	6,7
Ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso	201	53,6	1,4

Cabe destacar que, de las mujeres encuestadas, el 23,3 % presentó alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses.

DISCUSIÓN

La importancia clínica de realizar un tamizaje de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos radica en que, muchas veces, los mismos no son detectados a tiempo, sino cuando los pacientes tienen ya disfunciones a nivel físico y mental por su causa. Un diagnóstico oportuno y precoz mejora el pronóstico, puesto que permite establecer a tiempo un tratamiento adecuado⁽¹⁷⁾.

En esta investigación se pudo observar que, de todos los participantes, el 13,6 % tenía indicios de padecer algún tipo de trastorno alimentario, al superar el punto de corte establecido en el instrumento de medición. Este porcentaje es menor que el 19,5 % reportado

por autores de Colombia⁽¹⁸⁾, pero mayor que el 10,1 % encontrado en una muestra de estudiantes de Medicina⁽¹⁹⁾.

Esta frecuencia es también mayor a la estimada mundialmente, que se encuentra en el orden del 0,89 al 3,32 %⁽²⁰⁾. Esta diferencia puede deberse principalmente al instrumento utilizado, puesto que el mismo posee una alta sensibilidad (ideal para realizar un tamizaje), lo que explica el mayor número encontrado. Además, la frecuencia varía dependiendo de la población estudiada; por ejemplo, los pacientes que consultan en una unidad de obesidad muestran que el 44,9 % de los de los mismos presenta trastornos de la imagen corporal⁽²¹⁾.

Las mujeres mostraron tener 2,4 veces más chances de padecer un trastorno alimentario en comparación con los hombres, estando esto en consonancia con la literatura especializada, que menciona que estas patologías ocurren predominantemente en mujeres⁽²²⁾. Sin embargo, recientes investigaciones informan que esta brecha no es tan marcada y que la patología en sí se desarrolla de similar manera tanto en hombres como en mujeres⁽²²⁾. Vale la pena mencionar que ciertas poblaciones, como modelos y bailarinas, buscan controlar rigurosamente la forma de sus cuerpos⁽²³⁾.

En este estudio se encontró asociación entre el estado civil y el posible desarrollo de un trastorno alimentario, observándose que los solteros tienen 2,7 veces más chances de tener indicios de trastornos alimentarios en comparación a los no solteros. Lo anterior podría deberse a que los solteros están más preocupados por su imagen corporal y ello repercute en su alimentación y en sus conductas alimentarias. La relación entre la imagen corporal y el estado civil ha sido ya estudiada en otras investigaciones⁽²⁴⁾.

Entre las conductas que se asociaron a un mayor chance de tener algún tipo de trastorno alimentario, destaca el hecho de provocarse el vómito para controlar la figura o el peso, ya que aumenta el riesgo en 22 veces respecto a aquellos que no han tenido esa conducta. Esto es importante, puesto que este comportamiento puede ser detectado por amigos o familiares, facilitando así un diagnóstico precoz. Se debe recordar que las consecuencias en la salud física de la práctica continua de vómitos autoinducidos abarcan caries dental, agrandamiento de las glándulas salivales, enfermedad por reflujo gastroesofágico y desequilibrio electrolítico, que puede ser mortal⁽²⁵⁾.

Otra de las conductas que presenta mucho riesgo es el uso de laxantes. En nuestra investigación, las personas que dicen haber utilizado laxantes muestran 6,8 veces más riesgo de tener un trastorno alimentario en comparación con las que no los utilizan. El abuso de laxantes, también, puede causar desequilibrio hidroelectrolítico y deshidratación⁽²⁵⁾.

Entre las limitaciones de la investigación puede mencionarse que el muestreo no es del tipo probabilístico, por lo que las conclusiones solo pueden ser aplicadas a la muestra y no extrapolarse a la población general; sin embargo, se ha visto que los resultados encontrados están en concordancia con otras investigaciones demostrando la validez externa del presente estudio. Otra limitación se basa en el hecho de no haber preguntado sobre diagnósticos o tratamientos previos en salud mental. Finalmente, una última limitación la constituye el instrumento utilizado, puesto que la mejor forma de estudiar diagnósticos en salud mental es a través de una entrevista clínica; sin embargo, el objetivo de la investigación fue realizar un tamizaje entre aquellos que requerirían eventualmente una consulta. Asimismo, se ha demostrado que las entrevistas realizadas a través de Internet son igualmente válidas que las aplicadas de manera presencial⁽²⁶⁾ y existen investigaciones que han utilizado con éxito esta metodología⁽²⁷⁾.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión es posible indicar que esta investigación reveló que el 13,6 % de los participantes tiene indicios de padecer algún tipo de trastorno alimentario, que las mujeres mostraron tener 2,4 veces más chances de padecer un trastorno alimentario en comparación con los hombres y que existen una serie de factores (estado civil, conductas autolesivas como inducirse el vómito o utilizar laxantes), que están asociados a un mayor riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos.

