



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín, (Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2023

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354766>

Recibido: 05/09/2023

Aprobado: 05/04/2024

Publicado: 26/06/2024

Cita:

Sánchez J, Deossa G, Lopera G, González D. Trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en mujeres que solicitan procedimientos estéticos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e354766

doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354766>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en mujeres que solicitan procedimientos estéticos

John Irvin Sánchez López¹, Gloria Cecilia Deossa Restrepo², Gustavo Adolfo Lopera Gallego³, Difariney González Gómez⁴

- 1 Maestría en Ciencias de la alimentación humana. Independiente. Colombia. drjohnsanchez@gmail.com
- 2 Maestría en Alimentación y Nutrición Humana. Universidad de Antioquia Colombia. gloria.deossa@udea.edu.co
- 3 Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Universidad de Antioquia Colombia. gustavo.lopera@udea.edu.co
- 4 Doctorado en Educación Universidad de Antioquia. Colombia. difariney.gonzalez@udea.edu.co

Resumen

Objetivo: Explorar la frecuencia de la presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en mujeres solicitantes de procedimientos de contorno corporal, en un centro de estética de Medellín-Colombia.

Metodología: Estudio transversal, con 107 mujeres de 18 a 50 años. Se tomaron datos antropométricos, se implementó la versión en español del Eating Disorders Examination Questionnaire. Los datos se analizaron mediante frecuencias relativas y medidas de resumen y se realizó un análisis bivariado. Se construyeron modelos de regresión logística, con la significancia global como variable dependiente.

Resultados: Hubo significancia clínica para riesgo de trastornos de conducta alimentaria y trastornos de la ingesta de alimentos en 6,5 % de las mujeres y en cada subescala del cuestionario (restricción: 3,7 %; preocupación por la comida: 4,7 %; por la figura: 36,4 %; y por el peso: 20,6 %). El 98 % reportó al menos un síntoma relacionado con los trastornos de conducta alimentaria y trastornos de la ingesta de alimentos. Se halló significación estadística entre la edad, el índice de masa corporal y la significancia clínica global del cuestionario. Al considerar la preocupación por la figura como variable dependiente, se identificó significación estadística en el perímetro de cintura $RP = 1,14 (1,07-1,21)$.

Conclusión: Hay presencia de síntomas y casos probables de trastornos de conducta alimentaria y trastornos de la ingesta de alimentos en mujeres solicitantes de procedimientos de contorno corporal, encontrando preocupación por su figura y realización de conductas que pueden afectar la salud. Se sugiere implementar protocolos de tamizaje para confirmar la posible aparición de estos trastornos y atenderlos oportunamente.

-----Palabras clave: *contorneado corporal, Eating Disorders Examination Questionnaire (versión español), procedimientos de cirugía plástica, trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos.*

Feeding and eating disorders in women who request aesthetic procedures

Abstract

Objective: To explore the frequency of the presence of symptoms of eating disorders and food intake in women seeking body contouring procedures in an aesthetic center in Medellín-Colombia.

Methodology: Cross-sectional study, with 107 women aged 18 to 50 years. Anthropometric data were collected and the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire was implemented. Data were analyzed using relative frequencies and summary measures and a bivariate analysis was performed. Logistic regression models were constructed, with global significance as the dependent variable.

Results: There was clinical significance for risk of eating disorders and food intake disorders in 6.5 % of the women and in each subscale of the questionnaire (restraint: 3.7 %; preoccupation with food: 4.7 %; figure: 36.4 %; and weight: 20.6 %). Ninety-eight percent reported at least one symptom related to eating disorders and food intake disorders. Statistical significance was found between age, body mass index and overall clinical significance of the questionnaire. When considering figure concern as a dependent variable, statistical significance was identified for waist circumference $rp = 1.14 (1.07-1.21)$.

Conclusion: There is presence of symptoms and probable cases of eating disorders and food intake disorders in women seeking body contouring procedures, finding concern about their figure and performing behaviors that may affect their health. It is suggested to implement screening protocols to confirm the possible occurrence of these disorders and attend them in a timely manner.

-----*Keywords:* body contouring, Eating Disorders Examination Questionnaire (Spanish version), plastic surgery procedures, eating and food intake disorders.

Comportamento alimentar e distúrbios de ingestão de alimentos em mulheres que buscam procedimentos cosméticos

Resumo

Objetivo: Explorar a frequência da presença de sintomas de transtornos alimentares e ingestão de alimentos em mulheres que buscam procedimentos de contorno corporal em um centro estético em Medellín, Colômbia.

Metodologia: Estudo transversal, com 107 mulheres com idade entre 18 e 50 anos. Foram coletados dados antropométricos e foi utilizada a versão em espanhol do Eating Disorders Examination Questionnaire. Os dados foram analisados por meio de frequências relativas e medidas resumidas, e foi realizada uma análise bivariada. Foram criados modelos de regressão logística, com a significância global como variável dependente.

Resultados: Houve significância clínica para o risco de comportamento alimentar desordenado e ingestão alimentar desordenada em 6,5% das mulheres e para cada subescala do questionário (restrição: 3,7%; preocupação com a comida: 4,7%; figura: 36,4%; e peso: 20,6%). Noventa e oito por cento relataram pelo menos um sintoma relacionado a transtornos alimentares e de ingestão de alimentos. Foi encontrada significância estatística entre a idade, o índice de massa corporal e a significância clínica geral do questionário. Ao considerar a preocupação com a figura como uma variável dependente, a significância estatística foi identificada para a circunferência da cintura $rp = 1,14 (1,07-1,21)$.

Conclusão: Há presença de sintomas e prováveis casos de transtornos alimentares e de ingestão alimentar em mulheres que procuram procedimentos de contorno corporal, apresentam preocupação com sua figura e realizam comportamentos que podem afetar a saúde. Sugere-se a implementação de protocolos de triagem para confirmar o possível aparecimento desses distúrbios e tratá-los em tempo hábil.

