

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE 10 A 16 AÑOS, DE UN COLEGIO PRIVADO, CHÍA, COLOMBIA¹

PAULA CAMILA CRISTANCHO ALFONSO*, SANDRA PATRICIA LÓPEZ DE ARCO**, MARTHA CONSTANZA LIÉVANO FIESCO***
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ, COLOMBIA

Recibido: 30 de enero de 2015

Aprobado: 4 de mayo de 2015

Para referenciar este artículo:

Cristancho Alfonso, P., López de Arco, S. & Liévano Fiesco, M. (2015). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 17-26

Resumen

El presente estudio de tipo descriptivo transversal, se propuso identificar conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes de 10 a 16 años de un Colegio privado mixto, localizado en Chía, Cundinamarca. La muestra estuvo conformada por 68 estudiantes de ambos géneros a quienes se les realizó valoración nutricional antropométrica (Peso, Talla), aplicación de la prueba Cuestionario Infantil de actitudes frente a la alimentación (chEAT) y aplicación de la escala de la figura corporal SFS validada en Colombia, para determinar la percepción de la figura corporal. Se encontró que el 49% de los adolescentes de ambos géneros, presentan un Índice de masa corporal (IMC) adecuado para la edad, el 29% presenta sobrepeso y el 15% presenta riesgo para la delgadez. En el indicador Talla/Edad el 82% de la población tiene una talla adecuada para su edad. En relación con la prueba chEAT, el 13% de la población presentó conductas alimentarias de riesgo, con una mayor prevalencia en el género femenino y en el grupo de edad de 11 a 13 años. Entre estas conductas, prevalecieron: la preocupación por la delgadez y el peso ($p=0.05$); el temor al consumo de alimentos que engordan ($p=0.05$) y la preocupación y control por la comida ($p=0.05$). En cuanto a la percepción de la figura corporal se evidenció distorsión de la imagen corporal (48,4%) con mayor incidencia en el género femenino. Se hace necesario generar educación nutricional que prevenga el aumento de dichas conductas inadecuadas.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo; imagen corporal; adolescentes.

RISKY EATING BEHAVIORS IN STUDENTS OF 10-16 YEARS AT A PRIVATE SCHOOL, CHIA, COLOMBIA

Abstract

This descriptive cross-sectional study, it was proposed to identify food risk behaviour in a group of 10 to 16 year old students in a mixed private school, located in Chía, Cundinamarca. The sample was conformed by 68 students of both genders who conducted anthropometric (weight, height), nutritional assessment test child questionnaire of attitudes toward food (chEAT) and application of the scale of the body figure SFS validated in Colombia, to determine the perception of body shape. It found that 49% of the adolescents of both genders, have a (BMI) body mass index suitable for the age, 29% presents overweight and 15% risk for thinness. Size/age indicator in 82% of the population has a size suitable for their age. In relation to the testing chEAT, 13% of the population presented food risk behaviors, with a higher prevalence in women and in the age group of 11 to 13 years. Between these behaviors, prevailed: the preoccupation with thinness and weight ($p = 0.05$); fear of the consumption of foods that make you fat ($p = 0.05$) and the concern and the food control ($p = 0.05$) in as to the perception of the body shape was distortion of body image (48.4%) with greater incidence in the feminine gender. It is necessary to generate nutrition education that prevents the increase of such misconduct.

Key words: Dietary risk behaviors; body image; adolescents.

¹ Artículo asociado a la investigación de trabajo de grado "Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia" de la carrera de nutrición y dietéticas de la Pontificia Universidad Javeriana.

* Investigadora principal de trabajo de grado para optar por título profesional en Nutrición y Dietética de Pontificia Universidad Javeriana. E- mail: pcristancho@javeriana.edu.co.

** Codirectora de la Investigación. Docente Psicología. Magister en Educación. Pontificia Universidad Javeriana. lopez-sandra@javeriana.edu.co

*** Codirectora de la Investigación. Directora y Docente de Carrera Nutrición y Dietética. Magister en Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana. mlievano@javeriana.edu.co

Introducción

La alimentación es un fenómeno complejo que se presenta en el individuo como respuesta a necesidades fisiológicas, psicológicas y socioculturales, lo que lo lleva a generar un conjunto de acciones o comportamientos en relación con los alimentos. A esta relación de intercambio que se da entre el individuo y los alimentos, se le ha denominado conducta alimentaria, por tal razón, su componente es multidimensional y está influenciada por factores psicológicos, sociales, culturales y económicos, debido a que por una parte estas acciones están condicionadas por la transmisión de pautas y regímenes alimentarios, traspasados por la familia; por otra parte, el nivel socioeconómico condiciona la selección de alimentos, determinando la posibilidad o no de acceder a estos y finalmente el aspecto cultural o religioso, marcado por las creencias asociadas a la alimentación, incide en las preparaciones culinarias, en la elección de los alimentos, constituyendo así las preferencias o rechazos hacia la alimentación desde la infancia.