Declaración de contribución de autores

Iván Barrios, Adriana Piris-Jara, Miguel Ángel Montiel-Alfonso, Carlos Ríos-González, Osvaldo Melgarejo, Antonio Ventriglio, Julio Torales: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados y las conclusiones, revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito.

Diego Solís-Ávalos, Oscar García, Rodrigo Navarro, Israel González-Urbietta, Marcelo O'Higgins, José Almirón-Santacruz, Noelia Ruiz Díaz, Jorge Villalba-Arias, João Mauricio Castaldelli-Maia: concepción y diseño del estudio, recolección/obtención de datos/resultados, redacción del borrador, aprobación final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020;50(1):24-29. doi:10.1111/imj.14691
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5a ed. Arlington VA: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.
3. World Health Organization. *International Classification of Diseases.* 11a ed. Geneva: WHO; 2019.
4. Almirón MD, O'Higgins MG, González IA, Almirón JdJ, Torales JC. Eating Disorders and Basic Body Awareness Therapy: A "Physiotherapy in Mental Health" approach. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción).* 2020;53(3):109-114. doi:10.18004/anales/2020.053.03.109
5. Sánchez MLZ, Marín IR. Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *Revista Fuentes* 2005;6:1-11.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007;61(3):348-358.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/pdf/nihms19542.pdf>
7. Dalle Grave R, Calugi S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(5):340-349. doi:10.1002/erv.805
8. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther.* 2005;43(6):691-701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
9. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Rev. Mex. de trastor. aliment.* 2015;6(2):108-120. doi:10.1016/j.rmta.2015.10.003
10. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(1):113-121. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.003
11. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):423-437. doi:10.1097/YCO.0000000000000360
12. Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders.

- Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD010827. doi:10.1002/14651858.CD010827.pub2
13. Peláez-Fernández MA, Labrador F, Raich RM. Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)--Spanish version--for screening eating disorders. *Span J Psychol.* 2012;15(2):817-824. doi:10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38893
14. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema.* 2013;25(1):107-114. doi:10.7334/psicothema2012.18
15. Ortiz Cuquejo LM, Aguiar C, Samudio Domínguez GC, Troche Hermosilla A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?. *Pediatr. (Asunción).* 2017;44(1):37-42. doi: 10.18004/ped.2017.abril.37-42
16. Muñoz Navarro SR. ¿Cuántos sujetos necesito para mi estudio?. *Medwave.* 2014;14(6):e5995. doi:10.5867/medwave.2014.06.5995
17. Linardon J, Brennan L, de la Piedad Garcia X. Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2016;49(10):905-919. doi:10.1002/eat.22595
18. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Castro-Díaz S. Prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia. *Rev. Mex. de trastor. aliment.* 2017;8(2):113-122.
19. Ponce Torres C, Turpo Espinoza K, Salazar Pérez C, Viteri-Condori L, Carhuancho Aguilar J, Taype Rondan Á. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev Cubana Salud Pública.* 2017;43(4):552-563.
20. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):336-339. doi:10.1097/YCO.0000000000000282
21. Parodi CA. Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2015;3(13):64-74. doi:10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)64-74
22. Crow SJ, Eckert ED. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. En: Fatemi SH, Clayton PJ, editores. *The Medical Basis of Psychiatry.* New York, NY: Springer; 2016. p. 211–228.
23. Torales J, Barrios I, Amadeo G, Ebner B, Figueredo V, Garbett M, *et al.* Satisfacción corporal en bailarinas y no bailarinas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017;15(2):79-84. doi:10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(02)79-084

24. Klos LA, Sobal J. Marital status and body weight, weight perception, and weight management among U.S. adults. *Eat Behav.* 2013;14(4):500-507. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.07.008
25. Sato Y, Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clin J Gastroenterol.* 2015;8(5):255-363.
26. Gosling SD, Vazire S, Srivastava S, John OP. Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *Am Psychol.* 2004;59(2):93-104. doi:10.1037/0003-066X.59.2.93
27. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health.* 2011;59(8):700-707. doi:10.1080/07448481.2010.546461