-----*Palavras-chave:* contorno corporal, Eating Disorders Examination Questionnaire (versão em espanhol), procedimentos de cirurgia plástica, transtornos alimentares e de ingestão de alimentos.

Introducción

Recientemente, se han producido cambios en la conceptualización y la clasificación de los trastornos alimentarios: se amplió la categorización tradicional, al incluir el trastorno de atracones y evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Esta clasificación ha sido reestructurada bajo la denominación de “trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos” [1]. Estas modificaciones se han implementado tanto en la revisión de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Mundial de Psiquiatría (DSM-5-TR), publicado en 2022 [2], como en la undécima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades*, de la Organización Mundial de la Salud, lanzada oficialmente en el 2018 [3,4].

De acuerdo con el DSM-5-TR, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de la ingesta de alimentos se caracterizan por la alteración persistente de los hábitos alimentarios del comportamiento asociado con la alimentación, lo cual conduce a cambios en la ingesta o absorción de alimentos, lo que a su vez genera un impacto significativo en la salud física o en el funcionamiento psicosocial [2]. Los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos son considerados enfermedades mentales complejas y de etiología multifactorial, que requieren de un manejo multidisciplinario, e involucran tanto antecedentes personales como familiares, siendo más frecuentes en mujeres, adolescentes, deportistas, actores y bailarines [5,6]. Los TCA y trastornos de la ingesta de alimentos ameritan atención especial en programas de promoción y prevención de salud pública, dadas las consecuencias graves que acarrearán para la salud y la vida, como son la desnutrición, alteraciones hormonales y cardiovasculares, además de los desenlaces fatales como el suicidio [6,7].

El diagnóstico de un TCA y de un trastorno de la ingesta de alimentos debe ser realizado por un profesional de la salud entrenado para tal fin. Para su tratamiento, se emplea una terapia psicocomportamental, la cual, en la mayoría de las circunstancias, puede ser administrada de manera ambulatoria [8]. Una vez detectado el problema y en caso de no experimentar mejoría en la situación, quienes lo padezcan deberán ser remitidos a centros de salud especializados en el manejo de dicha problemática, para recibir atención oportuna [9]. No obstante, ante la sospecha clínica de un TCA y de un trastorno de la ingesta de alimentos, se puede hacer uso de pruebas de tamizaje tipo test o cuestionarios con alta sensibilidad. Uno de ellos es el Cuestionario examen de trastornos de la conducta alimentaria (Eating Disorders Examination Questionnaire, S-EDE-Q), que apoya el diagnóstico presuntivo y permite realizar una detección temprana [10]. Estudios demuestran que la atención psicológica oportuna

es uno de los predictores más sólidos como parte del tratamiento, lo que incide en la mejoría [11,12].

Aspectos socioculturales, estereotipos estéticos, la influencia de los medios de comunicación y presiones de género promueven en algunas personas el deseo de conseguir una figura corporal idealizada, como es el caso de “Medellín, capital de la moda”, donde quizás se acentúen las presiones por lograr un estereotipo corporal ideal con repercusión potencial en la percepción de la imagen corporal, lo que induce a modificaciones en la conducta alimentaria, con mayor tendencia a los cuidados corporales y con la posibilidad de desencadenar un TCA y un trastorno de ingesta de alimentos [5,7]. Las mujeres tienen mayor predisposición a padecer dicho trastorno, pues presentan mayor insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez [13-16].

Los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos tienen una etiología multifactorial, y están determinados por la percepción de la imagen corporal [17]. La *imagen corporal* abarca percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo, que están determinados por el desarrollo, la percepción y los factores socioculturales [18]. Esto hace que, en muchas ocasiones, se consulte a centros de estética y se realicen cirugías o procedimientos para mejorar el contorno corporal, pues la insatisfacción de la imagen corporal es el factor principal para realizarse cirugías estéticas [19].

Los procedimientos estéticos de contorno corporal se podrían definir, según lo expresan Vallejo y Tamayo en su artículo sobre riesgos de procedimientos invasivos, acorde a la Resolución 2263 de 2004, artículo 2, así: “son los realizados por un profesional de la medicina en el cual el cuerpo es agredido química y/o mecánicamente o mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico” [20, pp. 404-405].

Según la “Encuesta mundial de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética sobre procedimientos estéticos/cosméticos realizados en 2022” [21, p. 7], se registraron globalmente un total de 14 986 982 procedimientos quirúrgicos y 18 857 311 no quirúrgicos. Estos datos representan un aumento del 11,2 % con respecto a estadísticas del año 2021 [21, p. 13]. Entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial se destacan las liposucciones y el aumento de senos, los cuales han experimentado un crecimiento significativo año tras año. En el caso específico de Colombia, para el año 2022, el país figura en el top 10 de países que más procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizan [21, p. 9]. Entre los procedimientos quirúrgicos más comunes en Colombia se encuentran la liposucción (17,1 %), el aumento de senos (13,5 %) y el aumento de glúteos (11,9 %). En cuanto a los procedimientos no quirúrgicos, destacan la aplicación de toxina botulínica (36,2 %), el uso de ácido hialurónico (26,9 %) y

la reducción de grasa (26,9 %). Estos datos revelan una tendencia global y nacional hacia un incremento en la demanda de procedimientos estéticos, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos [21, p. 23].

En Medellín, en el año 2018, se realizaron 189 consultas por anorexia nerviosa, 53 por bulimia nerviosa, 498 por problemas relacionados con dieta y hábitos alimentarios, y 1819 por obesidad en la consulta ambulatoria [22]. Esto ocurre por el incremento en la demanda de centros de estética, debido tanto a insatisfacción corporal y al exceso de peso, los cuales van en aumento [23].

