

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

**PAULA CAMILA CRISTANCHO ALFONSO**

**TRABAJO DE GRADO**

Presentado como requisito parcial para optar al título de

**NUTRICIONISTA DIETISTA**

**SANDRA PATRICIA LÓPEZ DE ARCO. Psicóloga. MSc. Directora**

**MARTHA CONSTANZA LIEVANO.ND. MSc. Codirectora**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**Bogotá, D.C.**

**Noviembre, 2014**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

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

**PAULA CAMILA CRISTANCHO ALFONSO**

APROBADO

---

Concepción Puerta Bula, PhD  
Decana  
Facultad de Ciencias

---

Martha Liévano N.D, MSc  
Directora  
Carrera de Nutrición y Dietética

## **DEDICATORIA**

*Ha llegado el momento de retribuir todo lo que he recibido a lo largo de este trayecto, es por esto, que este trabajo está especialmente dedicado a los ángeles de mi vida, mis abuelos Pablo y Emilia, quienes me apoyan en mi diario andar, quienes a través de su sabiduría, me ensañan a no desfallecer y a lograr cada propósito que me planteo en la vida. Son ustedes, la motivación para emprender un nuevo camino.*

*A mi mamá Janeth, quien a pesar de los obstáculos, se mantiene firme en el constructo de mi vida.*

*A mis tíos, William y Olga, quienes me apoyan y me alientan cuando siento que los caminos se tornan turbulentos en mi diario vivir.*

*A mis primos Nicolás y Santiago, que espero, sea esta una semilla de todo el trabajo que podrán construir y explorar en el trayecto de sus vidas.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por llenarme de fortaleza y sabiduría, por mantenerme en pie y por iluminarme en cada paso de mi diario vivir.*

*Agradezco nuevamente a mi familia, por el apoyo incondicional y por contribuir a mi formación personal y académica.*

*A mis amigas Lorena y Lisseth, por todos los momentos compartidos, por brindarme y por apoyarme en todo momento.*

*A Vanessa Sánchez, por apoyarme en el desarrollo de este trabajo, por darme a conocer que la amistad puede permanecer, pese a las dificultades.*

*A mi tutora Sandra Patricia López por su constante apoyo no solo a nivel académico, sino también a nivel personal, gracias tutora, por permitirme vislumbrar nuevos horizontes.*

*A Martha Liévano, quien fue mi codirectora, por el interés y apoyo para el desarrollo de este trabajo.*

*A la rectora, directivas y estudiantes del Colegio Bertrand Russell, por la colaboración y apoyo prestado.*

## TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
2. MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Características Psicológicas en la Etapa Adolescente.....	11
2.2 Características Alimentarias en la Etapa Adolescente.....	11
2.3 CONDUCTA ALIMENTARIA.....	12
2.3.1 Factores que inciden en la Conducta Alimentaria .....	12
2.2.2 Conductas Alimentarias de riesgo .....	13
2.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	13
2.5 chEAT( Cuestionario de actitudes infantiles ante la alimentación).....	15
2.6 Escala Figura Corporal SFS( Standard Figural Stimuli) .....	15
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	16
3.1. Formulación del Problema .....	16
3.2 Justificación:.....	16
4. OBJETIVOS .....	17
4.1 Objetivo General: .....	17
4.2 Objetivos Específicos:.....	17
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	18
5.1.1 Población estudio y muestra.....	18
5.1.1 Criterios de Inclusión. ....	18
5.1.2 Variables del estudio.....	18
5.2 MÉTODOS .....	19
5.2.1 Instrumentos. ....	20
5.2.1.1 Diseño Categorías Ítmes prueba chEAT. ....	20
5.2.1.1 Evaluación Escala SFS.....	20
5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	21
5.4 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN .....	21
6. RESULTADOS.....	21
6.1 Características de la población .....	22
6.2 Estado Nutricional .....	23
6.3 Identificación de riesgo según prueba chEAT .....	24
6.4 Caracterización prueba chEAT positiva.....	25
6.5 Categorización de los ítems de la prueba chEAT según riesgo o no.....	26
6.6 Percepción corporal según escala SFS.....	27
6.7 Correlación de IMC y figura corporal .....	28
7. DISCUSIÓN .....	28
7.1 Características generales de la población estudiada .....	28
7.2 Estado Nutricional .....	29
7.3 Prueba chEAT y caracterización de población en riesgo .....	30
7.4 Categorización prueba chEAT .....	31

7.5 Diferencias prueba chEAT en poblacion con riesgo y sin riesgo .....	32
7.6 Figura Corporal según SFS y correlación con el IMC .....	33
8. CONCLUSIONES .....	34
9. RECOMENDACIONES.....	35
10. REFERENCIAS.....	36

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Correlación IMC y Figura Corporal .....	28
---	----

<b>Tabla 2.</b> Comprobación del estado nutricional IMC/E y percepción de la figura corporal según escala SFS.....	28
--	----

### ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución porcentual: Edad de la población.....	22
<b>Figura 2.</b> Distribución porcentual: Género de la población.....	22
<b>Figura 3.</b> Distribución porcentual: Grado de la población.....	23
<b>Figura 4.</b> Distribución porcentual: Estado nutricional según IMC/E.....	23
<b>Figura 5.</b> Distribución porcentual: Estado nutricional según T/E.....	24
<b>Figura 6.</b> Distribución porcentual: Clasificación de riesgo según prueba chEAT.....	24
<b>Figura 7.</b> Distribución porcentual: Caracterización población riesgo por género.....	25
<b>Figura 8.</b> Distribución porcentual: Caracterización población en riesgo por edad.....	25
<b>Figura 9.</b> Distribución porcentual: Caracterización población en riesgo por grado.....	26
<b>Figura 10.</b> Distribución porcentual: Percepción corporal según SFS.....	27
<b>Figura 11.</b> Distribución porcentual: Percepción Corporal según SFS por género.....	27

### ÍNDICE DE ANEXOS

**Anexo 1.** Consentimiento Informado

**Anexo 2.** Formato Datos registro Valoración Nutricional

**Anexo 3.** Prueba Cheat (Children Eating Attitudes Test)

**Anexo 4.** Categorización prueba Cheat (Children Eating Attitudes Test)

**Anexo 5.** Promedio de ítems por categorización según riesgo o ausencia de riesgo.

**Anexo 6.** Puntuación prueba cheat (Children Eating Attitudes Test)

**Anexo 7.** Escala Corporal SFS

**Anexo 8.** Plan de actividad de Educación Nutricional

## RESUMEN

La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establece el individuo en relación con los alimentos. Cuando esta se altera, surgen conductas de riesgo alimentarias que pueden afectar la calidad de vida de la población preadolescente y adolescente. Por tal razón, en el presente estudio se propuso identificar conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell, localizado en Chía, Cundinamarca. La muestra estuvo conformada por 68 estudiantes de ambos géneros. Se realizó valoración nutricional antropométrica (Peso, Talla), aplicación de la prueba chEAT y se utilizó la escala SFS validada en Colombia, para determinar la percepción de la figura corporal. Se encontró que el 49% de los adolescentes presentan un IMC adecuado para la edad, el 29% presenta sobrepeso y el 15% presenta riesgo para la delgadez, según el indicador T/E el 82% tiene una talla adecuada. Con relación a la prueba chEAT, el 13% de la población total presentó conductas alimentarias de riesgo, con una mayor prevalencia en el género femenino y el grupo de edad de 11 a 13 años, en cuanto a la percepción de la figura corporal se estableció que existe distorsión de la imagen corporal en el total de la población estudiada con mayor incidencia en el género femenino.

**Palabras claves:** Conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y adolescentes

## ABSTRACT

Eating behavior is defined as the set of actions that establishes the individual in relation to food. When this is altered, emerging food risk behaviors that can affect the quality of life for the preadolescent and adolescent population. For this reason, in this study was proposed to identify food risk behavior in a group of 10 to 16 year old students of the Bertrand Russell College, located in Chía, Cundinamarca. The sample was conformed by 68 students of both genders. He was Nutritional anthropometric assessment (weight, height), the test application chEAT and SFS scale validated in Colombia, to determine the perception of the body shape. It is found that 49% of teenagers have a BMI that is suitable for the age, 29% is overweight and 15% risk for thinness, as the t/e 82% indicator has a suitable size. In relation to testing chEAT, 13% of the total population presented conducts food risk, with a higher prevalence in women and the age group of 11 to 13 years, in terms of the perception of the body shape was established that there is distortion of body image in the total population studied with greater incidence in the female gender.

**Key words:** Risk eating behaviors, body imagine, adolescents.

## 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/o económicos, debido a que por una parte estas acciones están condicionadas por la transmisión de pautas y regímenes alimentarios, traspasados por parte de 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 por creencias asociadas a la alimentación, incide en las preparaciones culinarias, en la elección de los alimentos, constituyendo así las preferencias y/o rechazos hacia la alimentación, desde la infancia.

Al irse estableciendo en etapas fundamentales del desarrollo del ser humano donde su inicio se da en edades tempranas, al alimentar al bebé con leche materna, pasando luego a la alimentación complementaria y a una gran variedad de dietas determinadas por la cultura a la que pertenece el grupo familiar, esto llevará a que esos cambios o procesos en la alimentación, que han venido ocurriendo en un período de tiempo relativamente corto que comprende los primeros años de vida y la niñez, a pesar de su brevedad, en algunos momentos pueda ofrecer dificultades y repercutir de forma directa e indirecta en la etapa preadolescente y adolescente, la cual ha sido considerada como una etapa de gran complejidad en términos de la búsqueda de identidad, con un alto grado de vulnerabilidad haciendo que su imagen corporal en muchas ocasiones se vea alterada y se llegué a un concepto erróneo de salud y belleza, al buscar una imagen y cuerpo perfecto impuesto por la sociedad.

Cuando las personas modifican esos hábitos alimentarios o alteran la manera cómo los seleccionan o consumen, pueden surgir conductas alimentarias de riesgo que afecten su salud física, emocional y relacional.

