

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Lina Fernanda Barrera Sánchez *
Fred Gustavo Manrique-Abril **
Juan Manuel Ospina Díaz***

Recibido en mayo 1 de 2013, aceptado en agosto 14 de 2013

Citar este artículo así:

Barrera LF, Manrique-Abril FG, Ospina JM. Evaluación de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):55-65.

Resumen

Objetivo: Evaluar, mediante la estimación de la prevalencia, la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes, a partir de una muestra seleccionada aleatoriamente en la ciudad de Tunja y simultáneamente, identificar factores posiblemente relacionados. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal analítico. A una muestra seleccionada aleatoriamente, de 236 escolares de secundaria, se le realizó medición antropométrica y se le aplicaron los instrumentos Eating Attitudes Test (EAT-26) y autopercepción de la imagen corporal. **Resultados:** Media de edad 14,8 años (SD = 2,12). Prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria 16,5% (IC95% = 11,9-21,9); mayor prevalencia en mujeres que en los varones. Se encontró asociación entre imagen corporal autopercebida atípica e índice de masa corporal normal (OR = 16,8), también entre una imagen corporal deseada atípica e índice de masa corporal anormal (OR = 8,6). **Conclusiones:** Se encontró alta prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria; se perfila la necesidad de diseñar e implementar estrategias de intervención educativas en alimentación y nutrición en los grupos de escolares y adolescentes para consolidar hábitos y estilos de vida saludable.

Palabras clave

Conducta alimentaria, bulimia, anorexia, adolescentes, nutrición (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.

** Enfermero. Ph.D. en Salud Pública. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Colombia. Autor para correspondencia: Correo electrónico: fgma75@gmail.com

*** MD. Magíster en Epidemiología. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.

ASSESSMENT OF EATING BEHAVIORS OF STUDENTS FROM TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Abstract

Objective: To assess, by estimating the prevalence, the frequency of eating disorder behaviors in a randomly selected sample of students from the city of Tunja and simultaneously, to identify possible related factors. **Materials and Methods:** Analytical cross-sectional study. Anthropometric measurement was carried out to a 236 sample of secondary school students and two instruments were applied: Eating Attitudes Test (EAT-26) and self-perception of body image. **Results:** Mean age 14.8 years (SD = 2.12). Overall prevalence of eating disorders behavior 16.5% (95%CI = 11.9 to 21.9); higher prevalence in women than in men. Causal association between an atypical self-perceived body image and an abnormal Body Mass Index (OR = 16.8) and between an atypical desirable body image and an abnormal Body Mass Index (OR = 8.6) were found. **Conclusions:** High overall prevalence of eating disorder behaviors was found which suggests the need to design and implement educational intervention strategies in food and nutrition in school children and adolescents' groups to consolidate habits and healthy lifestyles.

Key words

Eating behavior, bulimia, anorexia, adolescents, nutrition (*source: DeCS, BIREME*).

AVALIAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPORTAMENTOS DESSES ESTUDANTES TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Resumo

Objetivo: Avaliar, por estimar a prevalência, frequência de transtornos alimentares de comportamento em uma população de estudantes de uma amostra selecionada aleatoriamente na cidade de Tunja e, simultaneamente, identificar os fatores possivelmente relacionados. **Metodologias:** Estudo transversal analítico. Em uma amostra aleatória de 236 alunos do ensino secundário, foi realizado instrumentos de medição antropométricas e aplicados Eating Attitudes Test (EAT-26) e auto-percepção da imagem corporal. **Resultados:** A média de idade 14,8 anos (DP = 2,12). A prevalência de transtornos do comportamento alimentar (ED) 16,5% (IC = 11,9-21,9 95%) maior prevalência em mulheres do que em homens. Houve associação da imagem corporal auto-percepção entre índice de massa corpora atípico e anormal (OR = 16,8), também a partir de uma imagem corporal desejável índice de massa corpora atípico e anormal (OR = 8,6). **Conclusões:** É alta a prevalência global de TCA, ele descreve a necessidade de conceber e implementar estratégias de intervenção educativa em alimentação e nutrição em escolares e adolescentes de grupos para consolidar hábitos e estilos de vida saudáveis.