Son escasos los estudios recientes respecto a la solicitud de tratamientos estéticos corporales y la posible presencia de TCA y de trastornos de la ingesta de alimentos. En el año 2022, se publicó un estudio realizado entre los años 2001 y 2004 en Alemania, y en este se observó que el 8 % de los pacientes que se iban a someter a tratamientos estéticos presentaban desórdenes de la alimentación [19]; otro estudio de 2014, con 64 mujeres finlandesas, reportó el 13 % de TCA y de trastorno de la ingesta de alimentos tras el tamizaje preoperatorio de abdominoplastia [24]. Mientras tanto, en otro estudio realizado en Finlandia, con 61 mujeres programadas para liposucción, se halló el 5 % de bulimia nerviosa y el 23 % de algún TCA y de trastorno de la ingesta de alimentos [25]. Un estudio con 1861 mujeres noruegas reportó, en el 20,3 % de ellas, problemas de alimentación, y que el 52 % de estas manifestaban interés en una liposucción [26]. Estos datos indican la posible presencia de TCA y trastorno de la ingesta de alimentos en mujeres solicitantes de procedimientos de contorno corporal, y dada la ausencia de estudios en nuestro país, aunado a factores de riesgo socioculturales significativos y gran oferta de estos procedimientos estéticos, es importante llevar a cabo investigaciones que permitan conocer el comportamiento de esta situación en nuestro medio.

Debido a la relación existente entre la insatisfacción corporal con los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos, surge la necesidad de explorar la frecuencia de la presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en mujeres solicitantes de procedimientos de contorno corporal, en un centro de estética de Medellín-Colombia, con el fin de lograr una detección temprana y un tratamiento oportuno, y evitar así que pasen desapercibidos, con las consecuencias que acarrearán tanto para la salud como para la vida misma. Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a definir políticas públicas sobre detección y tratamiento oportuno de esta condición de salud de la población.

Metodología

Este estudio se llevó a cabo utilizando un diseño de investigación transversal. Se eligió este método debi-

do a su capacidad para proporcionar una instantánea de la población de estudio en un punto específico en el tiempo [27].

La recolección de los datos se realizó entre los meses de octubre de 2019 y febrero de 2020. La población de estudio estuvo conformada por mujeres que asistieron a una cita en un centro de estética en busca de procedimientos para mejorar su composición corporal.

Participaron 107 mujeres de manera voluntaria, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 18 y 50 años; haber asistido a una cita de un centro de estética ubicado en la ciudad de Medellín, donde acuden principalmente mujeres, buscando mejorar su composición corporal, sometidas a tratamientos estéticos corporales no invasivos y ambulatorios, suministrados por un médico esteticista. El centro de estética se eligió a conveniencia, dada la facilidad para acceder a la muestra objetivo para obtener los datos.

Se excluyeron mujeres en periodo de lactancia y aquellas que no tenían cuenta o acceso a correo electrónico.

Cuestionario para la recolección de los datos

El S-EDE-Q utilizado en este estudio se validó y adaptó en diferentes poblaciones [28,29]. Para el caso de esta investigación, el cuestionario se aplicó con el aval del autor y se validó por un grupo de expertos en el tema (los expertos tenían formación en psicología, psiquiatría, medicina, nutrición y estadística), quienes revisaron cada una de las preguntas y asignaron una puntuación con respecto a claridad, coherencia, consistencia y suficiencia, obteniendo indicadores de 0,8 y 1 para para cada uno de los ítems, con una confiabilidad del 90,7 %.

En México, en una población de mujeres, los resultados revelaron alta fiabilidad interna del cuestionario. Además, se observó que el EDE-Q tenía una sensibilidad del 81,1 % y una especificidad del 87,9 % para detectar la presencia de TCA y trastornos de la ingesta de alimentos [29].

Para la versión española S-EDE-Q, se evaluó la consistencia interna, la fiabilidad y la validez, obteniendo resultados positivos, lo que permitió una interpretación adecuada de las puntuaciones [28].

En una revisión sobre el tema se hace énfasis en la importancia de realizar una medición precisa y una intervención adecuada a partir de herramientas que permitan el seguimiento a los resultados en pacientes con TCA y con trastorno de la ingesta de alimentos [30].

El S-EDE-Q consta de 38 preguntas, relacionadas con comportamientos, actitudes y sentimientos sobre alimentación e imagen corporal en los últimos 28 días. Las preguntas se encuentran agrupadas en cuatro subescalas: 1) restricción, 2) preocupación por la comida, 3) preocupación por la figura y 4) preocupación por el peso. El formato de respuesta de los ítems es una escala tipo

Likert de 6 puntos (0: nunca, 6: todos los días, respecto a intensidad o frecuencia).

La significancia clínica se obtiene de acuerdo con el porcentaje de participantes que puntúen un valor mayor o igual que 4,0 en cada subescala previamente mencionada.

El procedimiento para la recolección de la información se realizó de la siguiente manera: las participantes asistieron a una cita en el centro de estética. Todas las participantes del estudio recibieron información sobre el propósito, la confidencialidad y la utilización de los datos en esta investigación. Además, aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Para la recolección de los datos, a cada una de las participantes se les envió un formulario de Google Forms, vía correo electrónico. Dicho formulario contenía las preguntas del cuestionario S-EDE-Q [31,32].

Las medidas antropométricas se tomaron durante la consulta de manera presencial a cada paciente. La medición la realizó un evaluador entrenado y los datos se ingresaron a cada formulario recibido; el peso se tomó en una báscula digital (marca seca), referencia 813, sensibilidad de 0,1 kg; la estatura se midió en un estadiómetro (marca seca), referencia 206, sensibilidad de 0,1 cm; el índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/talla (m²), se calculó con base en los parámetros de la Organización Mundial de la Salud [33]; el perímetro de cintura (PC), con una cinta métrica metálica (marca Lufkin®), con capacidad de 200 cm y sensibilidad de 1 cm.

Para el análisis se tuvo en cuenta la Resolución 2465 de 2016, que indica los puntos de referencia para la evaluación antropométrica en los diferentes grupos poblacionales para Colombia [34].

Análisis de los datos

Las variables de interés en este estudio fueron: 1) socio-demográficas, 2) antropométricas, 3) frecuencia simple de consumo de alimentos y 4) las preguntas del S-EDE-Q, con la significancia clínica para cada subescala.