Por lo anterior, se hace necesario identificar si existen conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell situado en Chía, con el fin de plantear a corto plazo, estrategias preventivas de educación nutricional, para evitar que trasciendan y se establezcan como TCA y de esta manera, contribuir, en la población objeto, a un crecimiento y desarrollo adecuado que redunde en su bienestar y estado nutricional

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN LA ETAPA ADOLESCENTE**

La etapa preadolescente y adolescente es un período marcado por aspectos diferenciales que se reflejan en transformaciones psicosociales, culturales y fisiológicas puesto que se inician las modificaciones sexuales y se culmina con la fase puberal (Ruíz, 2010). En estas etapas se construye la identidad personal y se replantea la definición del aspecto social mediante procesos de exploración, diferenciación del medio familiar y búsqueda de pertenencia. Se fija una preocupación latente por el aspecto físico y emocional, manifestando cambios, como la reestructuración del esquema e imagen corporal, ajustes a cambios sexuales físicos y fisiológicos, las fluctuaciones del estado de ánimo, la curiosidad investigativa, el abandono de la dependencia de los padres, el deseo de afirmar el atractivo sexual y social, la exploración de capacidades personales, el interés por el autocuidado, la capacidad de situarse frente al mundo, el cuestionamiento de aspectos comportamentales, la exploración por aspectos sociales, la búsqueda del sentido de la vida, la reestructuración de las relaciones familiares y el avance en la elaboración de la identidad. (Krauskopf, 2003). Para Gardner (1996) la imagen corporal incluye un componente perceptivo y otro actitudinal, abordando aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos llevando en muchos casos a un imaginario de la apariencia física. En la figura corporal intervienen factores como el pensamiento, ideales, estado de ánimo, presiones de tipo sociocultural; es de anotar que la etapa adolescente se caracteriza por la modificación en peso y volumen, haciéndolos susceptibles frente a cambios exploratorios de identidad personal y confrontación con el “yo”, en la mayoría de los casos el esquema corporal se distorsiona por los juicios y presiones sociales, por lo que potencialmente se convierten en personas candidatas a padecer trastornos en la alimentación (Bueno, 2003)

### **2.2 CARACTERÍSTICAS ALIMENTARIAS EN LA ETAPA ADOLESCENTE**

La alimentación en la etapa adolescente se asemeja a la edad infantil, debido a que se aumentan las porciones de los alimentos, lo cual es proporcional con las condiciones físicas de esta edad y su rápido desarrollo fisiológico, por eso es fundamental la manera en cómo se implementan los hábitos alimentarios. En relación, con los requerimientos nutricionales, las necesidades energéticas están aumentadas, los hombres requieren de 50 a 70 Kcal/Kg y las mujeres entre 40 a 60 Kcal/Kg de peso por día; en cuanto a las proteínas, en esta etapa de la vida es fundamental el aporte de proteína de buena calidad dependiendo de la actividad física, género y edad, que contribuyan al adecuado crecimiento y desarrollo, por lo

que se necesitará de 15 a 20% de proteína. Respecto a la grasa, estas representan entre un 30 a 35% del valor total calórico, imprescindibles para sintetizar las vitaminas liposolubles, y en relación a los carbohidratos, estos deben suponer un rango de 50 a 60% del valor calórico total, con respecto a los micronutrientes. Los adolescentes tienen necesidades incrementadas de calcio, magnesio, hierro, zinc y vitamina A, por lo que es fundamental el aporte suficiente y adecuado de frutas y verduras como parte de su alimentación habitual.

Es de resaltar que en esta etapa de la vida, prima la ausencia del hábito del desayuno haciendo que se tenga una repercusión negativa en el desarrollo físico y cognitivo (Burghardt, 2005)

### **2.3 CONDUCTA ALIMENTARIA**

La conducta alimentaria se define como el “comportamiento normal relacionado con hábitos de alimentación, selección de alimentos que se ingieren, preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos” (Osorio, 2010). Dentro de las dimensiones que conforman la conducta alimentaria están las siguientes: *Alimentación emocional*: control de la ingesta de comida en contextos emocionales negativos o positivos, tanto en exceso como en déficit; *la alimentación sin control* que es la inclinación a comer ante la exposición de estímulos extremos, lo que se evidencia en adolescentes obesos, con anorexia de tipo purgativo y en bulimia con los atracones; *la restricción cognitiva* que es la tendencia a limitar la propia ingesta para controlar el peso corporal; *la respuesta frente a los alimentos* que se define como la susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales; *el disfrute de los alimentos* que es una condición asociada positivamente con la sensación de hambre, deseo de comer y placer por el alimento; *deseo de beber*; *respuesta a la saciedad*, que es una disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos; *lentitud para comer*; *exigencia frente a los alimentos*, que limita la gama de productos de alimentación que pueden ser aceptadas y la *neofobia alimentaria* que se define como la renuencia persisten a incorporar nuevos alimentos a la dieta habitual (Domínguez ; Olivarel,2010).

#### **2.3.1 FACTORES QUE INCIDEN EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Desde un escenario global se establecen factores que influyen en las prácticas alimentarias como lo son, los aspectos socioculturales, caracterizados por particularidades que hacen de cada individuo esté expuesto al desarrollo de una adecuada conducta alimentaria. Así pues, se habla que dentro de las prácticas alimentarias influye el estrato socioeconómico viéndose beneficiados los estratos económicos altos debido a la adecuada elección de alimentos que contribuyen a una buena alimentación a diferencia de los estratos bajos, por cuanto se

condicionan a la elección de alimentos económicos y que cumplan una función específica que es la de saciar y no de “nutrir” (Bonnin, 2009). Por otro lado en la etapa preadolescente, la transmisión de pautas alimentarias por parte de la familia, relacionado con creencias y costumbres que forjan una conducta alimentaria específica a corto y largo plazo, así como, la influencia de los medios de comunicación pueden servir de ayuda o por el contrario causar estragos en la construcción y desarrollo de las prácticas alimentarias (Gómez L, 2010). Lo anterior hace necesario enfatizar en la educación nutricional desde temprana edad para mejorar el comportamiento dietético y el estado nutricional, que influye directamente en los hábitos alimentarios, la elección y compra de alimentos, preparación de los mismos y los beneficios que traen al organismo.

### **2.3.2 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO**

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como manifestaciones que no cumplen con los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria, pero que son conductas características, tales como conductas purgativas, atracones, práctica de dietas y el temor a engordar. (Urzúa & colaboradores, 2010). Estas conductas contribuyen a la aparición de enfermedades degenerativas que adicionalmente, pueden afectar el bienestar y la calidad de vida de la población preadolescente y adolescente, repercutiendo en el funcionamiento emocional, social, físico y de salud en general.

En el momento en el que se identifica la conducta de riesgo, es importante establecer criterios que establezcan si sólo se trata de un comportamiento de riesgo o si se puede determinar como un TCA.

### **2.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se definen como enfermedades de salud, complejas y multicausales que afectan mayoritariamente a adolescentes y mujeres jóvenes. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación americana de psiquiatría en el DSM-IV y ahora el DSMS-V, se les ha definido como enfermedades de salud mental debido al riesgo de salud que implican, caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Se ha descrito que principalmente en la etapa adolescente se encuentran la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) como principales categorías diagnósticas.

La Anorexia Nerviosa (AN) se define como un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo, logrado a través de medios extremos como el ejercicio compulsivo, restricción de alimentos consumidos y/o conductas purgativas. En cuanto a la epidemiología se encuentra que la incidencia es de 8.1 por 100.00 habitantes al año; la edad medio de inicio es de 16-17 años, en cuanto a la mortalidad se encuentra que la AN es la principal causa de muerte de mujeres entre los 15-24 años de edad. Otro de los TCA es la Bulimia Nerviosa (BN), en esta se presencia un síndrome caracterizado por episodios regulares de hiperfagia, seguidos por purgas y otras conductas compensatorias (vómito, usos laxantes, etc.). La incidencia de esta enfermedad es de 12 por cada 100.000 habitantes al año, la edad media de inicio es de 18 a 19 años; y finalmente se encuentran los trastornos alimentarios no especificados (TANE) que hacen referencia a una categoría que no se cumple con todos los criterios establecidos para la AN o BN (López, 2011).

Con el fin de realizar una diagnóstico acertado se hace necesario hacer una revisión del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad); en cuanto al DSM-IV se proponen cambios que garanticen una mejor caracterización de los diferentes TCA, especialmente en la etapa preadolescente con el fin de establecer límites menores y más sensibles y así determinar la severidad de la enfermedad (Salcedo & colaboradores, 2009). Estos cambios se sugieren debido a que en el etapa preadolescente se encuentran ciertos rasgos clínicos propios del desarrollo puberal, retardo en crecimiento o hábitos alimentarios que no cumpla con ningún criterio impuesto en los TCA. Debido a ello se implementó en nuevo manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales, el DSM-V en el que se aportan algunas novedades en cuanto a codificación, clasificación y diagnóstico de trastornos mentales. En este se incluyen los criterios del CIE-9 y CIE-10. En cuanto a la clasificación de trastornos alimentarios se establece que el DSM-V estipula que la anorexia nerviosa se puede encontrar de tipo restrictivo y de tipo purgativo, haciendo énfasis en tres criterios principales que son el peso significativamente bajo, definido para niños y adolescentes como un peso inferior al esperado, el miedo desproporcionado de engordar y la distorsión evidente de la imagen corporal; en este trastorno la gravedad se establece de acuerdo al IMC (Índice de Masa Corporal), en el caso de los niños y adolescentes este índice se mide por los percentiles correspondientes a la OMS( Organización Mundial de la Salud). En cuanto al CIE-10, se establece que si la Anorexia Nerviosa inicia antes de la pubertad, en las mujeres, el crecimiento se ve fuertemente afectado haciendo que se detenga y el desarrollo sexual se ve alterado debido a la baja producción de la Hormona Luteinizante, por lo que posiblemente

la presencia de Amenorrea sea un indicador claro de la consolidación de la enfermedad, en el caso de los hombres es evidente la persistencia de genitales infantiles. (Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5)

Para el caso de la Bulimia, el DSM-V ha estipulado que se pueden presentar criterios como el A que hace referencia a “Episodios recurrentes de atracones”, el criterio B “Comportamientos compensatorios inapropiados como el uso desmedido de laxantes”, el criterio C “Atracones y comportamientos compensatorios inapropiados una vez a la semana, el criterio D “Autoevaluación influida por constitución y peso corporal” y criterio E hace referencia a que la “alteración no se produce exclusivamente en los episodios de Anorexia Nerviosa”. Para este caso, la gravedad se establece de acuerdo al promedio de comportamientos compensatorios inapropiados, siendo 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados, un caso extremo y de 1 a 3 episodios un caso leve. (Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5)

Otro de los TCA, que se pueden encontrar son los denominados “Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados” que hacen referencia a aquellos que no cumplen con los criterios dispuestos en los manuales de diagnóstico; un ejemplo de ello es una mujer que cumple con todos los criterios para la anorexia nerviosa pero que sus ciclos menstruales son regulares. (Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5)

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

Esta prueba fue desarrollada por Maloney en 1988, la versión española fue desarrollada por García en el 2008, esta es la única validada para aplicar en niños desde los diez años, tiene una sensibilidad de 62% y una especificidad de 90% para detectar TCA. Esta encuesta se derivó a partir del EAT-26, ha sido 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”, realizada en el 2012, impartida en la Universidad Nacional de Colombia ( Prueba chEAT. Anexo 3).