Palavras chave

Comportamento alimentar, bulimia, anorexia, os adolescentes, nutrição (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Los llamados comúnmente trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son de hecho trastornos comportamentales que ocurren en relación con las prácticas de alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria (1), entre otros. Otras nominaciones para estos trastornos pueden ser: síndrome del Gourmet, trastorno nocturno de alimentación, pica, síndrome del comedor compulsivo, síndrome de Prader-Willi. Los más significativos por la afectación clínica que conllevan son la anorexia y la bulimia nerviosas, conocidos en el ámbito médico como trastornos alimentarios no específicos (TANE). A estos dos últimos se suma, por su relación con la actividad física, la patología que se denomina vigorexia (obsesión en torno al culto del desarrollo muscular) (2).

En un estudio realizado en Cundinamarca (Colombia), en el que se indagaba sobre trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados, se encontró una prevalencia de 15,04% de casos probables de TCA, la mayoría en mujeres ($p < 0,01$). El 38,3% de estos sujetos aceptó entrevista psiquiátrica, con lo que se logró estructurar diagnóstico clínico de TCA en aproximadamente la mitad de los entrevistados, sin diferencias por estrato socioeconómico ni grupos de edad; adicionalmente, los autores encontraron comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, así como conductas suicidas más frecuentes en adolescentes con diagnóstico clínico de TCA que en aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y con otros trastornos ($p = 0,019$), permitiéndoles afirmar que los TCA ocurren desde edades tempranas, existiendo una alta tasa de comorbilidad con trastornos afectivos y conductas suicidas (3).

En Cali, se han llevado a cabo varios estudios en adolescentes que muestran 39,7% de estudiantes

de medicina con alta probabilidad de desarrollar TCA, con franca mayoría de las mujeres en relación 2:1. Como factores asociados en las mujeres se encontraron el querer disminuir más de 10% del peso corporal ($OR = 24,65$; $IC95\% = 1,92-316,91$) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso ($OR = 0,81$; $IC95\% = 0,66-0,98$) (4). En 2008, en otro estudio realizado en la misma ciudad, se reportó en un grupo de escolares con edad promedio de 13 años, altas prevalencias de prácticas atípicas encaminadas a reducir de peso como provocar el vómito (7,1%); dentro de las conductas identificadas en sus familiares, 86,9% reportaron uso de laxantes para adelgazar, mientras en amigos y pares el 15,7% percibieron inducción al vómito y empleo de pastillas para adelgazar, respectivamente; la prevalencia de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria fue 3,5%, siendo estadísticamente significativa en las mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno (5).

Respecto a la etiología, se ha encontrado que la anorexia es una enfermedad psicosomática que se apoya en tres pilares básicos: dos psicológicos, que son una fobia a la obesidad y una deificación de la delgadez y uno somático, que es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta, y que resultan alterados a partir de una desnutrición prolongada. Como consecuencia, la mente de la enferma y su medio social y familiar, se alteran gravemente, lo que complica el cuadro de manera que la afectada termina encerrada en una cárcel de la que sale, a veces, solo con la muerte (6).

En el presente estudio se propuso evaluar, mediante la estimación de la prevalencia, la frecuencia de ocurrencia de TCA en una población de estudiantes, a partir de una muestra seleccionada aleatoriamente en la ciudad de Tunja y simultáneamente, identificar factores posiblemente relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se diseñó un protocolo de tipo observacional, de corte transversal analítico.

Población y muestra

Para el efecto se definió como población a los estudiantes de ambos sexos matriculados en los colegios públicos de la ciudad de Tunja, a nivel de secundaria y media, los cuales ascienden a 18379, según el reporte “Tunja 2012: estado de avance de los objetivos de desarrollo del milenio”. Se desarrolló un muestreo de tipo secuencial aleatorio por conveniencia previa estimación del tamaño de muestra, a partir de una prevalencia reportada de 1,2% (7), con significancia del 95% y asumiendo diferencias hasta de 1,4% respecto de este reporte. Con una muestra estimada de 230 sujetos, se incluyeron 236 estudiantes. El Índice de Masa Corporal (IMC) se estimó a partir de la ecuación:

$$IMC = \left[\frac{\text{peso Kg} / \text{talla cm}}{\text{talla cm}} \right] * 10000$$