Para el análisis estadístico de los datos, se procedió de acuerdo con la naturaleza estadística de cada variable. Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados para las variables sociodemográficas, antropométricas, consumo de alimentos y para cada variable de las subescalas que componen el S-EDE-Q. También se estableció la relación entre la variable significancia clínica de cada subescala del cuestionario y cada una de las variables enunciadas anteriormente.

Para variables cualitativas nominales u ordinales, se calcularon las frecuencias relativas. Para las variables cuantitativas, se establecieron las medidas de tendencia central (media y mediana), y medidas de dispersión, como la desviación estándar (DE) y el rango intercuartílico. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de medianas, dado que no se cumplió

el supuesto de normalidad (prueba Shapiro Wilk). Para la asociación entre variables cualitativas, se realizó un análisis de la prueba χ^2 de independencia. Además, se construyeron diferentes modelos de regresión logística, teniendo como variable dependiente la significancia clínica global y la significancia clínica de cada subescala. Para encontrar las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, se construyeron modelos de regresión logística simples. De acuerdo con el criterio de información de Akaike, se incluyeron una a una las variables independientes para construir el modelo multivariado. En todos los análisis se consideró una significación estadística de 0,05.

Los datos fueron procesados con el *software* SPSS® versión 29, licencia de la Universidad de Antioquia. Con respecto a las consideraciones éticas, la investigación se clasificó de riesgo mínimo, según la declaración de Helsinki [35] y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [36], con aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, mediante Acta CEI-FE 2019-34.

Resultados

El promedio de edad de las participantes ($n = 107$; entre 18 y 50 años) fue de $30,3 \pm 6,9$ años, 50,0 % de ellas con edad menor o igual a 30 años, con rango intercuartílico de ocho años. El 58,9 % tenían estudios universitarios, el 11,2 % formación secundaria y el 29,0 % formación técnica; el 40,2 % eran solteras, el 44,9 % no tenía hijos y el 52,0 % reportó ingresos medios (residían en estrato 3).

El principal motivo de consulta de las participantes fue la reducción conjunta de peso y centímetros de perímetros corporales (63,6 %); el 32,7 % consultó solo por “reducción de centímetros de medidas corporales”.

En relación con la frecuencia de actividad física, el 55,1 % reportó no realizarla y el 17,8 % dedicaba en promedio 60 minutos al día.

Sobre hábitos personales, el 98,0 % de las mujeres afirmaron no fumar, el 63,0 % reportó consumo de licor ocasionalmente y el 95,0 % señaló no consumir sustancias psicoactivas.

Con respecto a las medidas antropométricas, se encontró que el 81 % de las participantes tenía exceso de peso por PC, con un promedio de $86,5 \pm 9,01$ cm. La media del peso fue de $68,4 \pm 11,2$ y del IMC fue de $26,6 \pm 3,8$ kg/m². Se halló exceso de peso en el 63,6 % (sobrepeso, 43 %, y obesidad, 20,6 %).

Para los antecedentes de salud, ninguna participante notificó haber padecido anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o diabetes *mellitus*; el 5,6 % informó depresión y el 5,6 % ansiedad. Respecto a antecedentes de procedimiento de contorno corporal, el 46,7 % reportó haberse sometido a tratamientos de tipo quirúrgico y

el 61,6 % a tratamientos no quirúrgicos, al menos una vez en su vida.

Frente al consumo de grupos de alimentos, se encontró que los cereales, los lácteos y los huevos fueron los que tuvieron mayor frecuencia de consumo diario, seguidos de pollo, carnes rojas y leguminosas, con una frecuencia de una a tres veces por semana.

Teniendo en cuenta los parámetros del s-EDE-Q, se halló significancia clínica en cada una de las subescalas del cuestionario y en el puntaje global. Para los datos de cada subescala se calculó el promedio de edad, el IMC y el PC. La preocupación por el peso y la figura fueron las subescalas con mayores puntajes en las participantes. Algunos de los ítems que componen cada una de las subescalas reportaron valores superiores al 80 y 90 %; por ejemplo: sentir un claro deseo de tener el vientre plano (98 %) y evitar comer alimentos que influyeran en su figura (86 %).

Teniendo en cuenta los parámetros del s-EDE-Q, se encontró que el 3,7 % de las participantes obtuvo significancia clínica para la subescala de restricción, el 4,7 % clasificó en significancia clínica para preocupación por la comida, el 36,4 % de las participantes clasificó para significancia clínica en la subescala de preocupación por la figura. En la subescala de preocupación por el peso, se obtuvo significancia clínica en el 20,6 % de las participantes. Finalmente, el 6,5 % de las mujeres obtuvo una significancia clínica global, es decir, un puntaje mayor o igual a 4 en todas las subescalas, a saber; restricción, preocupación por la comida, preocupación por la figura y preocupación por el peso. Las características de estas participantes fueron: edad promedio 25 años (DE ± 4,5), IMC de 29,4 kg/m² (DE ± 4,5) y PC de 96,5 cm (DE ± 11) (véase Tabla 1).

Los ítems que componen la subescala de *restricción* presentaron el menor porcentaje de significancia clínica.