## **2.6 ESCALA DE LA FIGURA CORPORAL SFS (Standard Figural Stimuli)**

La escala SFS está conformada por nueve figuras de 8 cm de altitud, 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, para ello, estas figuras se diseñaron lo más real posible garantizando

veracidad y confiabilidad en la elección de las siluetas, a cada figura se le asigna un número de 1 a 9.(Rueda J; López P ,2012)

### **3. FORMULACIÓN DE PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

#### **3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo presentadas en un grupo de estudiantes de 10 a 16 años del colegio Bertrand Russell, Chía, Colombia?

#### **3.2 JUSTIFICACIÓN**

En la etapa preadolescente y adolescente se producen cambios psicológicos, morfológicos y endocrinos (Papalia, 2010), haciendo de esta una etapa vulnerable, donde sobresalen conflictos de identidad personal e inestabilidad emocional que se relacionan con la construcción de la imagen corporal arraigada en los estereotipos impuestos por la sociedad, conduciendo a estos jóvenes a conceptos erróneos sobre estética y belleza, generando en ocasiones, una obsesión por su imagen corporal y una preocupación excesiva por la ganancia de peso, lo que en un momento determinado puede desencadenar conductas alimentarias de riesgo, que se manifiestan en prácticas poco saludables como los atracones, conductas purgativas, ejecución de dietas poco saludables, ejercicio físico excesivo, prácticas de ayuno y un pensamiento latente como el “miedo a engordar”.

Estas conductas contribuyen a la aparición de enfermedades degenerativas, que adicionalmente 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.

A nivel nacional se han publicado pocos estudios en relación a conductas alimentarias de riesgo en la etapa preadolescente, sin embargo, en un estudio realizado en Barranquilla, Colombia, se analizaron los comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes, encontrando que el 95% de los sujetos estudiados sentía “Insatisfacción Corporal” y que tan solo el 18,2% realizaba ejercicio físico con frecuencia (Arias, 2008).

En otro estudio, realizado en Cali, Colombia, se buscó determinar factores de riesgo asociados a Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, 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, por lo que se encontró que la prevalencia de riesgo para padecer un TCA (Trastorno de la conducta alimentaria) fue de 3,5% siendo significativa en adolescentes mayores a 15 años (Rueda, 2006).

En Cundinamarca, Colombia, se halló a través de un estudio en el que se analizaban factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados, que la aparición de un TCA se relaciona con trastornos de ansiedad desde la infancia, llevando a una depresión y pérdida de sentido de vida, por lo que en dicho estudio plantearon que existen mecanismos psicopatológicos que conducen a la manifestación a corto o largo plazo de un TCA. Sin embargo esta afirmación no se puede corroborar ya que no se ha explorado lo suficiente, por lo que se sugiere intervención temprana en la población infantil para descartar y/o prevenir la aparición de estas patologías (Ortiz & colaboradores, 2010).

Dicho lo anterior, se observa que tales estudios están constituidos en su mayoría por población adolescente y población adulta joven, por esta razón, se hace relevante abordar la etapa preadolescente de 10 a 14 años, siendo esta una de las etapas fundamentales de crecimiento, desarrollo y construcción de identidad social.

Con esta investigación se identificó la existencia de conductas alimentarias de riesgo y se buscó establecer como estrategia a corto plazo, clarificar todo concepto erróneo que se tuviera acerca de la percepción de la imagen corporal y la salud a través de estrategias de prevención 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).

#### **.4. OBJETIVOS**

**4.1 OBJETIVO GENERAL:** Identificar conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 10 a 16 años del colegio Bertrand Russell, Chía, Colombia.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

-Determinar la existencia o no de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes del Colegio Bertrand Russell, mediante la escala de tamizaje chEAT (Cuestionario Infantil de actitudes ante la alimentación).

-Identificar el estado nutricional de un grupo de estudiantes de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell, ubicado en Chía, Colombia.

-Establecer la percepción de la imagen corporal según la escala SFS (Standard Figural Stimuli).

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de corte transversal, elaborado para establecer conductas alimentarias de riesgo adolescentes de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell, ubicado en Chía, Colombia.

#### 5.1.1 Población estudio y muestra

La población total estuvo conformada por 79 estudiantes, de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell, ubicado en Chía, Colombia. El tamaño de la población se delimitó a 68 estudiantes por motivos de inasistencia, esta muestra correspondió a la población total, la recolección de datos se hizo solo en una institución.

##### 5.1.1.1 Criterios de Inclusión

- Edad entre 10 a 16 años
- Ser estudiante del Colegio Bertrand Russell
- Contar con el consentimiento informado firmado por parte de los padres de familia o acudientes. . (Anexo 1. Consentimiento Informado)
- Contar con el asentimiento informado firmado por parte de cada uno de los estudiantes.

#### 5.1.2 Variables del Estudio

Identificación variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala	Codificación
Edad	Cualitativa	Edad en años	Discreta	Valor entero positivo
Peso (Kg)	Cuantitativa	Peso de la masa corporal en kilogramos	Continua	Valor positivo
Estado Nutricional	Cuantitativa	Talla en metros	Continua	Valor positivo

Estado Nutricional	Cuantitativa	Relación peso talla	Continua	Valor positivo
Factor Dieta	Cualitativa	Evaluación al rechazo a consumir alimentos de alto contenido calórico y preocupación por la delgadez y peso	Escala likert	Nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre.
Factor Control oral	Cualitativa	Evaluación del control personal y social sobre la alimentación	Escala likert	Nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre.
Factor Bulimia y preocupación por la comida	Cualitativa	Evaluación de la presencia de conductas purgativas, atracones, vómitos y de pensamientos persistentes en relación a la comida.	Escala likert	Nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre.
Imagen corporal	Cualitativa	Identificación de la imagen corporal mediante la figura corporal SFS	Politómica	1,2,3,4,5,6,7,8,9

## 5.2 MÉTODOS

Dentro del proceso de elaboración, se llevaron a cabo los siguientes pasos: Investigación sistemática de referencias científicas y revisión bibliográfica, elección de instrumento para aplicar (chEAT), solicitud permiso para ejecutar la investigación en la Institución, Elaboración de instrumento para la recolección de datos antropométricos en hoja de Excel –Microsoft Excel 2010, entrega de consentimientos informados a Colegio y padres de familia y/o acudiente, aplicación prueba piloto y sistematización de datos, selección muestra de acuerdo a criterios de inclusión, aplicación prueba chEAT, aplicación formato de valoración antropométrica, aplicación escala medición imagen corporal, Recolección de instrumentos empleados, Sistematización de datos, análisis cualitativo y cuantitativo de las variables del estudio, análisis estadístico, discusión de los resultados arrojados, elaboración de documento final, sustentación trabajo final y presentación de charlas educativas en educación nutricional a estudiantes de 10 a 16 años del Colegio Bertrand Russell, ubicado en Chía, Colombia.

## **5.2.1 INSTRUMENTOS**

### **5.2.1.1. Diseño de las categorías de los ítems de la prueba chEAT**

Para el desarrollo del presente estudio, se tomó como base la estructura propuesta en un estudio que tenía como objetivo analizar la estructura factorial del chEAT en una muestra conformada por niños y niñas, que permitiera construir una escala válida para posteriores estudios (Sancho,2005). Por tal razón, teniendo en cuenta la validez concurrente y confiabilidad, se incluyeron las 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”. En dichas categorías se incluyen las dimensiones de la conducta alimentaria propuesta por el Departamento de Nutrición y Bioquímica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010 ((Domínguez; Olivarel, 2010).

La primera categoría hace referencia a la preocupación por la delgadez y peso que aborda las preguntas 1,11,12,14,17 y 23, la segunda categoría se definió como el temor al consumo de alimentos que pueden aumentar el peso, la cual engloba 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, encontrando 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 se definió como conductas compensatorias que incluye 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 consume, en dicha categoría se encuentran las preguntas, 6,9,24 y 26 y finalmente la categoría 5, hacía referencia a la presión social que se ejerce sobre la alimentación, para la cual se incluyen 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.(Anexo 4. Categorización prueba chEAT) La puntuación total es superior a 20 puntos se podría indicar un TCA. (Rojo L, 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. (Puntuación prueba chEAT. Anexo 5)

### **5.2.1.2. EVALUACIÓN ESCALA SFS**

Para el trabajo que se desarrolla se establece que la figura 1 y 2 corresponden a figuras muy delgadas, la 3 corresponde a una figura delgada, la figura 4 y 5 son figuras normales, la figura 6 y 7 corresponden a figuras con sobrepeso y la 8 y 9 responden a figuras obesas. (Anexo 5. Escala Figura Corporal SFS)

### **5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La recolección de la información se logró mediante la aplicación de la prueba chEAT, en la que la población objeto debió 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. Posteriormente, se realizó el registro de datos dispuestos en el formato diseñado para la obtención de datos antropométricos, como el peso(Kg), la talla (m) y el IMC (Kg/m<sup>2</sup>) (Anexo 2. Formato Datos Registro Valoración nutricional), con la ayuda de instrumentos como básculas digitales marca Tanita y dos estadiómetros, la última fase consistió en la aplicación de la escala de la figura corporal SFS (Standard Figural Stimuli) en la que la población objeto debió escoger uno de los 9 dibujos que representan los diferentes estados nutricionales (delgado o gordo) de acuerdo a la percepción corporal de cada estudiante (Anexo 5. Figura Corporal SFS).