Es importante anotar cómo al iniciarse la conducta alimentaria en edades tempranas, principalmente en el momento de alimentar al bebé con leche materna, luego al pasarlo a la alimentación complementaria y a una gran variedad de dietas determinadas por la cultura a la que pertenece el grupo familiar, esos cambios o procesos en la alimentación, que han venido ocurriendo en un período de tiempo relativamente corto, pueden ofrecer dificultades y repercutir de forma directa e indirecta en la etapa preadolescente y adolescente, debido a que esta etapa por ser un período marcado por transformaciones psicosociales, culturales y fisiológicas (Ruíz, 2009) y una búsqueda de la identidad personal surge la preocupación latente por el aspecto físico y emocional, en especial del esquema e imagen corporal así como por los ajustes a los cambios sexuales físicos y fisiológicos que experimentan, las fluctuaciones del estado de ánimo, el deseo de afirmar el atractivo sexual y social, el interés por el autocuidado, la búsqueda del sentido de la vida, la reestructuración de las relaciones familiares y el avance en la elaboración de la identidad, entre otros (Krauskopf, 2003).

Al producirse esos cambios a nivel psicológico, morfológico y endocrino (Papalia, Olds, & Feldman, 2010) y requerir procesos de adaptación, hacen de esta, una etapa vulnerable, donde sobresalen conflictos de identidad personal e inestabilidad emocional que se relacionan con la construcción de la imagen corporal influenciada por los estereotipos impuestos por la sociedad, acompañados de conceptos erróneos sobre estética y belleza de los jóvenes,

pudiendo generar una obsesión por su imagen corporal y una preocupación excesiva por la ganancia o pérdida de peso, lo que en un momento determinado puede desencadenar conductas alimentarias de riesgo (CAR), que se manifiestan en prácticas poco saludables como los atracones, conductas purgativas, ejecución de dietas poco saludables, ejercicio físico excesivo, prácticas de ayuno o pensamientos latentes como el miedo a engordar o aumentar de peso (López & Treasure, 2011).

Para Gardner (1996) la imagen corporal, concebida como la representación simbólica global de propio cuerpo, incluye dos componentes importantes: uno perceptivo y otro actitudinal. El primero hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia, y el segundo evalúa los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por eso en la figura corporal intervienen los pensamientos, los ideales, el estado de ánimo, y las presiones de tipo sociocultural. Las modificaciones en peso y volumen en la etapa adolescente hacen que los jóvenes sean más susceptibles frente a procesos de identidad personal y confrontación con el "yo" y en algunos casos lleve a que su esquema corporal se distorsione por los estándares, los juicios y las presiones sociales y se conviertan en personas candidatas a padecer trastornos en la alimentación (Bueno, 2003, citado por Cristancho, 2014).

Es importante destacar que previo a la aparición de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) la persona empieza a tener una serie de conductas alimentarias que la ponen en riesgo (CAR) como ya se mencionó anteriormente, contribuyendo a la aparición de enfermedades degenerativas y que pueden afectar el bienestar y la calidad de vida de la población preadolescente y adolescente, lo que repercute negativamente en el funcionamiento emocional, social, físico y de salud en general. Si se detectaran de manera temprana minimizarían la probabilidad de generar un TCA con graves consecuencias para la salud. De ahí que sea importante detectarlas y generar mecanismos de prevención y promoción de la salud.

A pesar de la importancia del tema, a nivel nacional se han publicado pocos estudios en relación a conductas alimentarias de riesgo en la etapa preadolescente. En los encontrados se registra un estudio transversal realizado por la Universidad del Norte de Barranquilla, Colombia, en un colegio público de Cartagena, donde se estudiaron los comportamientos de riesgo para la salud en 499 adolescentes de 13 a 19 años, con una edad promedio de 14,8 años y se analizaron los estilos de vida incluyendo consumo de alcohol y tabaco, actividad física y trastornos de la conducta alimentaria mediante el instrumento SCOFF (derivado del acrónimo en lengua inglesa: Sick, Control, Out-weight, Fat, Food), encontrando una consistencia de

este de 0,28, determinando una frecuencia de presentar trastornos de la conducta alimentaria del 43,9% (Campo, Cogollo, & Díaz, 2008).

En otro estudio observacional de tipo transversal, realizado en Cali, Colombia, se buscó determinar factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, en una muestra de 198 estudiantes, con una edad promedio de 13 años, en donde se evidenció que el 86,9% utilizaba laxantes para adelgazar y el 15,7% inducían el vómito y empleaban pastillas con el fin de adelgazar. La prevalencia de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) fue de 3,5% siendo significativa en adolescentes mayores a 15 años (Martín et al., 2005).