Previo consentimiento informado a cada uno de los estudiantes o tutores, se aplicó el test EAT-26, diseñado por Garner et al. en 1982. Mediante correspondencia cursada con Garner se obtuvo autorización para el empleo de este instrumento (8, 9). El objetivo del test es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN (10). El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, el instrumento inicial contenía 40 reactivos (EAT-40), agrupados en

siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (8). Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 ítems (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (9). Este último fue el instrumento utilizado en este estudio. Las 26 preguntas se agrupan en tres dimensiones extraídas a partir del análisis factorial, resumidas así: Factor o Dimensión Dieta (D. Preguntas 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), refleja un rechazo patológico a las comidas de alto valor calórico y preocupación marcada por el aspecto físico; Factor o Dimensión Bulimia o preocupación por los alimentos (B. Preguntas 3, 4, 9, 18, 21 y 26), se refiere a episodios de ingesta compulsiva de alimentos seguida de vómitos u otros mecanismos para evitar la ganancia de peso; y Escala de Control Oral (CO. Preguntas 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20), que refleja el grado de autocontrol en función del reconocimiento de los alimentos que, impulsados por la presión social, se promueven con fines de consumo (11).

Adicionalmente cada escolar señaló, sobre un formato diseñado por Stunkard y Stellard en 1990, una silueta representando la imagen corporal con la cual se identificaba en relación con la percepción de su propio cuerpo, entre una serie de nueve imágenes (12), que van siendo progresivamente más robustas; cada silueta se correlaciona con un valor preestablecido de índice de masa corporal; en este estudio se pidió a los participantes que señalaran tres imágenes: la que desearían tener, la que perciben tener y la que les parece normal en el sexo opuesto. Posteriormente, se señaló la imagen real acorde con el Índice de Masa Corporal.

El análisis se adelantó utilizando el paquete estadístico Epi Info 2002. Para cada variable se reportaron medidas de tendencia central y dispersión, es decir medias y desviación

estándar para las continuas y porcentaje con el correspondiente intervalo de confianza del 95% para las variables discretas. Cuando fue necesario realizar comparación de grupos se utilizaron como pruebas de hipótesis la t de Student y Chi cuadrado, respectivamente.

El estudio se consideró investigación sin riesgo acorde con los lineamientos de la Resolución 8034 de 1993 del Ministerio de Salud. No obstante, a todos los participantes se les garantizó la preservación de la confidencialidad además del

principio de beneficencia, mediante la cadena de custodia de la información.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra. 57,6% (n = 136) pertenecía al género femenino (IC95% = 51%-64%); la media registrada de edad fue de 14,85 años (Rango = 11-19; SD = 2,12 años); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad por género (p = 0,09).

Tabla 1. IMC promedio según edad. Estudiantes de Tunja. 2012.

EDAD	FEMENINO			MASCULINO			P
	Frec	Media	DE	Frec	Media	DE	
11	1	20,5	-	3	16,56	2,51	0,003
12	18	17,09	2,53	19	17,36	2,02	0,72
13	15	19,89	2,13	21	18,3	2,19	0,46
14	14	19,76	2,4	17	19,41	1,75	0,65
15	20	21,72	2,54	11	19,62	2,98	0,07
16	33	21,61	2,95	6	21,35	3,058	0,84
17	19	21,82	3,08	8	21,85	1,69	0,97
18	11	21,46	1,9	10	20,74	4,54	0,65
19	5	22,24	2,69	5	23,78	1,96	0,33
Total	136	20,68	3,02	100	19,39	3,02	0,0014

Frec: frecuencia absoluta. Media: promedio aritmético. DE: desviación estándar

Fuente: Instrumento aplicado.

La prevalencia de bajo peso según IMC fue del 6,8%, (IC95% = 3,9-10,8), mayor en los hombres. La prevalencia de sobrepeso fue de 9,3% (IC95% = 5,9-13,8), con mayor ocurrencia en las mujeres

(11,8% vs 6% en los hombres). Los resultados del diagnóstico del estado nutricional por edad y género se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico del estado nutricional según IMC, por género y edad. Estudiantes de Tunja. 2012.

EDAD	FEMENINO				MASCULINO			
	bajo	normal	sobrepeso	obesidad	bajo	normal	sobrepeso	obesidad
11	0	1	0	0	1	2	0	0
12	4	13	1	0	2	17	0	0
13	0	13	2	0	2	17	2	0
14	0	12	2	0	0	17	0	0
15	0	15	5	0	1	9	1	0
16	2	27	4	0	0	5	1	0
17	1	16	2	0	0	8	0	0
18	0	11	0	0	3	5	2	0
19	0	5	0	0	0	5	0	0
Total	7	113	16	0	9	85	6	0

Fuente: Instrumento aplicado.

La puntuación media en la escala EAT-26 fue de 10,23 (SD = 9,54), sin diferencias estadísticamente significativas por género ($p = 0,23$). Se registraron valores iguales o superiores a 21 en 39 (16,5%) sujetos (19,1% en mujeres y 11% en hombres).