### **5.4 ANÁLISIS DE DATOS**

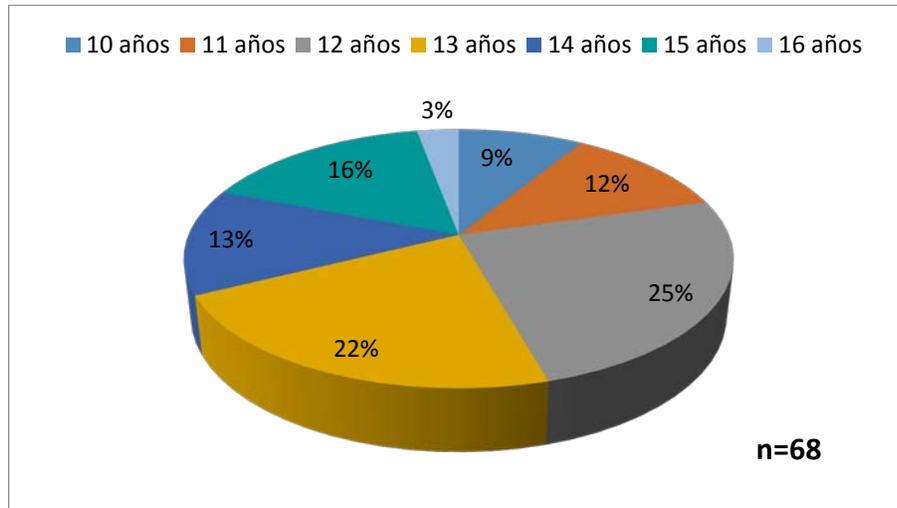
Se tabularon los datos en el programa Microsoft Excel 2010 y fueron analizados a través de sistemas estadísticos como SPSS 17 o STATA versión 9,0. De esta manera se caracterizó a la población objeto por el nivel de riesgo de padecer una conducta de riesgo alimentaria, por la edad y estado nutricional. Para las variables cuantitativas, se calcularon promedios y desviaciones estándar y para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas. Por otro lado para establecer el nivel de significancia entre la población que está en riesgo y la que no, se calculó el valor de p a través de la prueba chi cuadrado en Microsoft Excel 2010.

## **6. RESULTADOS**

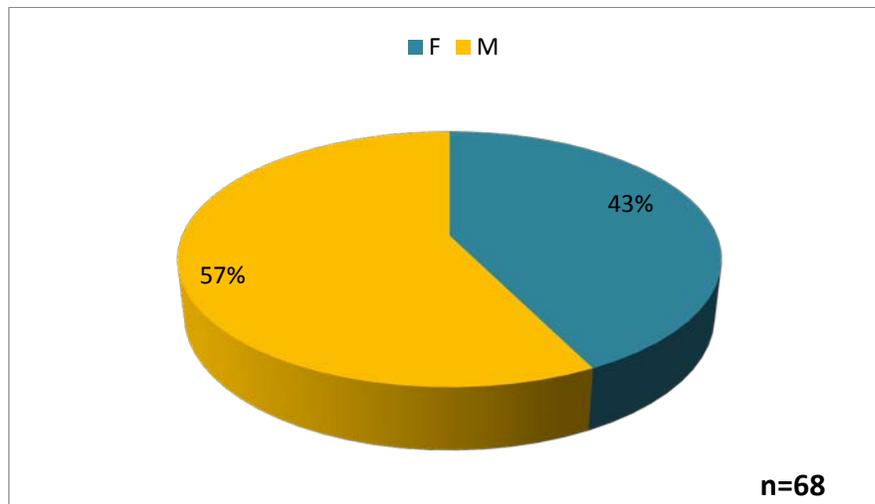
### **6.1 Características generales de la población**

La población total estuvo conformada por 68 adolescentes de género femenino (43%) y masculino(57%), la edad promedio fue de 12 ±1,3 años, en la figura 1, se encuentra la distribución porcentual según las edades, reportando que el 25% tenían 12 años, seguido

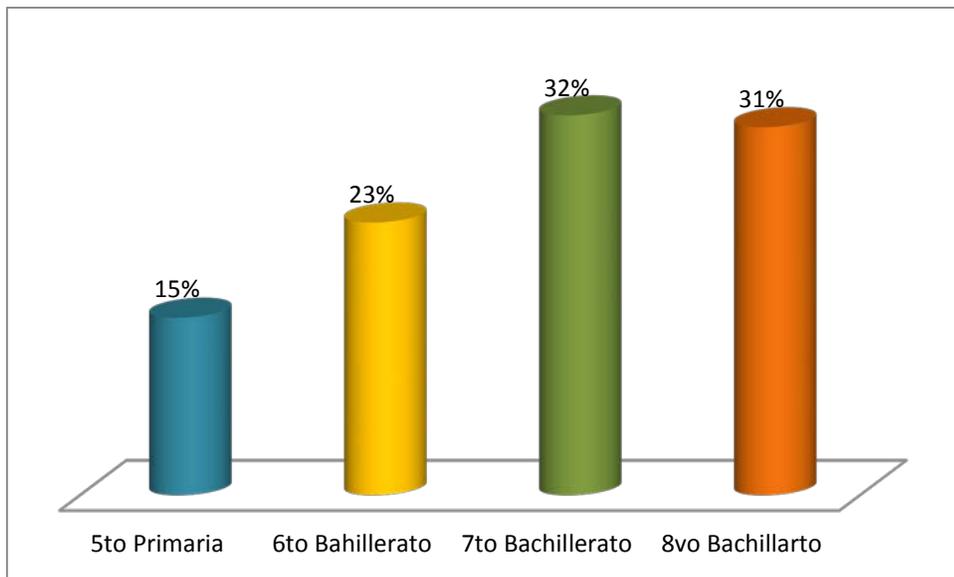
por el 22% que corresponde a los 13 años y un 16% a los 16 años, en la figura 3 se muestra la distribución porcentual por grado, donde el 32% de los adolescentes pertenecen a séptimo de bachillerato, seguido de un 31% que corresponden a octavo de bachillerato.



**Figura 1.** Distribución porcentual: Edad de la población



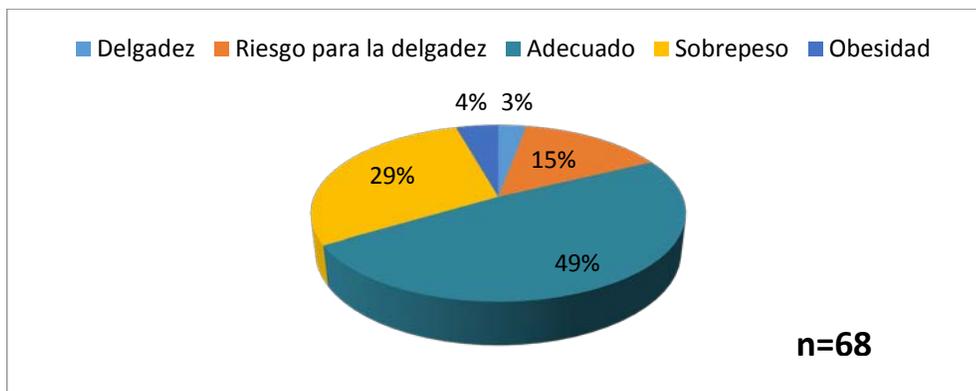
**Figura 2.** Distribución porcentual: Género de la población



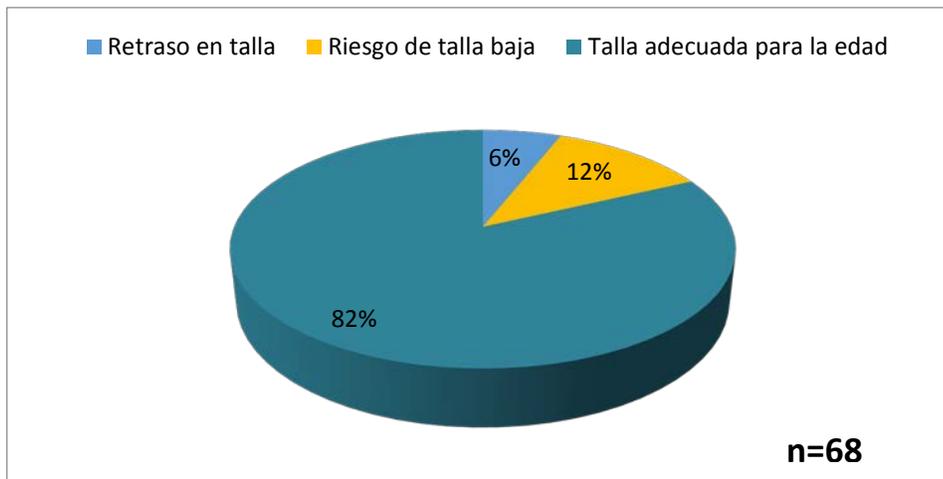
**Figura 3.** Distribución porcentual: Grado de la población

### 6.2 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. En la figura 4 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, la figura 5 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.



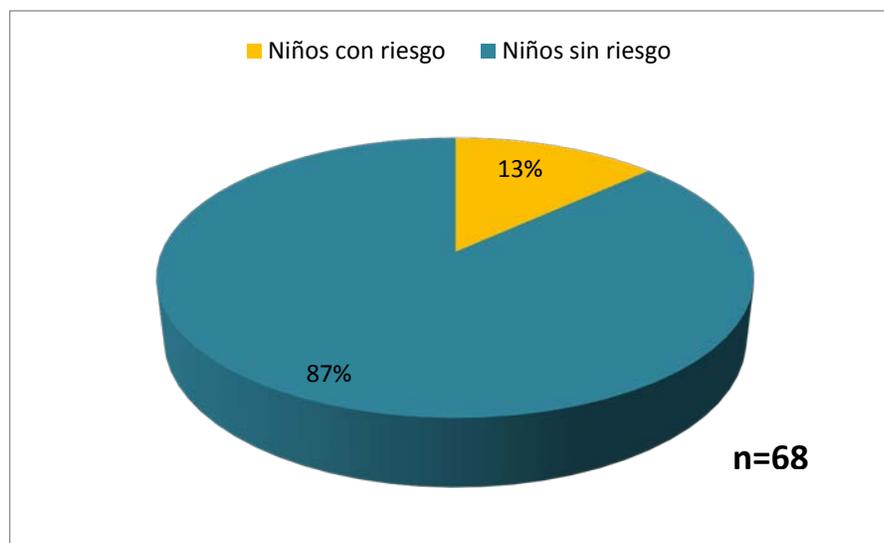
**Figura 4.** Distribución porcentual: Estado nutricional según IMC/E



**Figura 5.** Distribución porcentual: Estado nutricional según T/E

### 6.3 Identificación de riesgo según prueba chEAT

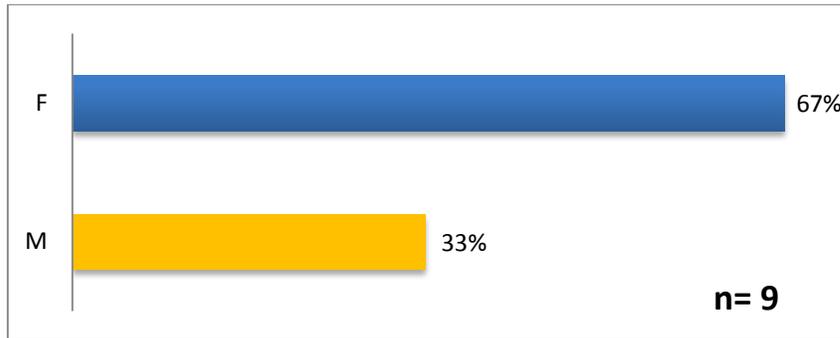
De acuerdo a los resultados que arrojó la prueba chEAT, en la figura 6 se reporta que el 87% de los adolescentes se encuentra sin riesgo de tener conductas alimentarias inadecuadas, con un puntaje inferior de 20 puntos y tan solo el 13 % reporta un riesgo con un puntaje igual o superior a 20.