En Cundinamarca, Colombia, a través de otro estudio de corte transversal, se analizó la relación existente entre factores de riesgo de los TCA y los trastornos de ansiedad en jóvenes escolarizados de 12 a 10 años, en una muestra de 937 estudiantes, en donde a través del instrumento EAT-26 se identificó el 15,1% con riesgo para padecer un TCA. Dentro de los factores de riesgo asociados, se encontraron, antecedentes familiares de anorexia y bulimia nerviosa, obesidad, realización de dietas, y distorsión de la percepción corporal, por lo que se plantearon la existencia de mecanismos psicopatológicos que conducen a la manifestación a corto o largo plazo de un TCA (Piñeros, Molano, & López de Mesa, 2010).

Teniendo en cuenta lo encontrado, la presente investigación, se propuso identificar conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años del colegio privado mixto localizado en Chía, Colombia, mediante la determinación de la existencia o no de conductas alimentarias de riesgo, por medio de la escala de tamizaje chEAT (Cuestionario infantil de actitudes ante la alimentación) anexo a esto, identificar el estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas como peso (kg) y talla (cm) para la posterior interpretación de indicadores nutricionales dispuestos por la resolución 2121 de Colombia y los patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (Ministerio de la Protección Social, 2010; Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2008). Finalmente se propuso establecer la percepción de la imagen corporal según la escala SFS (Standard Figural Stimuli).

Con base a lo anterior se planteó una charla en educación nutricional, con el fin de prevenir el surgimiento de conductas alimentarias de riesgo, que puedan llegar a desencadenar TCA (Trastornos de la conducta alimentaria).

Método

Diseño

Este estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Se tomó como base la resolución 2121 de 2010 y los patrones de crecimiento de la OMS (Ministerio de la Protección Social, 2010; Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2008), para la interpretación de indicadores nutricionales según la edad.

Instrumentos

Children Eating Attitudes Test - Cuestionario infantil de actitudes ante la alimentación (chEAT)

Esta prueba fue desarrollada por Maloney (1989), para ser aplicada en niños desde los diez años; tiene una sensibilidad de 62% y una especificidad de 90% para detectar TCA (Maloney, McGuire, Daniels, & Specker, 1989). Esta encuesta se derivó a partir del EAT-26 y fue validada en Colombia a través del estudio "Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: cheat", con una confiabilidad del 83% (León Castellanos, 2012).

Escala de la figura corporal SFS (Standard Figural Stimuli)

La escala SFS está conformada por nueve imágenes de 8 cm de alto, que representan figuras de hombres y mujeres, los cuales están provistos de ropa, cabello y definición muscular; en esta escala se establecen siluetas delgadas que representan una figura humana normal y siluetas obesas. Las siluetas se elaboraron realizando un patrón comparativo, garantizando veracidad y confiabilidad en la elección de las siluetas. A cada figura se le asigna un número de 1 a 9. La validez y confiabilidad de esta prueba en población colombiana fueron evaluadas por Rueda-Jaimes, Camacho López, Flórez, & Rangel Martínez (2012).

Participantes

El muestreo fue por conveniencia. Inicialmente la muestra de este estudio estuvo conformada por 79 estudiantes, de 10 a 16 años, no obstante se delimitó a 68 estudiantes debido a que durante las semanas en las que se recolectaron los datos algunos estudiantes (4) se encontraban fuera del colegio y otros (5) fueron excluidos porque sus padres no firmaron el consentimiento informado.

Procedimiento

Diseño de las categorías de los ítems de la prueba chEAT

Para el desarrollo de este estudio se tomó como base la estructura factorial del chEAT en una muestra conformada por niños y niñas propuesta por Sancho, Asorey, Arija, & Canals (2005). Para facilitar el análisis, se plantearon las siguientes categorías: "Preocupación por la delgadez y peso", "Temor al consumo de alimentos que pueden engordar", "Preocupación y control por la comida", "Conductas compensatorias" y "Presión social". Dichas categorías se correlacionan con las dimensiones de la conducta alimentaria propuesta por el Departamento de Nutrición y Bioquímica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010 (Domínguez-Vásquez, Olivares, & Santos, 2008).

La primera categoría hace referencia a la preocupación por la delgadez y peso, abordada en las preguntas 1,11,12,14,17 y 23; la segunda categoría definida como el temor al consumo de alimentos que pueden aumentar el peso, aparecen en las preguntas 7, 19 y 25, siendo explícitas respecto al consumo de alimentos de alto contenido calórico; la tercera categoría aborda aspectos que tienen que ver con la preocupación y control por la comida, que se encuentran en las preguntas 2,3,4,5,10,18,19,21 y 22, siendo esta categoría una de las más representativas para el grupo de edad estudiado, toda vez que se asocia directamente la alimentación con el peso; la categoría 4 relacionada con conductas compensatorias que incluyen la urgencia por vomitar después de comer, por el gusto de tener el estómago vacío y por conocer todas las calorías de los alimentos que se consumen, en dicha categoría se encuentran las preguntas, 6,9,24 y 26; por último la categoría 5, que hacía referencia a la presión social que se ejerce sobre la alimentación, aparece en las preguntas 8,13 y 15.