Tabla 1. Estadísticos por subescala

Variables	Subescalas	Significancia clínica	N (%)	Media y DE	Amplitud intercuartil	Percentiles			Valor p de la U de Mann-Whitney
						25	50 (mediana)	75	
Edad (años)	Restricción	Sí	4 (3,7)	36,3 (9,7)	17	28,8	34	46	0,122
		No	103 (96,3)	30,1 (6,7)	9	25	30	34	
	Preocupación por la comida	Sí	5 (4,7)	29,2 (11,7)	15	23	24	28	0,234
		No	102 (95,3)	30,4 (6,7)	8	26	30	34	
	Preocupación por la figura	Sí	39 (36,4)	28,8 (5,8)	8	24	27	32	0,113
		No	68 (63,6)	31,4 (7,4)	9	26	31	34,8	
	Preocupación por el peso	Sí	22 (20,6)	27,1 (5,9)	6	23,8	26	29,3	0,005*
		No	85 (79,4)	31,2 (6,9)	9	26	31	34,5	
IMC**	Restricción	Sí	4 (3,7)	27,3 (2,6)	5	27	26,9	30	0,697
		No	103 (96,3)	26,5 (3,8)	5,3	23,6	26,1	29	
	Preocupación por la comida	Sí	5 (4,7)	30,8 (4,2)	7,8	26,7	31,5	34,5	0,010*
		No	102 (95,3)	26,4 (3,7)	5,3	23,6	26	28,9	
	Preocupación por la figura	Sí	39 (36,4)	28,7 (3,8)	6,9	25,5	29,4	32,2	0,000*
		No	68 (63,6)	25,4 (3,2)	5	22,7	25,5	27,7	
	Preocupación por el peso	Sí	22 (20,6)	29,1 (3,8)	6,8	25,4	30	32,3	0,000*
		No	85 (79,4)	25,9 (3,5)	4,9	23,2	25,8	28,1	

Variables	Subescalas	Significancia clínica	N (%)	Media y DE	Amplitud intercuartil	Percentiles			Valor p de la U de Mann-Whitney
						25	50 (mediana)	75	
PC ***	Restricción	Sí	4 (3,7)	91,3 (3,9)	7	88,5	90	95,3	0,111
		No	103 (96,3)	86,3 (9,1)	12	80	86	92	
	Preocupación por la comida	Sí	5 (4,7)	98,2 (15,5)	29	84,5	95	114	0,152
		No	102 (95,3)	85,9 (8,3)	11	80	86	91,3	
	Preocupación por la figura	Sí	39 (36,4)	91,8 (9,7)	12	86	92	97,5	0,000*
		No	68 (63,6)	83,5 (7,0)	9	78,3	83	87	
	Preocupación por el peso	Sí	22 (20,6)	93,6 (10,9)	12	87,5	94,5	85,5	0,000*
		No	85 (79,4)	84,7 (7,5)	9	80	84	99	

DE: Desviación estándar.

* Significancia estadística $p < 0,05$.

** Índice de masa corporal en kg.

*** Perímetro de cintura en cm.

Las mujeres refirieron: el 86,9 % evitó comer algunos alimentos (de estas, el 27,1 % lo hace todos los días). El 75,7 % limitó las calorías y la cantidad total de ingesta, o seguían normas como cuánto o cuándo comer. El 74,8 % de las participantes limitó la cantidad de comida a ingerir. El 27,1 % reportó preferencia por tener el estómago vacío y el 21,4 % de las participantes señaló tener periodos de vigilia de más de 8 horas.

La *preocupación por la comida* estuvo marcada por los ítems que evalúan comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la alimentación, en los cuales se reportó que el 84 % de las participantes señaló sentir culpa después de comer, por el efecto que esto pueda tener en su silueta y peso (exceptuando atracones). El 45,7 % manifestó tener miedo de perder el control sobre la comida (de ellas, el 25,2 % siente este miedo todos los días). El 28 % de las participantes informó que pensar en alimentos o su contenido calórico interfiere en su capacidad para concentrarse en actividades de interés, como es el caso de leer o seguir una conversación. El 37,4 % de las mujeres que participaron en este estudio comunicó que les preocupa que otras personas las vea comer y el 18,7 % de las mujeres refirieron comer en secreto (exceptuando atracones).

Los ítems de *preocupación por la figura* obtuvieron el mayor porcentaje de significancia clínica en este estudio.

Según la evaluación de comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la imagen corporal para esta subescala, el 80,4 % de las participantes manifestó sentir temor a engordar o convertirse en obesa (de estas, el 50,5 % siente este temor todos los días). El 43 % del total de las participantes suele sentirse gorda todos los días. El 98,9 % ha tenido un claro deseo de tener el vientre plano. El 98,1 % de las participantes reportó sentirse insatisfecha por su figura. El 88,8 % se ha sentido incomoda al ver su cuerpo, frente al espejo, cuando se desviste o cuando se ducha, y el 89,7 % se ha sentido incómoda cuando otros ven su cuerpo.

Los ítems que evalúan los comportamientos, las actitudes y los sentimientos relacionados con la imagen corporal para la subescala de *preocupación por el peso* reportaron que el 83,1 % ha sentido un fuerte deseo de perder peso, de las cuales el 61,7 % lo siente todos los días. Al 45,8 % le molestaría si tuvieran que pesarse una vez por semana durante los próximos tres meses.

En los ítems conductuales, el 53,2 % de las participantes comunicó tener episodios de sobreingesta, de las cuales el 36,4 % la reportó de manera regular, y 16,4 %, ocasionalmente. En promedio, los episodios de sobreingesta de las pacientes fueron 2,68 (DE \pm 1,87) veces a la semana. El 43 % señaló tener episodios de sensación de pérdida de control; de ellas, el 38,3 % manifestó que era de manera regular.

Con el objetivo de controlar su figura o su peso, el 12,2 % indicó haberse provocado el vómito —el 7,5 % regularmente y el 4,5 % de manera ocasional—; en promedio, 2,53 (DE ± 1,76) veces por semana. El 32,7 % señaló practicar ejercicio energético —el 4,7 % manera regular y el 28 % de manera ocasional—; en promedio, 3,34 (DE ± 1,32) veces a la semana. El 30,8 % reportó usar diuréticos —el 28 % regularmente y el 2,8 % los usaba ocasionalmente—; en promedio, 4,14 (DE ± 2,10) veces a la semana. El 21,5 % manifestó hacer ayunos —5,9 % de manera regular y el 15,9 % ocasional—. El 21,5 % dio cuenta del uso de laxantes —13,1 % regularmente y 8,4 % de manera ocasional—; en promedio, 3,23 (DE ± 2,61) veces a la semana.

Al realizar el análisis bivariado, se encontró relación entre el IMC y la significancia clínica de preocupación por la comida, por la figura y por el peso (valor $p = 0,006$; $0,000$ y $0,002$ respectivamente). También se halló relación entre el IMC, el PC y la significancia clínica

de preocupación por la figura (véase Tabla 1). El 29 % de las mujeres que reportaron significancia clínica con respecto a la preocupación por su figura manifestaron una motivación por reducir el peso y las medidas corporales (véase Tabla 2).