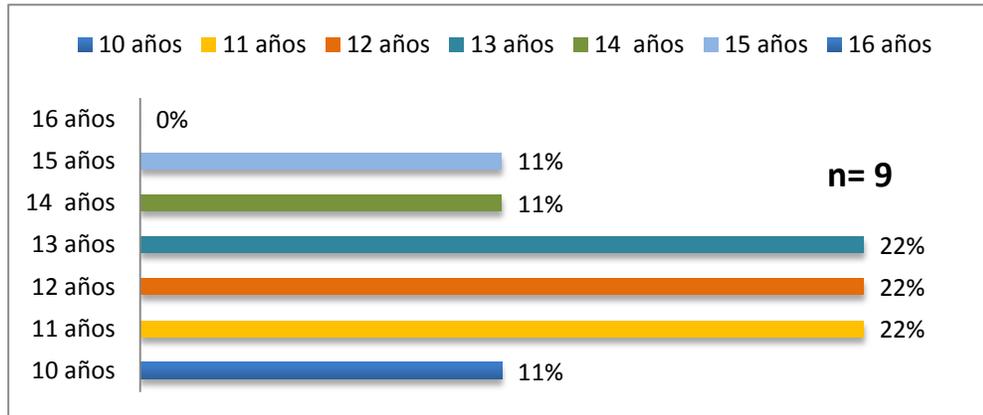
**Figura 6.** Distribución porcentual: Clasificación de riesgo según prueba chEAT

#### 6.4 Caracterización prueba chEAT positiva

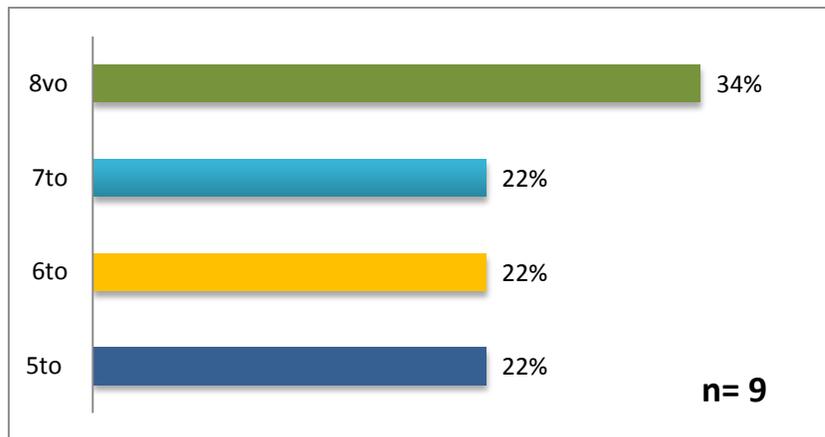
De acuerdo a los resultados reportados por la prueba chEAT, se encontró que el 13% de los adolescentes (n=9) se encontraban con conductas alimentarias de riesgo. De este, el 67% son mujeres y el 33% son hombres, así como se muestra en la figura 7. En la figura 8, se evidencia que el rango de edad más 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%, así como se muestra en la figura 9.



**Figura 7.** Distribución porcentual: Caracterización población en riesgo por género



**Figura 8.** Distribución porcentual: Caracterización población en riesgo por edad.



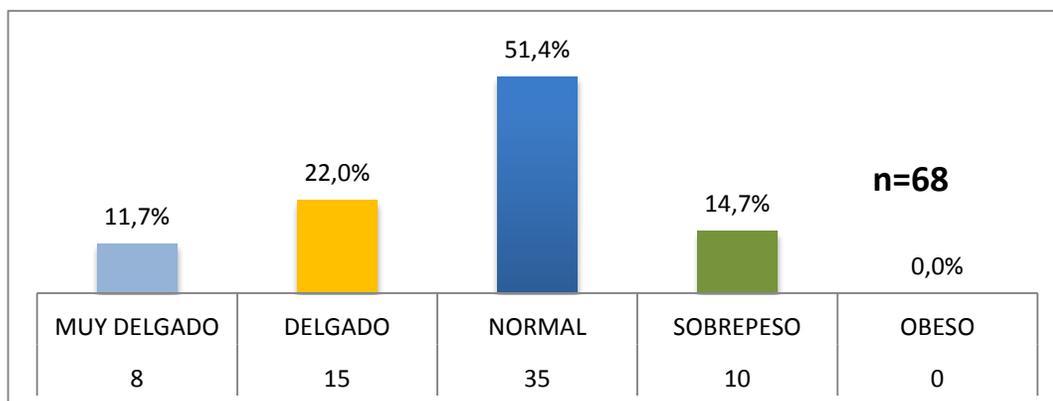
**Figura 9.** Distribución porcentual: Caracterización población en riesgo por grado.

### **6.5 Categorización de los ítems de la prueba chEAT según riesgo o no**

Se compararon 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, predominantemente, 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 16 (Procuro no comer alimentos que contengan azúcar.  $P = 0,05$ ). En la categoría 3 "Preocupación y control por la comida", se evidenciaron 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. (Anexo 5. Promedio de ítems por categorización según riesgo o ausencia de riesgo)

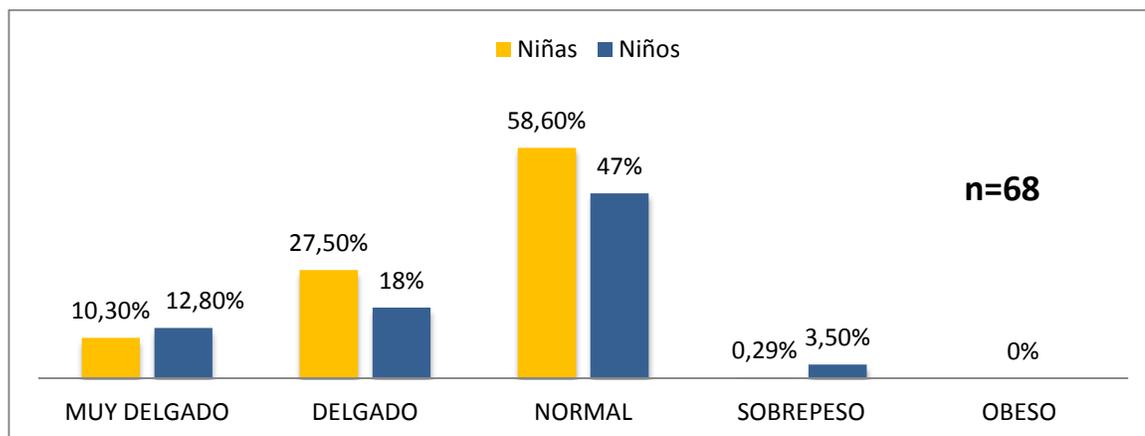
### **.6.6 Percepción corporal según SFS (Standard Figural Stimuli)**

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 figura normal (4-5), seguido de un 22% que corresponden a una percepción de una figura delgada (3), por su parte, el 11,7% se perciben como una figura muy delgada (1.2), el 14,7% se perciben en sobrepeso(6-7) y ninguno en obesidad (8-9), tal y como se muestra en la figura 10.



**Figura 10.** Distribución porcentual: Percepción corporal según SFS

En la figura 11, se reporta la percepción corporal según el género, reportando que 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%). Y con relación a la percepción de la figura corporal en sobrepeso se encontró una mayor proporción en los niños ( 3,5%) que en las niñas (0,29%).



**Figura 11.** Distribución porcentual: Percepción corporal según SFS por género.

### 6.7 Correlación IMC (Kg/m<sup>2</sup>) y Figura Corporal SFS

Para evaluar la posible distorsión de la imagen corporal que se puede presentar, se correlacionó el IMC (Kg/m<sup>2</sup>) con lo arrojado por la escala de medición SFS (Standard Figural Stimulli). En la tabla 1, se reporta que el 11,7% de los adolescentes se perciben con una figura corporal muy delgada, lo que no concuerda con los resultados calculados por el IMC (Kg/m<sup>2</sup>), toda vez que tan solo el 3% de los adolescentes se encuentran en delgadez, por lo que se presume insatisfacción corporal por parte de los estudiantes que se perciben en una

figura corporal muy delgada, por otra parte se encuentra que existen cifras similares entre los adolescentes que se encuentran con un estado nutricional normal, respecto a la percepción de la figura corporal,. En relación a las cifras reportadas en sobrepeso, se encontró que del total de los adolescentes (n=68) el 29% se percibía con esta figura corporal, no obstante, sólo el 14,7% se perciben con una figura en sobrepeso, lo que resulta ser una diferencia significativa en términos del estado nutricional real en relación a la percepción de su imagen corporal.

**Tabla 1.** Correlación IMC (Kg/m<sup>2</sup>) y Figura Corporal (SFS) de la población con riesgo y sin riesgo.

IMC/Edad(Kg/m <sup>2</sup> )			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%

La tabla 2, permite visualizar explícitamente si el estado nutricional según IMC/E, corresponde a la percepción corporal de acuerdo a la escala SFS, para lo cual se encontró una notable distorsión de la imagen corporal en términos de subestimación en el grupo de adolescentes que se encuentran en sobrepeso y que se perciben en figuras corporales delgadas o por el contrario adolescentes que se encuentran en riesgo para la delgadez y quienes se encuentran en figuras corporales obesas.