Vale aclarar que originalmente se dispone de tres categorías que son factor dieta, factor control oral y factor bulimia y preocupación por la comida; sin embargo, para esta investigación se diseñaron las 5 categorías ya mencionadas, con la finalidad de encontrar resultados mucho más específicos y así ahondar efectivamente, en las problemáticas encontradas. La puntuación total superior a 20 puntos podría indicar un TCA (Rojo et al., 2011). En cada ítem, la respuesta que señala mayor sintomatología es siempre y se puntúa con el valor de 3; seguida por casi siempre, que se puntúa con el valor 2 y por muchas

veces, que se puntúa con el valor 1., las otras opciones se califican con el valor 0. Dicha puntuación varía en los ítems 19 y 25, en donde su calificación es inversa.

Evaluación Escala SFS

Se califica teniendo en cuenta estos criterios: la figura 1 y 2 corresponden a figuras muy delgadas, la 3 corresponde a una figura delgada, las figuras 4 y 5 son figuras normales, las figuras 6 y 7 corresponden a figuras con sobrepeso y las 8 y 9 responden a figuras obesas.

Recolección de la información

Se logró mediante la aplicación de la prueba chEAT, en la que la población objeto, debía contestar 26 ítems, con seis opciones de respuesta (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre). La puntuación se determinó de acuerdo a una escala Likert con un valor de 1, 2 y 3. Se consideró la población en riesgo a aquellos estudiantes que obtuvieron un puntaje mayor a 20 puntos. A la vez se realizó el registro de datos antropométricos, como el peso (Kg), la talla (m) y el IMC (Kg/m²), con la ayuda de instrumentos como básculas digitales marca Tanita y dos estadiómetros y en la última fase se aplicó la escala de la figura corporal SFS (Standard Figural Stimuli) en la que los sujetos, debían escoger uno de los 9 dibujos que representan los diferentes estados nutricionales (delgado o gordo) de acuerdo a la percepción corporal de cada estudiante.

Análisis de datos

Los datos se tabularon en el programa Microsoft Excel 2010 y se analizaron a través de sistema estadístico SPSS 17. Para las variables cuantitativas, se calcularon promedios y desviaciones estándar, y para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Los 68 estudiantes que participaron en el estudio pertenecían a los grados escolares quinto de primaria a octavo de bachillerato, la edad promedio fue de $12 \pm 1,3$ años. De acuerdo a la distribución por género, el 57% (n=39) pertenecía al género masculino y el 43% (n=29) al género femenino. Respecto al grado escolar, la mayoría de la población objeto se encontraba cursando séptimo y octavo de bachillerato, correspondiente a un 32 % y 31% respectivamente; por su parte el 23% pertenecía a sexto de bachillerato y el 15% a quinto de primaria.

Estado Nutricional

El estado nutricional, se abordó mediante dos indicadores antropométricos: el IMC/E (Índice de masa corporal para la edad) y T/E (Talla para la edad) según los puntos de corte adoptados para Colombia en la Resolución 2121 de 2010. Se reporta que el 49% de la población presenta un IMC adecuado para la edad, seguido de un 29% que muestra sobrepeso con una edad promedio de $13 \pm 1,2$ años y un 15% que presenta un riesgo para la delgadez con una edad promedio de $12 \pm 1,4$ años y tan solo 4% presentó delgadez con una edad promedio de $12 \pm 1,2$ años. En cuanto al indicador T/E, refiere que el 82% de la población presenta una talla adecuada para la edad y tan solo el 12% presenta un riesgo de talla baja con una edad promedio de $11 \pm 1,3$ años y el 6% presentó retraso en talla con una edad promedio de $14 \pm 1,3$ años.

Identificación de riesgo según prueba chEAT

De acuerdo a los resultados que arrojó la prueba chEAT, se reporta que el 87% de los adolescentes no está en riesgo de tener conductas alimentarias inadecuadas, con un puntaje inferior de 20 puntos y tan solo el 13 % reporta un riesgo con un puntaje igual o superior a 20.

Caracterización prueba chEAT positiva

Con los resultados reportados por la prueba chEAT, se encontró que el 13% de los adolescentes (n=9) presentaban conductas alimentarias de riesgo. De este, el 67% son mujeres y el 33% son hombres. Se evidencia que el rango de edad más prominente con riesgo se encuentra entre los 11 y 13 años con un 22% cada uno, seguido de un 11% para las edades 10 años, 14 y 15 años. En cuanto al grado se mostró que los adolescentes que presentan mayor riesgo se encuentran en octavo de bachillerato con un 34%.