El 53% de los estudiantes poseen una imagen corporal que coincide con la percibida y la deseada, y se ubica en las imágenes 3, 4 y 5, las cuales coinciden con índices de masa corporal normal. La imagen corporal del 42,37% de los encuestados correspondería a Índices de Masa Corporal por debajo de la normalidad, el 4,65% poseen una imagen corporal de tipo sobrepeso u obesidad y el 47,8% desearían verse aún más delgados de lo que realmente son, al tiempo que la mitad de los que están en sobrepeso desearía verse más delgado.

La diferencia entre la estructura corporal real y la percibida se muestra en la Tabla 3. Los valores

negativos identifican a niños que tienen IMC real menor que el que perciben, o sea, que se ven a sí mismos más robustos de lo que realmente son. Por otra parte, los valores positivos se relacionan con quienes se perciben con un IMC mayor que el real, es decir, se ven a sí mismos más delgados de lo que están. Los que se identifican con la categoría 3 (-1 a 2) son aquellos en los que la percepción y la realidad son más cercanas. Lo anterior en consideración a que la discriminación se estima con base en diferencias reales-percibidas mayores a dos unidades, dado que es difícil establecer diferencias absolutas entre dos imágenes consecutivas. La misma categorización se aplicó a la diferencia entre la silueta real y la deseada. Los valores negativos corresponden a personas que quisieran ser más robustas de lo que realmente son, mientras que los valores positivos corresponden a quienes desearían verse más delgados de lo que realmente están (11).

Tabla 3. Categorización de las diferencias entre los IMC reales y percibidos, y reales y deseados

CAT	RANGO	DIFERENCIA REAL - PERCIBIDA					DIFERENCIA REAL - DESEADA				
		FEM	MAS	TOTAL	P	%	FEM	MAS	TOTAL	P	%
1	Menor de -4	1	0	1	0,61	0,42%	0	0	0	1	0,0%
2	-4 a -2	10	15	25	0,09	10,59%	13	24	37	0,004	15,6%
3	-1 a 2	123	84	207	0,19	87,71%	106	71	177	0,28	75,0%
4	2 a 4	2	1	3	0,78	1,27%	16	5	21	0,11	9,0%
5	Mayor de 4	0	0	0	1	0,0%	1	0	1	0,61	0,4%
TOTAL		136	100	236		100%	136	100	236		100%

Fuente: Elaboración propia.

Se encuentra que 11% de los estudiantes se perciben más robustos de lo que realmente están, mientras que 1,3% se perciben más delgados. Por otra parte, 15,6% desearían ser más robustos y 9,4% ser más delgados. La mayoría se percibe y desea tener una imagen acorde con su estructura corporal real (87,7% y 75%, respectivamente). Del total analizado se encuentra que 12 estudiantes (5,1%), de manera simultánea perciben y desean una imagen corporal diferente de la real, 75% (n = 9) son varones.

85,6% manifiestan que la imagen ideal en el sexo opuesto coincide con las categorías 2 y 3; es decir,

imágenes con un IMC normal, y de contextura corporal más delgada que robusta.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de IMC alterado por género (p = 0,41), ni por presentar puntaje mayor a 20 en la escala EAT-26 (p = 0,49), tampoco por tener una imagen atípica del sexo opuesto (p = 0,45). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre una imagen corporal deseada atípica (diferente de las categorías 2 y 3) y alteración en el IMC (p < 0,0001); también entre una imagen percibida atípica (diferente de 2 y 3) y alteración en el IMC (p = 0,0072). La evaluación se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Variables asociadas con alteración en el IMC. Escolares de Tunja. 2012.

EXPOSICIÓN	CRIT.	IMC ALTERADO		OR	IC95%	p (Chi2*)
		SÍ	NO			
Género femenino	SÍ	23	113	1,15	0,56-2,34	0,41
	NO	15	85			
Puntaje EAT-26 > 20	SÍ	5	35	0,71	0,22-2,07	0,49
	NO	33	163			
Imagen atípica sexo opuesto	SÍ	3	31	0,46	0,13-1,59	0,45
	NO	35	167			
Imagen deseada atípica	SÍ	12	10	8,67	3,4-22,0	< 0,0001
	NO	26	188			
Imagen percibida atípica	SÍ	3	1	16,8	1,7-167,0	0,0072
	NO	356	197			