El modelo de regresión logística multivariada, con la significancia clínica de la subescala preocupación por la figura como variable desenlace, se construyó paso a paso, ingresando cada una de las variables independientes: estado civil, estrato, nivel educativo, motivo de la consulta (cualitativas politómicas), PC, IMC y edad (cuantitativas). En los modelos de regresión simple se encontró significación estadística para las variables IMC y PC, con su respectivo RP e intervalo de confianza (IC) del 95 % (véase Tabla 3). Por cada unidad de cambio en centímetros en el perímetro de cintura se tiene un RP de 1,14, con un IC del 95 % (1,07-1,21). Al estimar los RP ajustados mediante el modelo de regresión multivariado, el IMC no fue estadísticamente significativo.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la significancia clínica de preocupación por la figura según variables personales

		Significancia clínica de preocupación por la figura	
		No	Sí
		n = 68 n (%)	n = 39 n (%)
Estrato socioeconómico	Bajo	19 (17,8 %)	12 (11,2 %)
	Medio	43 (40,2 %)	25 (23,4 %)
	Alto	6 (5,6 %)	2 (1,8 %)
Estado civil	Soltera	23 (21,5 %)	20 (18,7 %)
	Tiene una relación sentimental	11 (10,3 %)	3 (2,8 %)
	Unión libre	13 (12,1 %)	8 (7,5 %)
	Casada	16 (15 %)	6 (5,6 %)
	Separada	5 (4,7 %)	1 (0,9 %)
	Viuda	0 (0 %)	1 (0,9 %)
Motivo de consulta	Reducción de kg de peso corporal	2 (1,9 %)	2 (1,8 %)
	Reducción de cm de medidas corporales	29 (27,1 %)	6 (5,6 %)
	Reducción de ambas (Peso y centímetros)	37 (34,6 %)	31 (29 %)

Tabla 3. Modelo de regresión logística

	RP crudos (IC 95 %)	RP ajustados (IC 95 %)
IMC	1,300 (1,14-1,48)	1,11 (0,92-1,34)
PC	1,14 (1,07-1,21)	1,097 (1,02-1,19)*

Variable dependiente: Significancia clínica preocupación por la figura

* Significancia estadística $p < 0,05$

IMC: Índice de masa corporal; IC: Intervalo de confianza; PC: Perímetro de cintura; RP: Razones de prevalencia.

En el contexto de los datos de este estudio no hay evidencia para plantear que existe asociación entre la significancia clínica de las diferentes subescalas (restricción, preocupación por la comida, preocupación por el peso) en relación con las variables edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, motivo de la consulta, estado civil, consumo de agua y de otros tipos de alimentos como las grasas y las comidas rápidas (todas con valores de $p > 0,05$).

Discusión

La relevancia clínica de llevar a cabo una evaluación temprana de los trastornos alimentarios y los hábitos alimenticios reside en que, con frecuencia, pasan desapercibidos hasta que los pacientes experimentan trastornos físicos y mentales [37]. Un diagnóstico oportuno de los TCA y de los trastornos de la ingesta de alimentos permite tomar decisiones clínicas durante las diferentes fases del tratamiento, lo cual se convierte en una herramienta clave para evaluar el avance y orientar la adaptación adecuada a los planes y la duración del tratamiento [12].

En este estudio se encontró significancia clínica en todas las subescalas del S-EDE-Q, siendo la preocupación por la figura y por el peso las categorías que obtuvieron mayores puntuaciones, lo cual sugiere la presencia de casos probables de TCA y de trastornos la ingesta de alimentos en las participantes. Al respecto, Zimmer *et al.* [19] reportaron una prevalencia máxima de desórdenes alimentarios en pacientes sometidos a liposucción. En dicho estudio también se generó una alerta para evaluar a quienes se hacen liposucción, pero que se han realizado previamente otras cirugías estéticas, por los riesgos que presentan de TCA y de trastornos de la ingesta de alimentos, e incluso se llega a cuestionar si el hecho de padecer una dismorfia corporal podría contraindicar una cirugía estética. Además, afirman que en caso de tener diversos trastornos de la alimentación, se consideran de riesgo si deben someterse a estos tratamientos estéticos corporales [19].

En este estudio se encontró que la preocupación por la figura (36,4 %) presentó una significancia clínica mayor en comparación con las demás subescalas, y esto difiere de estudios como el de Barrios *et al.* [15] y Peláez *et al.* [28] en los cuales emplearon el mismo instrumento y encontraron cifras menores a las nuestras, así: 19,16 % en participantes de 12-17 años y de 13,25 % en quienes tenían entre 18 a 21 años. Dichas diferencias se pueden atribuir a la edad de los participantes (18-21 años) y a que eran de ambos sexos; además, pueden estar relacionadas con aspectos culturales y con los estándares de belleza específicos de cada región [28].

La media de IMC y del PC fue superior en las mujeres que presentaron significancia clínica para cada subes-

cala, frente a las que no lo presentaron, lo que sugiere un valor predictivo positivo de estas medidas antropométricas en las puntuaciones de las subescalas, como lo exponen Rø *et al.*, en un estudio con 3000 mujeres noruegas entre los 35 y los 50 años [38]. En el presente estudio se encontraron, además, asociaciones estadísticas significativas del PC con respecto a la subescala de preocupación por la figura.

En nuestro estudio, más del 50 % de las participantes reportaron episodios de sobreingesta objetiva, que fueron más frecuentes que las conductas compensatorias, como el uso de laxantes o el vómito autoprovocado, para controlar su peso o su figura. Este resultado fue similar al hallazgo de Villalobos *et al.* en su revisión sobre la evolución de la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, en el cual se usó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo propuesto por Unikel *et al.* para población mexicana [39].