**Tabla 2.** 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
<b>Delgadez (IMC/E:&lt;-2) n=2 (3%)</b>	
2	0
<b>Riesgo para la delgadez (IMC/E: -2 y &lt;-1) n= 10(15%)</b>	
7	3
<b>Adecuado (IMC/E: &gt; -1 y &lt; 1) n =33 (49%)</b>	
4	29
<b>Sobrepeso (IMC/E: &gt;1 y &lt; 2) n= 20 (29%)</b>	
13	7

<b>Obesidad (IMC/E: &gt;2) n= 3(4%)</b>	
3	0

## 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 7.1 Características Generales de la población estudiada

Según la OMS (Organización mundial de la salud), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerando dos fases; la adolescencia temprana que comprende las edades entre 10 y 14 años y la adolescencia tardía que comprende un rango de edad entre los 15 y 19 años. . Dicho esto, la población estudiada se encuentra mayoritariamente en la adolescencia temprana y una parte de la adolescencia tardía, evidenciándose diferencias significativas, acorde con el grupo de edad

La población estudiada está conformada en su mayoría por el género masculino, no obstante, se hizo mayor énfasis en este último, debido a que son las niñas quienes sufren mayores cambios físicos, cognitivos y emocionales, tanto en la adolescencia temprana como tardía, usualmente se corre un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud, teniendo en cuenta que existe una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, derivado de estereotipos creados por la sociedad misma (UNICEF, 2011).

### 7.2 Estado Nutricional

El 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, se encontró en sobrepeso, lo que comparado con las cifras reportadas por la UNICEF, es una problemática que afecta tanto a países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo, en el informe presentado por la UNICEF se reporta que entre un 21% y 36% de los adolescentes, se presenta sobrepeso (UNICEF, 2011), 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, para de esta manera lograr una reducción de las cifras reportadas, tal y como se evidencian en las cifras reportadas, lo que se corrobora con cifras reportadas por la ENSIN 2010 que informa que un 25.9% de la población presenta exceso de peso. Ahora bien, en el 15% se presenta un

riesgo para la delgadez, lo que hace pensar que de no asegurar estrategias preventivas, la incidencia se puede establecer como delgadez. De acuerdo a las cifras en ENSIN 2010 el 2.1% de la población se reporta como delgadez. (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, 2005)

### **7.3 Prueba chEAT y caracterización de población en riesgo**

Con la presente investigación, se propuso identificar la posible existencia de conductas alimentarias de riesgo, a través de la aplicación prueba chEAT. De acuerdo a la Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, se ha encontrado que existe prevalencia de trastornos alimentarios en la edad escolar y de manera similar la incidencia de sobrepeso y obesidad ha incrementado. En este estudio se halló que de la población total (n=68), el 13%(n=9) de los adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo y que el 87%(n=59), no se asocia con conductas alimentarias inadecuadas, de acuerdo a los puntajes establecidos para la prueba chEAT, en donde se adoptan los criterios sugeridos por Maloney et al.(1988) con un puntaje  $\geq 20$  .

En cuanto al porcentaje de riesgo descrito, se puede describir como similar al referido en un estudio reciente en adolescentes colombianos, donde se identificó el 8,3% con riesgo (León, 2012), cifra que es inferior a estudios realizados en Medellín encontrando un 17,1% en riesgo (Angel L, 2008), y cifras mucho más significativas encontradas en un estudio realizado por Rueda y cols hallando el 36,5% con riesgo (Rueda, 2006). A nivel internacional, se reportan estudios, como el realizado en México, identificando el 27% con riesgo (Trujano, 2010), por otro lado se ven cifras que van del 10 al 17% en niños con un alto riesgo de presentar conductas alimentarias inadecuadas. (Erickson, 2007), lo que comparado con las cifras reportadas por el presente estudio, son significativamente superiores.

En el presente estudio, se encontraron 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, 2011; Rojo-Moreno, 2011; Rutzstein 2011. No obstante, existían estudios que diferían, con la premisa de que en mujeres se presenta un mayor riesgo, como

es el caso de autores como Rolland, 1998, Sancho, 2007, en donde no establecían diferencias por género, sin embargo, estos autores concluyeron tras un monitoreo realizado durante dos años, que 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, 2012).

Otro aspecto por resaltar, es que se encontró mayor evidencia de riesgo en los grados escolares más altos (Séptimo y Octavo de Bachillerato) hallando que el 34% de los adolescentes, se encontraba en riesgo, lo que indica que a medida que los adolescentes van adquiriendo mayor madurez cognitiva y analítica, evidentemente el riesgo será mayor debido a la mayor 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.

#### **7.4 Categorización prueba chEAT**

En la primera categoría “Preocupación por el peso y la delgadez” se tomaron 6 reactivos, esta categoría es tal vez una de las más influyentes en la consolidación de adecuados hábitos alimentarios, debido a que se ha puesto de manifiesto que existen serias alteraciones alimentarias en edades entre los 9 y 14 años, con un aumento marcado en el deseo para tener un cuerpo más delgado, junto con la realización de la dieta. (Rolland, 2002). De igual modo se ha visto como preadolescentes entre los 10 y 13 años han intentado continuamente perder peso. (Antenson, 2007). Respecto a las dimensiones de la conducta alimentaria, esta incluye la alimentación emocional, restricción cognitiva y exigencia frente a los alimentos haciendo énfasis en los dietéticos.

La segunda categoría “Temor al consumir alimentos que pueden engordar”, contempla 3 reactivos, esta se crea partiendo de información suministrada por estudios, en donde se manifiesta, que los niños comienzan a hacer dieta desde los nueve años de edad (Davidson, 2003), con la única finalidad de perder peso, llevando a cabo peligrosos regímenes alimentarios, como las restricciones del consumo de carbohidratos complejos, simples y

proteína. En esta se incluyen las siguientes dimensiones: Neofobia alimentaria por la renuencia a incorporar “nuevos alimentos sabrosos”, exigencia alimentaria y restricción cognitiva.

En la tercera categoría definida como “Preocupación y control por la comida” se incluyeron 9 reactivos, que junto con la categoría 1, es una de las más representativas en definir conductas alimentarias inadecuadas, puesto que se incluye mayoría de dimensiones que predicen comportamientos inadecuados en términos de alimentación, como lo son: Alimentación emocional, alimentación sin control, restricción cognitiva, poco disfrute de los alimentos, exigencia frente a los alimentos y una nueva dimensión por incluir, que es la culpabilidad tras el acto de consumir alimentos, especialmente aquellos de alta densidad energética.

La cuarta categoría es “Conductas compensatorias”, en esta se tomaron 4 reactivos, que hacen referencia a las típicas conductas que puede estar realizando el adolescente para bajar de peso como vomitar después de comer o con cuantificar el aporte nutricional de cada alimento, en esta se incluyen dimensiones, tales como: Alimentación emocional, alimentación sin control, neofobia alimentaria, exigencia frente a los alimentos y una baja respuesta ante la saciedad.

Finalmente la quinta categoría se define como “Presión social”, que se ejerce directamente sobre el acto de comer, en esta, es bien sabido, que se establecen diversos factores influyentes como la familia, amigos(as) y medios de comunicación principalmente, lo que conlleva a condicionar la conducta alimentaria. En esta se incluyen 4 reactivos, con dimensiones de la conducta alimentaria como: Alimentación sin control, lentitud para comer, exigencia frente a los alimentos, poco disfrute de los alimentos y restricción cognitiva.

### **7.5 Diferencias de la Prueba chEAT en la población con riesgo y sin riesgo**

Existen diferencias significativas entre los niños y niñas que presentaron riesgo con un puntaje  $\geq 20$  de aquellos que presentaron  $\leq 20$ , 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, no obstante, 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 analizado en un estudio, en el que no se mostraron 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 donde se estableció una segunda fase en la que se realizaría una entrevista clínica para determinar y corroborar el grado de riesgo, otro aspecto a resaltar es que se determinó un punto de corte inferior a 29 (<11) para establecer riesgo (Elizhate, 2007), por lo que al compararlo con el presente estudio no se podría realizar una valoración sobre los mismos criterios de evaluación dispuestos para el mismo.

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 a lo descrito por estudios previos.

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, 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, 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, debido a que se ha visto que infortunadamente niños y niñas desde la edad escolar adquieren de manera autónoma, planes alimentarios que no están acorde a sus necesidades nutricionales, implicando el establecimiento de hábitos alimentarios inadecuados, conllevando a serias repercusiones en materia de salud

## **7.6 Figura Corporal según SFS y correlación con el IMC (Kg/m<sup>2</sup>)**

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.

Lo anterior, difiere con resultados reportados por estudios, en los que se identifican porcentajes elevados, señalando que más de la mitad se encontraba insatisfecha con la figura corporal. (Skemp.Arlt,2006) o en otro estudio en el que resultaba alarmante que un 20% de los niños con un peso normal se encuentren insatisfechos con su imagen corporal. (Trujano ,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/m<sup>2</sup>), se percibe con una figura corporal normal (4-5) según la escala SFS. Algo de resaltar es que ningún estudiante se percibió en 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 por múltiples estudios, en los que demuestra que es en el género femenino donde se encuentra una mayor distorsión de la imagen corporal (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 en el padecimiento 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.

## **8. CONCLUSIONES**

- La prueba chEAT es una herramienta de utilidad para la detección de conductas alimentarias de riesgo, debido a su facilidad lingüística y aplicabilidad desde la edad de 10 años, tanto en niños como en niñas.
  
- La población estudiada pertenece mayoritariamente a la adolescencia temprana (10-14 años) y parte de la adolescencia tardía (15-16 años).

- ↻ El 57% de la población total pertenece al género femenino y el 43% al género masculino.
- ↻ Con relación al estado nutricional determinado por el IMC para la edad, el 49% de los adolescentes tienen un IMC adecuada para la edad, por otro lado el 29% presenta sobrepeso y el 15% presenta riesgo para la delgadez.
- ↻ Respecto al indicador talla para la edad, se encontró que el 82% presenta una talla adecuada para la edad y tan sólo el 6% presenta un riesgo de talla baja, principalmente los niños que se encuentran en un rango de edad entre los 10 y 12 años.
- ↻ Para establecer conductas alimentarias de riesgo según la prueba chEAT, se tomó como punto de corte un puntaje igual o inferior a 20, de acuerdo a lo dispuesto originalmente por literatura. (Maloney, 1988), teniendo en cuenta su alta sensibilidad.
- ↻ Del total de la población estudiada(n=68), el 13%(n=9), presentó conductas alimentarias de riesgo según la prueba chEAT y el 87% (n=59) no presentó riesgo presentando un puntaje inferior a 20.
- ↻ De la población en riesgo, el género femenino resultó ser un factor precursor en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, tal y como se reporta en literatura. Teniendo en cuenta que el 67% correspondió al género femenino y el 33% al género masculino.
- ↻ El rango de edad, en donde se encontró mayor riesgo fue entre los 11 y 13 años, lo que corresponde a una adolescencia temprana.
- ↻ En cuanto a la categorización de la prueba chEAT, se crearon cinco categorías, con la que se obtuvieron resultados confiables y más específicos, que con los obtenidas por las categorías originales (Dieta, control oral, conductas purgativas). Las categorías creadas fueron (Categoría 1: Preocupación por la delgadez y peso, categoría 2: temor al consumo de alimentos que pueden engordar, categoría 3: Preocupación y control por la comida, categoría 4: Conductas compensatorias y categoría 5: Presión social).