* Prueba exacta de Fisher.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Se encuentra que los trastornos de la conducta alimentaria se vienen incrementando gradualmente en los sectores urbanos y de provincia del departamento de Boyacá, impulsados por cambios importantes en la percepción de una imagen corporal extremadamente delgada, estereotipo de las personas exitosas, promocionada por los medios masivos de comunicación, a la vez que por modificaciones en los hábitos y comportamientos alimenticios de los jóvenes y adolescentes, que incorporan a la dieta alimentos procesados, con elevada carga energética y bebidas excesivamente endulzadas, mientras que se abandona gradualmente el consumo de alimentos que contienen fibra. La preocupación por la ganancia de peso, conducente a una imagen corporal ampliamente estigmatizada en el medio estudiantil, sumado al estrés del medio académico, constituye uno de los pilares centrales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia.

El problema de la malnutrición ha activado las alarmas en el sector salud merced al hallazgo secuencial y repetitivo de indicadores nutricionales como el IMC, que muestran valores promedio por encima de los estándares de normalidad en algunos sectores populares del departamento de Boyacá; tal es el caso de los cultivadores de papa (13). Desde los ámbitos de la atención primaria y del sector educación se postula insistentemente sobre la necesidad de orientar las intervenciones de Fomento y prevención en los niños y adolescentes escolares, quienes siendo los futuros consumidores deberían apropiarse desde temprana edad hábitos y comportamientos alimentarios, nutricionales y de actividad física adecuados al logro de un estilo de vida saludable (14). Es importante considerar que las sociedades consumistas promueven más el consumo de alimentos procesados que el de lácteos, frutas y vegetales frescos ocasionando la adquisición de hábitos de alimentación y nutrición completamente inadecuados (15).

La prevalencia de TCA en la muestra de adolescentes analizados, es mayor que la encontrada recientemente en Bogotá, hecho que de alguna manera debe constituir un llamado de atención para la acción en razón a las similitudes de los grupos analizados en ambas ciudades (16), y de que la estimación de Tunja es más del doble de la de Bogotá, con similar composición por sexo y promedio de edad. También es importante anotar que la prevalencia de TCA en la ciudad de Tunja, en población escolar muestra un aumento significativo cuando se la compara con la encontrada en estudios realizados en años anteriores (17).

La adolescencia es una etapa crucial en la vida, que implica cambios bruscos en la perspectiva física, cultural, emotiva y psicológica. Desde la media adolescencia, los jóvenes experimentan la necesidad de evaluar y comparar su propio cuerpo con el de los demás; de esa comparación pueden derivar sentimientos de insatisfacción que finalmente pueden traducirse en percepciones alteradas, que a su vez también pueden conducir a desórdenes en el comportamiento alimentario (18).

La insatisfacción con la propia imagen corporal se traduce en trastornos de la conducta alimentaria en dos sentidos: por un lado, la inclinación a disminuir y controlar de manera rigurosa la ingesta de alimentos, es decir la anorexia nerviosa y la bulimia; en el otro extremo se ubicaría una marcada predisposición al incremento de pensamientos negativos que lleva a algunas personas a comer de manera desordenada y excesiva para aliviar la tensión emocional y la ansiedad producto de las frustraciones (19). No obstante, estos comportamientos se evidencian con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres (20).

La coincidencia de los varones y las niñas, de preferencia por las siluetas estandarizadas como

normales (categorías 2 y 3) en alto porcentaje, habla del grado de satisfacción de estos adolescentes con su propio cuerpo, hallazgo que demuestra además una inclinación predictiva hacia las siluetas delgadas, con lo que podrían corroborarse los planteamientos de investigadores en el sentido de que la imagen corporal es una construcción de género que puede diferir de manera relativa entre hombres y mujeres, puesto que se aprecia una tendencia en los varones a preferir cuerpos más robustos (21), en contraste con la inclinación de las chicas hacia siluetas más esbeltas. En la literatura se describen factores que podrían estar asociados con los trastornos de la conducta alimentaria entre los que destacan: tendencia a la rigidez comportamental, antecedentes de abuso sexual o físico, baja autoestima, presión de los pares, insatisfacción con la imagen corporal, trabajar o inclinarse por el modelaje o ballet y por deportes como atletismo y la gimnasia. En el ámbito familiar pueden influir hechos como antecedentes paternos de desórdenes alimentarios, dietas, ejercicios excesivos, alcoholismo o trastornos afectivos (16).