La utilización excesiva de laxantes o la inducción de vómitos puede desencadenar niveles bajos de potasio en la sangre, provocar deshidratación y desequilibrio electrolítico, lo que aumenta el peligro de experimentar latidos cardíacos irregulares, con consecuencias potencialmente fatales. Es crucial realizar una evaluación minuciosa y proporcionar una atención intensiva a quienes padecen síntomas de trastornos alimentarios, ya que los problemas gastrointestinales que presentan podrían evolucionar hacia un estado crítico [40].

En un estudio llevado a cabo con adolescentes en centros de salud de la ciudad de Guadalajara, México, se encontraron puntajes altos al aplicar el cuestionario EDE-Q (del que se deriva el S-EDE-Q), pero al compararlo con estudios nacionales e internacionales, hallaron una puntuación media global de 1,08 %. Así mismo, observaron que las mujeres tenían mayor preocupación por ser delgadas y conductas irregulares en las comidas. Estos datos son consistentes con lo reportado en este estudio, donde sobresalen episodios de sobreingesta, seguidos de ejercicio enérgico, uso de diuréticos, ayuno y laxantes; no obstante, también se presentaron de forma más prevalente conductas de evitación en el consumo de algunos alimentos [41].

En este estudio, dos terceras partes de las participantes presentaron exceso de peso y aumento de PC, similar a los datos de los censos nutricionales nacional y municipal [42,43], características frecuentemente encontradas en pacientes con bulimia nerviosa y trastornos por atracón, como lo reporta la literatura. En ninguna participante se halló bajo peso.

Existen programas enfocados a prevenir los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos, los cuales pueden implementarse desde edades tempranas y en diferentes etapas de evolución de dichas alteraciones, enfocados hacia el manejo de la insatisfacción corporal,

el empoderamiento, la autoestima, el estado de ánimo, la alimentación, la autoimagen y el peso corporal, con buenos resultados. De igual forma, educar en alimentación saludable, en práctica de actividad física y estilos de vida saludables podría contribuir también a la prevención y el manejo de estos trastornos alimentarios [44].

Este estudio cuenta con algunas limitaciones que pueden ser consideradas para futuras investigaciones: la primera está relacionada con la validación del cuestionario, dado que se realizó una validación de apariencia y contenido por medio de juicio de expertos y no se realizó la validación en población colombiana. Una segunda limitación tiene que ver con el diligenciamiento del cuestionario; para futuras investigaciones, se sugiere diligenciarlo con el apoyo de un profesional en salud.

Conclusiones

Los resultados sugieren presencia de síntomas y casos probables de TCA y de trastornos de la ingesta de alimentos en mujeres adultas solicitantes de procedimientos de contorno corporal en Medellín, especialmente en quienes tienen sobrepeso, obesidad o PC aumentado, características del mayor número de personas que acuden a este tipo de tratamientos.

Con base en los resultados del estudio y dada la gravedad que representan los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos, se recomienda implementar protocolos de tamizaje confiables o altamente sensibles para detectar casos probables y hacer una remisión a profesionales competentes, para que realicen un diagnóstico e implementen de manera oportuna un tratamiento, buscando evitar complicaciones de salud, altos costos, intervenciones estéticas innecesarias y que, finalmente, estos trastornos pasen desapercibidos, con los riesgos que implican para la salud y la calidad de vida.

Debido a que los trastornos de la alimentación se asocian a alteraciones de la conducta alimentaria, podrían afectar tanto aspectos biológicos como psicosociales del ser humano; además, están asociados a problemas psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, el déficit de atención, la imperatividad, el trastorno obsesivo compulsivo y a los trastornos de la personalidad. De igual forma, estos trastornos se asocian al exceso de peso, convirtiéndose en un factor que puede afectar la salud pública si pasan desapercibidos.

Es importante tener un enfoque de prevención desde edades tempranas y en los grupos de riesgo como son las adolescentes, las modelos, quienes practican algunos deportes, quienes solicitan tratamientos estéticos, entre otros.

Se deben hacer pesquisas para detectar y tratar de manera oportuna a los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos, pues son enfermedades mentales con

riesgos para la salud y la vida, además de considerarse una problemática subdiagnosticada en el ámbito de la salud pública.

Las personas que se someten a tratamientos de contornos corporales presentan síntomas y conductas relacionados con TCA y trastornos de la ingesta de alimentos, y en muchos de ellos puede haber insatisfacción corporal; por tanto, requieren consejería sobre alimentación y estilos de vida saludable. De igual forma, es importante trabajar desde la esfera psíquica en la autoimagen y autoestima.

Se sugiere la aplicación de herramientas de tamizaje o diagnóstico de TCA y de trastornos de la ingesta de alimentos en personas que soliciten un tratamiento estético corporal, para detectar oportunamente los riesgos a los cuales se puede someter si no se trata oportunamente el problema mental.

Los trastornos gastrointestinales fueron frecuentes en los participantes de este estudio; por tanto, dado que reportaron disminución en el consumo de alimentos, uso de laxantes y otras conductas compensatorias, se deben evaluar las posibles deficiencias nutricionales y fomentar la corrección de estas, para prevenir en el futuro problemas de salud más serios, asociados a dietas desequilibradas.

Dado que hay pocos estudios que dan a conocer la relación entre los TCA y los trastornos de la ingesta de alimentos y los procedimientos de contorno corporal, se sugiere continuar investigando en esta temática, para concientizar en su detección temprana y tratamiento oportuno, con lo que se podría impactar una problemática de salud pública que permanece oculta.

Agradecimientos

Se agradece a los participantes de la investigación, que hicieron posible la toma de datos para elaborar el presente artículo.

Declaración de fuente de financiación

Este trabajo no contó con fuente de financiación. Se hizo con asesoría de la docente Gloria Deossa, con sus horas registradas en el plan de trabajo docente de la Universidad de Antioquia, y el estudiante financió la toma de datos. Además, hizo parte de un trabajo de grado de maestría.

Declaración de conflictos de intereses

Se declara que no existe ningún conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

La responsabilidad por las ideas expuestas en el artículo corresponde exclusivamente a los autores y no comprometen a ninguna institución en particular.