Categorización de los ítems de la prueba chEAT según riesgo o no

La tabla 1 muestra la comparación de los promedios de cada ítem de acuerdo a las cinco categorías por estratificación de riesgo o no. En cada uno de los ítems se mostraron diferencias significativas entre los adolescentes que están en riesgo y los que no, predominando en la categoría 1. "Preocupación por la delgadez y peso", con énfasis en las respuestas 1 (Me asusta estar gordo $p=0,05$) y 14 (Pienso en las partes gordas de mi cuerpo, $p=0,05$); con relación a la categoría 2. "Temor al consumo de alimentos que engordan", se demostró una alta significancia en las respuestas 7 (Trato de no comer alimentos como pan, papas y arroz $p=0,05$) y en la 16 (Procuro no comer alimentos que contengan azúcar $p=0,05$). En la categoría

3 "Preocupación y control por la comida", se evidenció diferencias significativas exceptuando la pregunta 2 y un alto valor de significancia en la respuesta 22 (Me siento mal después de comer dulces. $p=0,05$) respecto a las conductas compensatorias. La pregunta 9 no tuvo un valor significativo en ninguno de los dos grupos estudiados y con respecto a la categoría "Presión Social" se reportan diferencias significativas, exceptuando la pregunta 8.

Percepción corporal según SFS (Standard Figural Stimuli)

De acuerdo a la escala de medición SFS (Standard Figural Stimuli), se encontró que del total de la población $n=68$, el 51,4% se perciben en un nivel normal, seguido de un 22% con una percepción de una figura delgada, un 11,7% como una figura muy delgada, y el 14,7% se perciben en sobrepeso y ninguno en obesidad, tal y como se muestra en la figura 1.

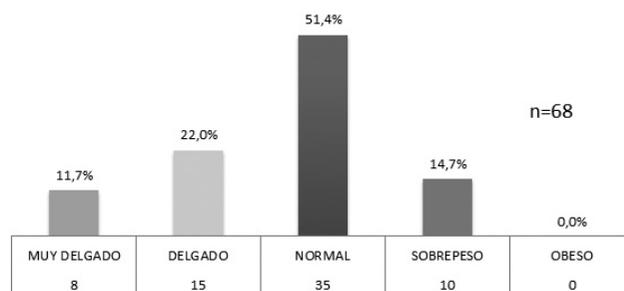


Figura 1. Distribución porcentual: Percepción corporal según SFS.

En cuanto a la percepción corporal según el género, las niñas tienen una mayor percepción de la figura corporal delgada (27%), no obstante, los niños tienen una percepción de figura corporal muy delgada (12, 8%). En relación con la percepción de la figura corporal en sobrepeso se encontró una mayor proporción en los niños (3,5%) que en las niñas (0,29%).

Correlación IMC (Kg/m²) y Figura Corporal SFS

Para evaluar una posible distorsión de la imagen corporal se correlacionó el IMC (Kg/m²) con lo arrojado por la escala de medición SFS (Standard Figural Stimuli). En la tabla 2, se reporta que el 11,7% de los adolescentes se perciben con una figura corporal muy delgada y el 29% se perciben con una figura en sobrepeso, lo que no concuerda con los resultados calculados por el IMC (Kg/m²), toda vez que tan solo el 3% de los adolescentes se encuentran en delgadez, y el 49 % se encuentra en IMC adecuado para la edad, por lo que se presume insatisfacción corporal por parte de los estudiantes.

Tabla 1

Promedio de ítems por categorización según riesgo o ausencia de riesgo

ITEMS PRUEBA chEAT	NIÑOS(AS) CON RIESGO ≥ N:9 X± DE	NIÑOS(AS) SIN RIESGO <20 N:59 X ±DE	Valor p
CATEGORÍA 1: Preocupación por la delgadez y peso			
1. Me asusta estar gordo(a)	1,0±1,5	0,3±0,7	0,05*
11. Quisiera estar más delgado(a)	1,8±1,4	0,6±1,0	0,23
12. Pienso en quemar mucha energía (Calorías) cuando hago ejercicio.	1,7±1,2	0,9±1,1	0,28
14. Pienso en las partes gordas de mi cuerpo.	0,8±1,3	0,2±0,6	0,05*
17. Como alimentos dietéticos.	0,4±1,0	0,1±0,4	0,04
23. Estoy haciendo dieta.	0,9±1,2	0,1±0,5	0,07
CATEGORÍA 2: Temor al consumo de alimentos que pueden engordar			
7. Trato de no comer alimentos como pan, papas y arroz.	0,9±1,4	0,4±0,9	0,05*
16. Procuero no comer alimentos que contengan azúcar.	0,8±1,3	0,2±0,6	0,05*
25. Me gusta comer nuevos alimentos sabrosos.	1,7±1,4	0,7±1,1	0,15
CATEGORÍA 3: Preocupación y control por la comida			
2. Me hago lejos de las comidas cuando tengo hambre.	0,3±0,7	0,0±0,0	0,04
3. Pienso en la comida todo el tiempo.	1,0±1,5	0,2±0,7	0,32
4. Como mucho y me siento que no puedo parar de comer.	1,0±1,3	0,2±0,7	0,31
5. Corto mi comida en pedazos pequeños.	1,1±1,5	0,6±1,0	0,02
10. Me siento culpable después de comer.	0,4±1,0	0,1±0,3	0,38
18. Pienso que la comida controla mi vida.	1,2±1,5	0,1±0,4	0,03
19. Tengo autocontrol sobre los alimentos que como.	1,8±1,0	0,8±1,1	0,41
21. Ocupo mucho tiempo pensando en la comida.	0,9±1,2	0,0±0,0	0,00
22. Me siento mal después de comer dulces.	1,0±1,5	0,1±0,4	0,05*
CATEGORÍA 4 :Conductas compensatorias			
6. Conozco las calorías de todos los alimentos que como.	0,4±1,0	0,2±0,7	0,15
9. Vomito después de comer.	0,1±0,3	0,1±0,4	0,17
24. Me gusta tener el estómago vacío.	0,4±1,0	0,0±0,0	0,00
26. Siento urgencia de vomitar después de comer	0,7±1,1	0,0±0,0	0,37
CATEGORÍA 5: Presión Social			
8. Siento que otros quisieran que yo comiera más.	0,9±1,4	0,8±0,0	0,17
13. Otras personas piensan que yo estoy delgado(a)	1,7±1,4	0,8±1,1	0,15
15. Me demoro más tiempo que otras personas en acabar de comer.	1,4±1,5	0,4±0,9	0,35
20. Siento que otros me presionan para que coma más.	0,9±1,3	0,2±0,7	0,09