- De acuerdo a la prueba chEAT, Se obtuvieron diferencias significativas entre la población que se encuentra en riesgo y la que no, con énfasis en la categoría 1 (Preocupación por la delgadez y peso) con el ítem 1( Me asusta estar gordo(a)  $p=0.05$ ), ítem 14 (Pienso en las partes gordas de mi cuerpo  $p= 0,05$ ), con relación a la categoría 2 (Temor al consumo de alimentos que pueden engordar) se encontró una mayor significancia en el ítem 7 (Trato de no comer alimentos como pan, papas y arroz,  $p=0,05$ , ítem 16 (Procuro no comer alimentos que contengan azúcar,  $p=0,05$ ) y categoría 3( Preocupación y control por la comida) con énfasis en el ítem 22 (Me siento mal después de comer dulces,  $p= 0,05$ ).
- De la población total ( $n=68$ ), el 51 4% se percibe en una figura corporal normal, lo que concuerda con lo calculado por el IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) con un 49%. No obstante, el 11,7% de los adolescentes se perciben en una figura corporal muy delgada, lo que difiere de lo calculado por el IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) siendo un 3%, por lo que se presume cierto grado de distorsión de la imagen corporal. Por otro lado, resulta llamativo que la población estudiada se encuentra en sobrepeso con un 29%, sin embargo, sólo el 14,7% se percibe en una figura corporal en sobrepeso.
- El género femenino presenta una mayor percepción corporal delgada con un 27,5% frente al género masculino con un 18%.
- La población en riesgo presentó algún grado de distorsión de la figura corporal respecto a su estado nutricional real.
- Se propone ofrecer una charla educativa de educación nutricional como estrategia de prevención a corto plazo para la consolidación y modificación de hábitos alimentarios con el fin de evitar conductas alimentarias inadecuadas. (Anexo 7. Plan educativo de Educación Nutricional)
- Es fundamental promover información adecuada sobre alimentación equilibrada por parte de entorno familiar, escolar y de los medios de comunicación, los cuales resultan ser espacios predisponentes e influyentes en la construcción de la conducta alimentaria.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar el estudio, aplicando la prueba chEAT con un punto de corte inferior para determinar mayor sensibilidad y confiabilidad.

- ↻ Se sugiere realizar el estudio en una muestra más grande, en donde se incluyan colegios de diferentes niveles socioeconómicos, debido a que este puede ser un factor predisponente e influyente en la conducta alimentaria.
- ↻ Para estudios posteriores, se sugiere establecer dos fases, en donde en la primera se establezca el riesgo mediante la prueba chEAT y en la segunda se realice una entrevista clínica por parte de un profesional asignado para corroborar el riesgo presentado.
- ↻ Es fundamental continuar evaluando las propiedades psicométricas de la prueba chEAT, para obtener mayor claridad de las preguntas designadas en cada categoría.
- ↻ Para futuras investigaciones, se podría crear un nuevo instrumento que evalúe conductas alimentarias e imagen corporal, y que sea de fácil aplicación para niños y niñas desde los 9 años, que sea válido y aceptable de acuerdo al contexto colombiano.
- ↻ Se sugiere realizar más estudios en Colombia con la aplicación prueba chEAT debido a la escasez de los mismos a nivel nacional.

## 10. REFERENCIAS

- Arias, Cogollo, Díaz (2008).Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. Salud Uninorte; Vol 24(2) Pp.226-234.
- Ángel L. (2008). Prevalencia de trastornos de comportamiento alimentario en estudiantes de bachillerato. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional Vol 56. Pp 193-210.
- Bonnin A.(2009) Feeding problems of infants and toddlers. Can Fam Physician;Vol 52(10).Pp .1247-1251
- Burghardt. (2005). Hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Departamento de didáctica de las ciencias experimentales. Granada. Pp 384.
- Davidson,K. (2003). A longitudinal examination of patterns in Girl's weight concerns and Body dissatisfaction fro. ages 5 to 9 years. International Journal Of Eating Disorders, Vol 33(3). Pp 320-332-
- Domínguez-Vásquez P; Olivares S.(2010). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

- Elizathe, L. (2012). Propiedades psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (chEAT): Una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Evaluar*; Vol 11, Pp. 18-39.
- Erickson, S.(2007). Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. Vol 8(2). Pp 224-235.
- Gómez L.(2010). Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. CAP. Vol 7.Pp 38-48.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [en línea], [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_alimentaria/completa/apartado06/deteccion.html](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado06/deteccion.html), [consulta: 10 Junio 2014].
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association[en línea],[http://dsm.psychiatryonline.org/DocumentLibrary/Spanish\\_DSM-5%20Coding%20Update\\_Final.pdf](http://dsm.psychiatryonline.org/DocumentLibrary/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf), [ Consulta: 25 Agosto 2014]
- Field A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescentes and adolescentes. *Pediatrics*, Vol 112 (4), Pp 900-906.
- Instituto Colombiana de Bienestar Familiar (ICBF).2010 Resumen Ejecutivo. Bogotá. Pp 7-8
- Krauskopf, Dina (2003).Los derechos y las características de la preadolescencia y adolescencia. UNFPA. Costa rica.
- López C, Treasure J (.2011).Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev. Med. Clin. Condes* ; Vol 22(1).Pp 85 – 97.
- Maloney M (1989). Dieting Behavior and Eating Attitues in Children.*Pediatrics*. Vol 84. Pp 482-489.
- OMS. 2008. Curso de Capacitación sobre la evaluación de Crecimiento del niño.
- Ortiz S, Caro J & Mesa C. 2010. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol 39(2).Pp 313-320.
- Osorio E, Castillo D. (2010). Desarrollo de la conducta alimentaria de la infancia y sus alteraciones. *Rev. Chilena. nutr.* Vol.29 (3).
- Papalia D. (2010). *Desarrollo Humano. Novena Edición.* Mc Graw Hill Interamericana. México. Pp (736).
- Peláez, M.(2011). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 62 (6). Pp 681-690.
- Rivarola M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres. Su valor predictive en trastornos alimentarios. *Universidad Nacional de San Luis*.Vol 7(8). Pp 149-161.

- Rodríguez M.(2003). Spanish version of the Gardner body image validation scale in patients with eating behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*;Vol 31.Pp 59-64.
- Rojo L.(2011). Children´s Eating Attitudes Test: Validation in a Sample of Spanish Schoolchildren. *International Journal of Eating Disorders*;Vol 44 (6) Pp 540-546.
- Rolland, K. (2002). Eating attitudes and the body mass index of Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *European Eating Disorders*. Vol 6. Pp 107-114
- Rueda G, Díaz L.(2006) Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*.Vol 35(2).Pp 89-94
- Rueda J; López P.(2012). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Rev.Colomb.Psiquiatr*. Vol 41(2).
- Ruiz F. 2010. Trastornos de la conducta alimentaria en niños.(Revisión).Pontificia Universidad Javeriana.
- Rustztein,G.(2010). Trastornos alimentarios. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. Vol 1. Pp 48-61-
- Salcedo L; Jerez D & Sánchez M. 2010. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes.*Med.Unab*.Vol.12.(3).Pp 285-291.
- Sancho,C.(2005). Psychometric characteristics of the children´s eating attitudes test in a Spanish Sample. *European Eating Disorders Review*. Vol 13(5), Pp 338-343
- Skemp-Arlt,K.(2006). Body Image Dissatisfaction Among Third, Fourth, and Fifth Grade Children. *Californian Journal of Health Promotion*, Vol 4( 3). Pp 58-67.
- Trujano, P(2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*. Vol 22(4), Pp 581-586
- UNICEF. 2011. Estado mundial de la infancia 2011, La adolescencia una época de oportunidades. New York. Pp 22.
- Urzúa M, Avendaño H. (2010) Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia.*Rev Chil Nutr* .Vol 37 .Pp 282-292.
- Yepes M, Moreno S. Ramírez L.( 2009). Corporalidad y desarrollo subjetivo en la prevención de la anorexia y la bulimia en las adolescentes escolarizadas de la ciudad de Medellín. Fase de Comprensión. *Revista de la Salud por los Niños de las Américas Saludarte*. Vol 6(3).Pp23-397
- Yudy Esperanza León Castellanos.MD. 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)*. Especialista en Pediatra. Universidad Nacional de Bogotá.2012. Pp 51.

Anexo 1.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores Padres de Familia:

La estudiante **Paula Camila Cristancho Alfonso**, de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana, desea realizar este estudio con el fin de Identificar y explorar conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes de 10 a 14 años del “Colegio Bertrand Russell”.

La participación es completamente voluntaria, e implica que el niño(a) responda el cuestionario ChEAT ( Cuestionario infantil de actitudes ante la alimentación) que permitirá identificar conductas de riesgo alimentarias de manera oportuna, de igual manera el niño(a) puede participar en la toma de mediciones antropométricas como el peso y talla, y finalmente podría responder un cuestionario sencillo denominado “Estímulos Figurativos Estándar” (SFS)” en el que se determinará la percepción de la imagen corporal que su hijo(a) posea de sí mismo(a).

Su hijo(a), podría participar en esta investigación, por lo que quiero solicitar su permiso para incluirlo(a). El estudio no representa ningún costo, incomodidad o riesgo para la salud de los niños(a), ni de su familia, además cumple con los principios éticos establecidos para la investigación. Los resultados de este estudio serán de gran utilidad para el desarrollo de estrategias de prevención en educación nutricional que contribuyan a solidificar hábitos alimentarios saludables, adicionalmente, será un aporte valioso para el país en materia de investigación.

La información recolectada será de uso exclusivo de la investigadora para fines científicos y se manejará de forma confidencial. Los resultados serán publicados en revistas médicas y en las publicaciones se mantendrá en anonimato a los participantes.