Declaración de contribución por autores

Todos los autores contribuyeron en el diseño del estudio, el análisis e interpretación de los resultados, en la escritura y revisión final del manuscrito.

Referencias

- Hay P. Current approach to eating disorders: A clinical update. *Intern Med J*. 2020; 50(1):24-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 5.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11.^a ed. Ginebra: World Health Organization; 2022.
- Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatr* [internet]. 2020; 91(5):784-93 [citado 2024 ene. 16]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784&lng=es
- Kreipe RE, Starr TB. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Kliegman R, Geme J, Blum N, et al. Tratado de pediatría. 21th ed. Barcelona: Elsevier [internet]; 2020 [citado 2024 ene. 16]. pp. 228-35. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=YgDpDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Berny MC, Rodríguez D, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula* [internet] 2020 [citado 2024 ene. 16]; 7(14):15-21. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/articulo/view/6036/9460>
- Arija-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, et al. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2022;39(Ext. 2):8-15. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatr*. 2017;30(6):423-37. DOI: <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000360>
- Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, et al. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):1-63. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Friborg O, Clausen L, Rosenvinge JH. A five-item screening version of the Eating Disorder Inventory (EDI-3). *Compr Psychiatry*. 2013;54(8):1222-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.05.004>
- Marek RJ, Ivezaj V, Parikh MS, et al. Factor structure and measurement invariance of the English- versus Spanish-language Eating Disorder Examination Questionnaire: Brief Form (S-EDE-Q-BF) in Hispanic/Latino/a/x persons seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2023;19(6):576-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.12.015>
- Chang PG, Delgado J, Waller G. Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:1-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>
- Benítez AM, Sánchez S, Bermejo ML, et al. Análisis del Riesgo de sufrir trastornos alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enferm Glob*. 2019;18(54):124-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- 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. pp. 211-28.
- Barrios I, Piris-Jara A, Montiel-Alfonso MA, 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):4-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2021.jun.01.004.018>
- Uribe JF. Factores de riesgo particulares a la ciudad de Medellín. En: *Anorexia: los factores socioculturales de riesgo*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2007. pp. xii-xiv.
- Fernández J, González I, et al. Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Rev Lat Am Psicol*. 2015;47(1):25-33. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30003-0](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30003-0)
- Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder - An update. *Int J Womens Dermatol*. 2017;4(1):43-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>
- Zimmer R, Methfessel I, Heiss L, et al. Eating disorders: A neglected group of mental disorders in patients requesting aesthetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2022;75(2):840-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.09.080>
- Vallejo GA, Tamayo AI. La sistematización de los riesgos en procedimientos estéticos invasivos. *Salud Uninorte*. 2022;38(2):402-20. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.38.2.617.952>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2022 [internet]; 2022 [citado 2024 ene. 5]. Disponible en: https://www.isaps.org/media/a0qfm4h3/isaps-global-survey_2022.pdf
- Alcaldía de Medellín. Indicadores básicos 2018. Situación de salud en Medellín [internet]; 2019 [citado 2023 abr. 16]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadisticas/Shared%20Content/Libros%20de%20indicadores/libro_indicadores_2018.pdf
- Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004;1(1):99-111. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00003-2](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00003-2)
- Saariniemi KM, Salmi AM, Peltoniemi HH, et al. Abdominoplasty improves quality of life, psychological distress, and eating disorder symptoms: A prospective study. *Plast Surg Int*. 2014;2014:1-4. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/197232>
- Saariniemi KM, Salmi AM, Peltoniemi HH, et al. Does liposuction improve body image and symptoms of eating disorders? *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2015;3(7):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000000440>
- Jávo IM, Pettersen G, et al. Predicting interest in liposuction among women with eating problems: A population-based study. *Body Image*. 2012;9(1):131-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.08.002>

27. Celentano DD, Szklo M, Gordis. *Epidemiología*. 6.^a ed. Madrid: ELSEVIER; 2019.
28. 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):107-14. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>
29. Unikel C, Bojorquez I, Diaz de León C, et al. Validation of eating disorders examination questionnaire in Mexican women. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(2):146-54. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22819>
30. Monterrosa A, Boneu DJ, et al. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Rev Cienc Biomed* [internet] 2020 [citado 2023 abr. 15]; 3(1):99-111. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173/2700>
31. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) —Spanish Version— for screening eating disorders. *Span. J. Psychol*. 2012;15(2):817-24. DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893
32. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Eating Disorder Examination Questionnaire —Spanish Version— (S-EDE-Q) [internet] 2012 [citado 2023 ene. 10]. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_649245308.pdf
33. WHO Consultation on Obesity y World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation [internet]; 2000 [citado 2021 abr. 8] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
34. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones (2016 jun. 6).
35. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]; 2017 [citado 2023 ene. 10]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicadas-en-seres-humanos/>
36. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
37. Linardon J, Brennan L, García X de la P. Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2016;49(10):905-19. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22595>
38. Rø Ø, Reas DL, Rosenvinge J. The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eat Behav*. 2012;13(2):158-61. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.12.001>
39. Villalobos A, Unikel C, et al. Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública Méx.* [internet] 2020 [citado 2023 jul. 15]; 62(6):734-44. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11545/11974>
40. Sato Y, Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *J Clin Gastroenterol*. 2015;8(5):255-63. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12328-015-0611-x>
41. Pérez PS, Martínez JA, Valencillos AJ, et al. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2021;47(4):230-39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.007>
42. Alcaldía de Medellín Escuela de Nutrición y Dietética - Universidad de Antioquia. Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín y sus corregimientos 2015. Caracterización de hogares. Medellín: Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia [internet]; 2015 [citado 2023 ene. 10]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2022/08/PERFIL-ALIMENTARIO-ESAN-2015.pdf>
43. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y entidades colaboradoras. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015 [internet]; 2015 [citado 2023 ene. 10]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
44. Canals J, Arijá V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutr Hosp*. 2022;39(Extra 2):16-26. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>