*P <0.05

Tabla 2

Correlación IMC (Kg/m²) y Figura Corporal (SFS) de la población con riesgo y sin riesgo

IMC/Edad(Kg/m ²)			SFS (FIGURA CORPORAL)			
TOTAL	INTERPRETACION	n= 68	TOTAL	INTERPRETACIÓN	n=68	TOTAL
2	Delgadez	3%	8	Muy delgado	11,7%	15%
10	Riesgo para la delgadez	15,0%	15	Delgado	22,0%	37%
33	Adecuado	49,0%	35	Normal	51,4%	100%
20	Sobrepeso	29%	10	Sobrepeso	14,7%	43%
3	Obesidad	4%	0	Obeso	0,0%	4%

En cuanto a la relación del estado nutricional según IMC/E y su correspondencia con la percepción corporal de acuerdo a la escala SFS, la tabla 3, refleja una notable distorsión de la imagen corporal en términos de subestimación en el grupo de adolescentes que se encuentran

en sobrepeso (29%) y se perciben en figuras corporales delgadas o por el contrario adolescentes que se encuentran en riesgo para la delgadez y quienes se ubican en figuras corporales obesas.

Tabla 3

Comprobación del estado nutricional IMC/E y percepción de la figura corporal según escala SFS

Adolescentes con percepción de la imagen corporal alterada	Adolescentes con una percepción de la imagen corporal congruente
Delgadez (IMC/E: <-2) n=2 (3%)	
2	0
Riesgo para la delgadez (IMC/E: -2 y <-1) n= 10(15%)	
7	3
Adecuado (IMC/E: > -1 y < 1) n =33 (49%)	
4	29
Sobrepeso (IMC/E: >1 y < 2) n= 20 (29%)	
13	7
Obesidad (IMC/E: >2) n= 3(4%)	
3	0

Discusión

Con la presente investigación, se logró identificar la existencia de algunas conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes escolarizados, a través de la aplicación de la prueba chEAT que concuerdan con resultados arrojados por la Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, donde han encontrado que existe

prevalencia de trastornos alimentarios en la edad escolar así como un incremento en el sobrepeso y la obesidad. Se encontró que de la población total n=68, el 13% (n=9) de los adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo mientras que en el 87% (n=59), no se hallaron, según los criterios sugeridos por Maloney et al. (1989).

En cuanto al porcentaje de riesgo descrito (13%), se puede describir como similar al referido en un estudio reciente en adolescentes colombianos, donde se identificó el 8,3% con riesgo (León Castellanos, 2012), cifra que es inferior a estudios realizados en Medellín encontrando un 17,1% en riesgo (Angel, Martínez, & Gómez, 2008), y cifras mucho más significativas encontradas en un estudio realizado por Rueda et al. (2005) hallando el 36,5% con riesgo. A nivel internacional, se reportan estudios, como el realizado por Trujano, de Gracia, Nava, Marcó y Limón (2010) el cual identificó un 27% con riesgo; y el realizado por Erickson y Gerstle (2007) en el que se ven cifras que van del 10 al 17% en niños con un alto riesgo de presentar conductas alimentarias inadecuadas, lo que comparado con las cifras reportadas por el presente estudio, son significativamente superiores.

También se hallaron diferencias significativas entre el género femenino y el género masculino, estableciendo que del total de la población que se encuentra en riesgo $n=9$, el 67% ($n=6$) pertenece al género femenino y el 33% ($n=3$) pertenece al género masculino, lo que concuerda con diversas investigaciones en donde las mujeres presentan mayor riesgo (Peláez, Labrador, & Raich 2011), como concluyeron los autores tras un monitoreo realizado durante dos años, donde efectivamente se puntuaba un mayor riesgo en las niñas. El factor “género femenino”, se puede incluir indudablemente como un aspecto revelador y predictor de conductas alimentarias inadecuadas, debido a que posiblemente el patrón alimentario se asocia directamente con el peso y este a su vez con la belleza y estética. Respecto a la edad, se estableció que el mayor riesgo de presentar conductas alimentarias inadecuadas, se encontraba entre los 11 y 13 años con un 22% respectivamente, lo que se asemeja a cifras reportadas en el que los niños entre los 9 y 13 años presentaban una prevalencia de riesgo del 73% (Elizathe, Murawski, Arana, & Rutzstein, 2012).