### PROCEDIMIENTO:

- ✓ Recolección de datos generales (Nombre y apellidos, Curso)
- ✓ Diligenciamiento de encuesta ChEAT (Cuestionario infantil de actitudes ante la alimentación) y “Estímulos figurativos Estándar”.
- ✓ Valoración nutricional antropométrica (Peso y Talla).
- ✓ Una vez finalizada la investigación, se llevarán a cabo charlas educativas en educación nutricional dirigidas a docentes y estudiantes y se retroalimentarán los resultados.

Después de conocer el propósito del estudio y reconocer las implicaciones del mismo conteste:

**YO ENTIENDO LO QUE SE PRETENDE HACER EN ESTE ESTUDIO Y QUE NO REPRESENTA NINGUN RIESGO PARA MI HIJO Y ESTOY DE ACUERDO CON PERMITIR QUE MI HIJO/ HIJA SEA INCUÍDO / INCLUÍDA EN EL MISMO.**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Anexo 2. Formato Datos Registro Valoración Nutricional

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACTULTAD DE CIENCIAS**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BIOQUÍMICA**  
**NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**INSTRUMENTO VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

FECHA DE RECOLECCIÓN: \_\_\_\_\_

PERSONA ENCARGADA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

TOTAL ADOLESCENTES VALORADOS: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Determinar el estado nutricional de los adolescentes a través de la valoración antropométrica.

N°	Curso	Nombre Completo		Género		EDAD (Meses o Años)	Fecha de nacimiento D __M__A__	Datos Antropométricos		
		Apellidos	Nombres	M	F			Peso (Kg)	Estatura (cm)	IMC (Kg/m2)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

Anexo 3. Prueba chEAT.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACTULTAD DE CIENCIAS**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BIOQUÍMICA**  
**NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**Prueba chEAT (Children's Eating Attitude Test)**

Nota: En cada una de las preguntas del cuestionario marque con una x. No ocupe el espacio perteneciente al Score

ITEMS	Nunca	Pocas Veces	A Veces	A menudo	Casi Siempre	Siempre	Score
1. Me asusta estar gordo(a)							
2. Me hago lejos de las comidas cuando tengo hambre							
3. Pienso en la comida todo el tiempo							
4. Como mucho y me siento que no puedo parar de comer							
5. Corto mi comida en pedazos pequeños							
6. Conozco las calorías de todos los alimentos que como							
7. Trato de no comer alimentos como pan, papas y arroz.							
8. Siento que otros quisieran que yo comiera más.							
9. Vomito después de comer							
10. Me siento culpable después de comer							
11. Quisiera estar más delgado(a)							
12. Pienso en quemar mucha energía (Calorías) cuando hago ejercicio.							
13. Otras personas piensan que yo estoy delgado(a)							
14. Pienso en las partes gordas de mi cuerpo.							
15. Me demoro más tiempo que otras personas en acabar de comer.							
16. Procuo no comer alimentos que contengan azúcar.							
17. Como alimentos dietéticos.							
18. Pienso que la comida controla mi vida.							
19. Tengo autocontrol sobre los alimentos que como.							
20. Siento que otros me presionan para que coma más.							
21. Ocupo mucho tiempo pensando en la comida.							
22. Me siento mal después de comer dulces.							
23. Estoy haciendo dieta.							
24. Me gusta tener el estómago vacío.							
25. Me gusta comer nuevos alimentos sabrosos.							
26. Siento urgencia de vomitar después de comer.		10					

Anexo 4. Categorización prueba chEAT

<b>CATEGORÍAS PRUEBA chEAT</b>
<b>CATEGORÍA 1: Preocupación por la delgadez y peso</b>
1. Me asusta estar gordo(a)
11. Quisiera estar más delgado(a)
12. Pienso en quemar mucha energía (Calorías) cuando hago ejercicio.
14. Pienso en las partes gordas de mi cuerpo.
17. Como alimentos dietéticos.
23. Estoy haciendo dieta.
<b>CATEGORÍA 2: Temor al consumo de alimentos que pueden engordar</b>
7. Trato de no comer alimentos como pan, papas y arroz.
16. Procuero no comer alimentos que contengan azúcar.
25. Me gusta comer nuevos alimentos sabrosos.
<b>CATEGORÍA 3: Preocupación y control por la comida</b>
2. Me hago lejos de las comidas cuando tengo hambre
3. Pienso en la comida todo el tiempo
4. Como mucho y me siento que no puedo parar de comer
5. Corto mi comida en pedazos pequeños
10. Me siento culpable después de comer
18. Pienso que la comida controla mi vida.
19. Tengo autocontrol sobre los alimentos que como.
21. Ocupo mucho tiempo pensando en la comida.
22. Me siento mal después de comer dulces.
<b>CATEGORÍA 4 :Conductas compensatorias</b>
6. Conozco las calorías de todos los alimentos que como
9. Vomito después de comer
24. Me gusta tener el estómago vacío.
26. Siento urgencia de vomitar después de comer
<b>CATEGORÍA 5: Presión Social</b>
8. Siento que otros quisieran que yo comiera más.
13. Otras personas piensan que yo estoy delgado(a)
15. Me demoro más tiempo que otras personas en acabar de comer.

Anexo 5. Tabla 1.. Promedio de ítems por categorización según riesgo o ausencia de riesgo

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

\*P <0.05

Anexo 5. Puntuación prueba chEAT

**Children's Eating Attitude Test (ChEAT)**

	<i>Always</i>	<i>Very often</i>	<i>Often</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Rarely</i>	<i>Never</i>
1. I am scared about being overweight	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
2. I stay away from eating when I am hungry	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
3. I think about food a lot of the time	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
4. I have gone on eating binges where I feel that I might not be able to stop	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
5. I cut my food into small pieces	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
6. I am aware of the energy (calorie) content in foods that I eat	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
7. I try to stay away from foods such as breads, potatoes, and rice	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
8. I feel that others would like me to eat more	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
9. I vomit after I have eaten	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
10. I feel very guilty after eating	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
11. I think a lot about wanting to be thinner	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
12. I think about burning up energy (calories) when I exercise	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
13. Other people think I am too thin	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
14. I think a lot about having fat on my body	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
15. I take longer than others to eat my meals	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
16. I stay away from foods with sugar in them	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
17. I eat diet foods	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
18. I think that food controls my life	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
19. I can show self-control around food	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
20. I feel that others pressure me to eat	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
21. I give too much time and thought to food	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
22. I feel uncomfortable after eating sweets	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
23. I have been dieting	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
24. I like my stomach to be empty	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
25. I enjoy trying new rich foods	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
26. I have the urge to vomit after eating	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)

© Michael J. Maloney. Reproduced by permission.

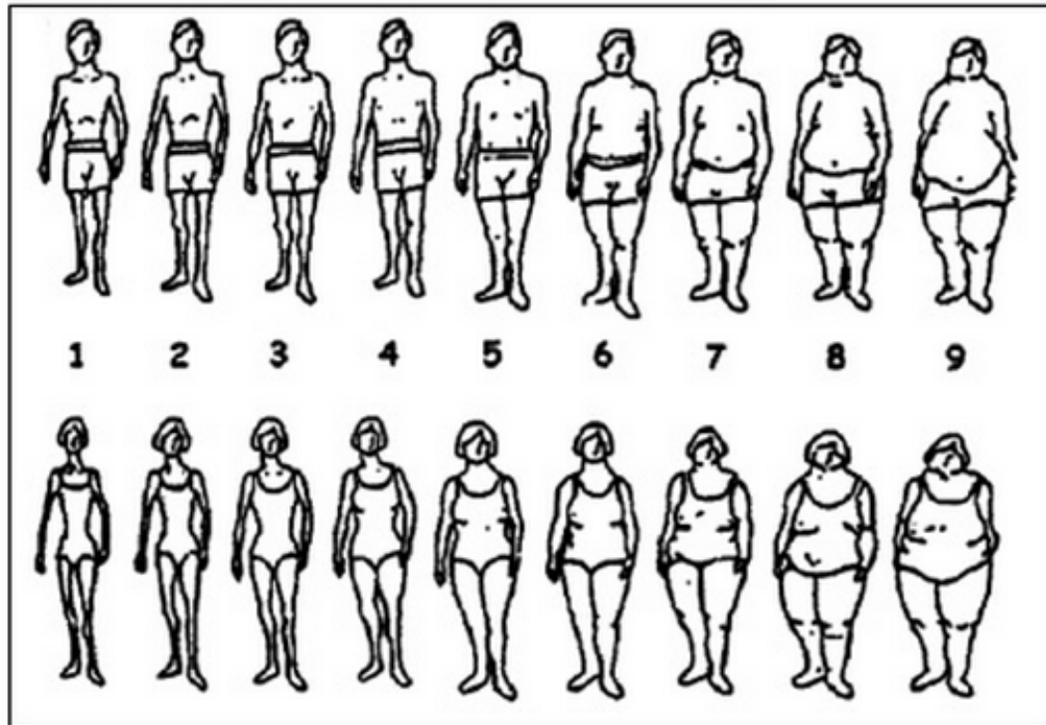
Anexo 6. Escala Figura corporal SFS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BIOQUÍMICA**  
**NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**PERCEPCIÓN CORPORAL**  
**STANDARD FIGURAL STIMULI (SFS)**

Haz un círculo en el número (1 a 9) que consideres, corresponde a tu peso:



**PLAN DE ACTIVIDAD EDUCATIVA NUTRICIONAL**

**TÉCNICA:** Charla educativa

**TEMA:** Alimentación Saludable y sus repercusiones

**FECHA:** 8 – 11 Diciembre / 2014

**HORA:** 11:00 a.m.

**TIEMPO:** 2 horas

**LUGAR:** Colegio Bertrand Russell

**RESPONSABLE:** Paula Camila Cristancho Alfonso

**OBJETIVO:** Explicar la importancia de una buena alimentación para la prevención de enfermedades como el sobrepeso y trastornos de la conducta alimentaria.

**CONTENIDO CHARLA EDUCATIVA**

1. Definición de la alimentación saludable y sus características según el “Plato saludable de la familia colombiana”.
2. Definición e importancia de los hábitos alimentarios
3. Factores que influyen en la alimentación
4. Descripción e importancia del consumo de macronutrientes en la edad adolescente
5. Requerimientos Nutricionales de la edad adolescente
6. Características de la alimentación en los tiempos de comida principales
7. Consecuencias e implicaciones de una alimentación saludable
8. Una mirada general sobre los trastornos de alimentación
9. Como prevenir conductas alimentarias inadecuadas
10. Conclusiones y preguntas