En el análisis de los factores determinantes de los trastornos de la conducta alimentaria y de estilos de alimentación y nutrición inadecuados juegan papel importante los medios de comunicación, ya que ellos pueden modificar significativamente y en cortos períodos de tiempo los hábitos alimenticios de niños y adolescentes (22); ya se ha demostrado que la mayoría de alimentos y bebidas

que promociona la televisión, por ejemplo, tienen nulo o escaso valor nutritivo y están orientados a satisfacer necesidades emocionales y de reconocimiento social más que las nutritivas.

CONCLUSIONES

Se encuentra una alta prevalencia global de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la muestra analizada, que afecta en mayor grado a las mujeres. El factor de insatisfacción con la imagen corporal puede ser un elemento determinante, que podría inclinar a los adolescentes hacia conductas alimentarias y nutricionales inadecuadas. Los instrumentos EAT-26 e imagen autopercebida de la figura corporal se perfilan como herramientas útiles en la aproximación diagnóstica a los TCA. Es recomendable que las autoridades sanitarias aborden la estrategia de educación sobre alimentación y nutrición en los grupos de escolares y adolescentes con el propósito de incidir a mediano plazo sobre la prevalencia de los TCA.

AGRADECIMIENTOS

Los autores hacen manifiesta su gratitud a los estudiantes de último año de Medicina que se comprometieron en los procesos de captura y sistematización de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prisco A, Araujo T, Almeida M, Santos K. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(4):1109-18.
2. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev méd Chile*. 2010;138(11):1386-94.
3. Piñeros Ortíz S, Molano Caro J, López de Mesa C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*. 2010;39(2):313-28.
4. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux C, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2007;38(4):344-51.
5. Rodríguez J, Mina F. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2008;59(3):180-9.
6. Krępuła K, Bidzińska-Speichert B, Lenarcik A, Tworowska-Bardzińska U. Psychiatric disorders related to polycystic ovary syndrome. *Endokrynologia Polska*. 2012;62(6):488-91.
7. Torres de Galvis Y, Montoya I. II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
8. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979;9(2):273-9.
9. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982;12(4):871-8.
10. Chang Y, Lin W, Wong Y. Survey on eating disorder-related thoughts, behaviors, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan. *J Am Coll Nutr*. 2011;30(1):39-48.
11. Dos Santos Alvarenga M, Francischi R, Fontes F, Baeza Scagliusi F, Tucunduva Philippi S. Adaptation and validation of the Spanish version of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspect Nutr Humana*. 2010;12(1):11-23.
12. Marrodán Serrano M, Montero-Roblas V, Mesa M, Pacheco del Cerro J, González Montero de Espinosa M, Bejarano I, et al. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía*. 2008;30:15-28.
13. Ospina J, Manrique-Abril F, Ariza N. Salud, ambiente y trabajo en poblaciones vulnerables: los cultivadores de papa en el centro de Boyacá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2008;26(2):143-52.
14. Del Campo M, Vara Messler M, Navarro A. Educación alimentaria-nutricional (EAN) en la enseñanza primaria municipal de Córdoba: Una experiencia en investigación-acción participativa (IAP). Año 2008. *Diaeta*. 2010;28(132):15-22.
15. Heim S, Stang J, Ireland M. A garden pilot project enhances fruit and vegetable consumption among children. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(7):1220-6.
16. León Castellanos Y. Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: the childrens versión of the eating attitudes test (cheat). [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
17. Manrique Abril FG, Barrera Sánchez LF, Ospina Díaz JM. Prevalencia de la bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados (Prevalence of

- bulimia and anorexia in tunja adolescents, and some potentially associated risk factors). *Av enferm.* 2006;24(2):38-46.
18. Khan A, Khalid S, Khan H, Jabeen M. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [citado 15-05-2013];24(11):379. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21609460>
 19. Quick V, Wall M, Larson N, Haines J, Neumark D, et al. Personal, behavioral and socio-environmental predictors of overweight incidence in young adults: 10-yr longitudinal findings International. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [Internet]. 2013 [citado 16-05-2013];10(37). Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/37>
 20. Swami V, Frederick D, Aavik V, Alkalai L, Allik j, Anderson D. The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project. *Personality & Social Psychology Bulletin.* 2010;36(3):309-25.
 21. Dumith S, Menezes A, Moraes R, Petresco S, Mohnsan I, Da Silva R, et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(9):2499-505.
 22. Landaeta M, Patiño E, Galicia N. Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. *An Venez Nutr.* 2010;23(1):26-33.