Otro aspecto por resaltar, es el evidenciar en los grados escolares más altos (Séptimo y Octavo de Bachillerato) que el 34% de los adolescentes, se encontraba en riesgo, lo que puede suponer que a medida que los adolescentes van adquiriendo mayor madurez cognitiva y analítica, el riesgo será mayor debido a la marcada influencia por estándares de belleza y estética y por el desconocimiento de hábitos saludables, los cuales estarán inmersos en procesos conductuales como la elección de los alimentos o conductas compensatorias y procesos cognitivos como la negación a mantener un peso saludable, temor a subir de peso y la pérdida de control sobre los alimentos.

Se observaron diferencias significativas entre los niños y niñas que presentaron riesgo con un puntaje ≥ 20 de

aquellos que presentaron ≤ 20 , con énfasis en las categorías de preocupación por el peso, temor al consumo de alimentos que pueden aumentar el peso y preocupación por el control por la comida. Las categorías que hacen referencia a conductas compensatorias y presión social ejercida sobre la alimentación de igual manera presentaron diferencias que se deben incluir para analizar problemáticas asociadas a la conducta alimentaria. Estos resultados, discrepan de lo reportado por Elizathe et al., 2012, quienes no encontraron diferencias entre los grupos con la clasificación de cuatro subescalas (dieta, preocupación por el cuerpo, presión social por comer y preocupación por la comida).

En el presente estudio se encontró que las conductas alimentarias de riesgo se focalizan en manifestaciones cognitivas, que implica la pérdida de control, temor a engordar y la negación ante el peligro de bajar de peso abruptamente, más que en las manifestaciones conductuales que incluyen conductas purgativas y atracones, lo que resulta llamativo y fundamental en intervenir oportunamente.

Por otra parte, se establece que si bien la realización de dietas y actividad física para adelgazar podría representar un intento por ajustar saludablemente la conducta alimentaria, la presencia de características usualmente asociadas en la incidencia de trastornos alimentarios en edades tempranas, pueden ser factores precursores de los mismos en la adolescencia (Trujano et al., 2010). En cuanto a los peligrosos regímenes alimentarios, ajustados por los mismos adolescentes, basados en la restricción y prohibición del consumo de ciertos grupos alimentarios como lácteos, carnes, harinas y grasas y el aumento de consumo de hortalizas, se ha visto que estos pueden promover atracones, lo que conduce al desarrollo de conductas compensatorias poco saludables (Field et al., 2003).

Para evitar el desarrollo de conductas alimentarias inapropiadas, como las mencionadas, anteriormente, es fundamental que se tenga monitoreo con un plan de alimentación saludable por parte del profesional de la salud encargado, que en este caso será el (la) nutricionista, en donde se establezcan los requerimientos nutricionales adecuados de acuerdo a la edad, estado nutricional, condiciones físicas y propósito nutricional.

En cuanto al estado nutricional de la población total tuvo resultados favorables, lo que repercute positivamente en su salud y por ende en su bienestar, teniendo en cuenta que según el indicador IMC/E, se encontró como adecuado en un 49%, por otro lado, según el indicador T/E, el 82% se encuentra en una talla adecuada para la edad, lo que resulta positivo en términos de una ausencia de retraso en crecimiento.

Es de resaltar, que de acuerdo al indicador IMC/E, el 29% de la población estudiada, tenía sobrepeso, lo que comparado con las cifras reportadas por la UNICEF (2011), es una problemática que afecta tanto a países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo. En este informe se reporta que entre un 21% y 36% de los adolescentes, se presenta sobrepeso, lo que son cifras alarmantes y en las que se debe implementar una estrategia efectiva en modificación de hábitos alimentarios y estilo de vida, con la información incluyente para la población en general. Por su parte, el 15% de la población estudiada presenta un riesgo para la delgadez, lo que hace pensar que de no asegurar estrategias preventivas, la incidencia puede desencadenar un diagnóstico negativo mostrándose en riesgo o delgadez explícitamente. De acuerdo a las cifras en la encuesta nacional de situación nutricional en Colombia del 2010 el 2.1% de la población se reporta como con delgadez (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, 2010).

Con relación al estado nutricional evaluado por el indicador T/E, se reporta como una situación favorable en contraposición a lo registrado por el ICBF, en donde la prevalencia de retraso en talla se encuentra en un 10% para los adolescentes de 10 a 17 años (ICBF, 2010).

De otro lado, la SFS (Standard Figurall Stimuli), permitió para el desarrollo del presente estudio delimitar correctamente la insatisfacción percibida por la población estudiada, respecto a partes específicas de su cuerpo como los brazos, cintura y piernas. Claramente se comprobó que aunque más de la mitad de los adolescentes se perciben en una figura corporal normal, resulta llamativo que la población que se encuentra en riesgo de acuerdo a la prueba chEAT, presenta una distorsión de la figura corporal, por lo que se determina una relación directa entre la insatisfacción con la imagen corporal y el riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Respecto a la imagen corporal, en otro estudio se encontró como alarmante que el 20% de los niños con un peso normal se encontraran insatisfechos con su imagen corporal (Trujano et al., 2010), lo que tampoco se asemeja por lo reportado en el presente estudio, encontrando que la población con un estado nutricional normal de acuerdo al IMC (Kg/m²), se percibe con una figura corporal normal (4-5) según la escala SFS. Algo de resaltar es que ningún estudiante se percibió con una figura obesa, no obstante lo que muestra el estado nutricional real es que el 4% presenta obesidad, y esto se debe a que puede resultar penoso admitir que se está en sobrepeso u obesidad, por temor a la burla por parte de los demás compañeros, teniendo en cuenta que quienes presentaron obesidad se encuentran

en un rango de edad entre 14 a 16 años, pueden tener una mayor perceptibilidad de su propio cuerpo.

En cuanto al género, se reportó que el género femenino se percibe mayoritariamente en una figura delgada respecto al género masculino, lo que concuerda con múltiples estudios, en los que demuestra que es en el género femenino donde se encuentra una mayor distorsión de la imagen corporal (Tremblay & Lariviere, 2009), lo que se asocia por la necesidad inherente de cumplir con estereotipos de belleza alentados por la sociedad.

Por lo anterior, la imagen corporal se considera como un componente nuclear en el desarrollo de los trastornos alimentarios, por tal razón es fundamental diseñar estrategias de prevención primaria de trastornos alimentarios, para de esta manera desarrollar recursos positivos que promuevan la aceptación del propio cuerpo y se establezca un bienestar integral que implica el componente psicológico y físico.

Referencias

- Ángel, L., Martínez, L., & Gómez, M. (2008). Prevalencia de trastornos de comportamiento alimentario en estudiantes de bachillerato. *Revista Facultad de Medicina*, 56(3), 193-210.
- Campo, A., Cogollo, Z., & Díaz, H. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte*, 24(2), 226-234.
- Cristancho, P. (2014). *Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años, de un colegio privado, Chía, Colombia* (Trabajo de grado). Carrera de nutrición y dietética, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(3), 249-255.
- Elizathe, L., Murawski, B., Arana, F., & Rutzstein, G. (2012). Propiedades psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (chEAT): Una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Evaluar*, 11, 18-39.
- Erickson, S., & Gerstle, M. (2007). Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 8(2), 224-235.
- Field, A., Austin, S., Taylor, C., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H., & Colditz, G. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900-906.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2010). Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia. Resumen Ejecutivo. Bogotá: ICBF.
- Krauskopf, D.(2003). *Los derechos y las características de la preadolescencia y adolescencia*. Costa Rica: UNFPA
- León Castellanos, Y. (2012). *Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: the children`s versión of the eating attitudes test -ChEAT-* (Trabajo de grado). Especialización en pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85 – 97.
- Maloney, M., McGuire, J., Daniels, S., & Specker, B. (1989). Dieting Behavior and Eating Attitudes in Children. *Pediatrics*, 84(3), 482-489.
- Martín, J., Díaz, L., Ortiz, D., Pinzón, C., Rodríguez, J., & Cadena, L. (2005). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(3), 180-189.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Resolución 2121 del 2010*. Colombia: Ministerio de la protección social.
- Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2008). *Patrones de crecimiento del niño*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2010). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia* (11ª. ed.). Colombia: McGraw-Hill.
- Peláez, M., Labrador, F., & Raich, R. (2011). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.
- Piñeros, S., Molano, J., López de Mesa, C. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328.
- Rojo, L., García, I., Plumed, J., Barbera, M., Morales, M., Ruiz, E., & Livianos, L. (2011). Children`s eating attitudes test: validation in a sample of spanish school-children. *International Journal of Eating Disorders*, 44 (6), 540-546.
- Rueda, G., Díaz, L., Barajas, D., Pinzón, C., Rodríguez, J., & Cadena, L. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(2), 89-94.
- Rueda-Jaimes, G., Camacho López, P., Flórez, S., & Rangel Martínez, A. (2012). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 101-110.
- Ruiz, F. (febrero, 2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños. *Actas de las reuniones de Medicina Familiar*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V., & Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the children`s eating attitudes test in a Spanish Sample. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 338-343.
- Tremblay, L., & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating behaviors*, 10(2), 75-83.
- Trujano, P., de Gracia, M., Nava, C., Marcó, M., & Limón, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22(4), 581-586.
- UNICEF. 2011. *Estado mundial de la infancia 2011, La adolescencia una época de oportunidades*. New York: UNICEF.