



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y
Toxicología
Chile

Behar A., Rosa; Alviña W., Marcela; González C., Trinidad; Rivera A., Natalia
Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de
enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar
Revista Chilena de Nutrición, vol. 34, núm. 3, 2007, p. 0
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46934309>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DETECCIÓN DE ACTITUDES Y/O CONDUCTAS PREDISPONENTES A
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA
DE TRES COLEGIOS PARTICULARES DE VIÑA DEL MAR.

DETECTION OF PREDISPOSING ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS
EATING DISORDERS IN STUDENTS FROM THREE HIGH SCHOOLS IN VIÑA
DEL MAR.

Rosa Behar A. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso

Marcela Alviña W. Departamento de Nutrición y Alimentos. Facultad de Farmacia. Directora de la
carrera de Nutrición y Dietética, Universidad de Valparaíso

Trinidad González C. Alumna tesista de la carrera de Nutrición y Dietética, Universidad de
Valparaíso

Natalia Rivera A. Alumna tesista de la carrera de Nutrición y Dietética, Universidad de Valparaíso

Dirigir la correspondencia a:

Dra. Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Casilla 92-V

Valparaíso, Chile

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E- mail: rositabehar@vtr.net

Resumen

Objetivo: Detectar conductas predisponentes a desórdenes alimentarios en estudiantes secundarios de tres colegios particulares de Viña del Mar y su relación con distintos factores de riesgo y socio-demográficos. **Sujetos y método:** A 296 escolares de enseñanza media, 149 hombres y 147 mujeres, pertenecientes a 3 colegios particulares (de mujeres, de hombres y mixto), se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Imagen Corporal y se realizó medición de peso y talla para la obtención del Índice de Masa Corporal. **Resultados:** El porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones ($p < 0,001$). El riesgo que presentaron niñas pertenecientes al colegio de mujeres es similar al de las asistentes al colegio mixto (χ^2 NS). No hubo diferencias significativas en el riesgo detectado en los alumnos (as) de los diferentes cursos de enseñanza media (χ^2 NS). Las alumnas con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad presentaron prevalencias de riesgo similares (23%, 26% y 25%, respectivamente) (χ^2 NS). Se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados ($p < 0,001$). La distorsión en la autoimagen corporal no presentó influencia significativa en el riesgo de padecer un cuadro alimentario en ambos sexos (χ^2 NS). Tampoco se encontró diferencia significativa entre conductas bulímicas y restrictivas en los alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (χ^2 NS). **Conclusión:** Se confirma el mayor riesgo de desarrollar una patología alimentaria en estudiantes mujeres y la mayoría presentó un estado nutricional normal.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria; riesgo; estudiantes de enseñanza media

Summary

Objective: To estimate predisposing eating disordered behaviours among high school students from three private schools of Viña del Mar and its relationship with sociodemographic and risk factors.

Material and methods: To 296 adolescents, 149 males and 147 females belonging to three private high schools (coeducational school, female school and male school) were administered The Eating Attitudes Test (EAT-40) and The Body Image Instrument and weight and height were measured to calculate Body Mass Index.

Results: 12% of the total sample ranked within the pathological range of the EAT-40, 23% of them girls and 2% boys ($p < 0.001$). Girls in the single-sex school reported similar prevalence of risky behaviors than their counterparts in the coeducational schools (χ^2 NS). Likewise, there were no significant differences in the risk of eating disorders reported by students of different high school grades (χ^2 NS). Normal weight, overweight and obese girls exhibited similar risk (23%, 26% and 25%, respectively), therefore weight status in girls did not revealed a significant association with attitudes toward eating disorders (χ^2 NS). A high percentage of the student sample reported body dissatisfaction (65%); however, among those at risk, body dissatisfaction was significantly higher, since almost all of them reported the desire of a thinner body image ($p < 0.001$). Body distortion revealed no significant influence on the risk of developing eating disorders in both sexes (χ^2 NS) and there were no significant differences between bulimic and restrictive behaviors among those students at risk (χ^2 NS).

Conclusion: A higher risk to develop an eating disorder among female students was confirmed and most of them showed a normal nutritional state.

Key words: Eating disorders; risk; high school students

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías complejas cuya etiopatogenia es multidimensional y responde al modelo biopsicosocial (1-3). El riesgo de contraer una patología alimentaria, surge de una combinación de variables y una detección temprana de actitudes y/o conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estos cuadros, mejorando la respuesta terapéutica y el pronóstico (4-7).

La adolescencia es el período etario más vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en su identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado (4, 7, 8). La edad promedio de inicio de los desórdenes alimentarios es, entre 13 y 20 años en el 85 % de los casos (1, 4, 9), con un peak entre los 14 y 16 años (2, 7, 10). Si bien es sabido que estos cuadros afectan entre 90% y 95% de los casos a mujeres y sólo 5% a varones, investigaciones recientes indican que es en la población masculina donde proporcionalmente ha habido un mayor incremento en su incidencia (1, 4, 5, 11). Otra de las características predominantes de los desórdenes alimentarios es que estos se presentan generalmente en pacientes de un nivel socioeconómico medio-alto (2, 3, 5, 9, 12-15).

También se ha señalado la existencia de un factor facilitador, que genera su transmisión entre los escolares, actuando aquellos con trastornos alimentarios como vectores (16), produciendo entre sus pares una imitación en la preocupación por el alimento y la silueta corporal (17). Por este motivo, se cree que las adolescentes pertenecientes a un colegio exclusivo de mujeres, al interactuar sólo entre ellas, pudiesen estar más expuestas a desarrollar conductas alimentarias de riesgo que aquellas que asisten a un colegio mixto (18). Por otra parte, la distorsión perceptual de la imagen corporal es uno de los criterios diagnósticos principales para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (7, 19, 20) la cual implica grados variables de insatisfacción corporal. Finalmente y como un aspecto importante de los cuadros alimentarios, se destaca el estado nutricional. Si bien un estado nutricional enflaquecido es signo e incluso criterio diagnóstico de una anorexia nerviosa (18), también uno normal pudiese ser encubridor de conductas predisponentes a desórdenes alimentarios, y así retardar su pesquisa. Un estudio español sobre comportamientos alimentarios en poblaciones de adolescentes con peso normal, señaló que un 46,2% de los alumnos presentaron algún trastorno de conducta alimentaria (21).

El objetivo de este estudio fue detectar comportamientos y/o actitudes predisponentes a trastornos de la conducta alimentaria y evaluar su relación con factores de riesgo, en una población de estudiantes secundarios.

Sujetos y método

Universo y muestra

El universo lo constituyeron todos los estudiantes entre primero y cuarto de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-alto. Estos colegios fueron seleccionados por ser los más antiguos y los que congregan el mayor número de alumnos. La muestra total fue de 299 alumnos, compuesta por 150 mujeres y 149 hombres.

a) Grupo de colegio femenino (CF) (n=93): Conformado por el total de estudiantes del establecimiento exclusivo de mujeres.

b) Grupo de colegio masculino (CM) (n=100): Constituido por estudiantes del establecimiento exclusivo de hombres, seleccionándose al azar un curso de los tres existentes por nivel e incluyendo alumnos de cursos paralelos para completar una muestra de aproximadamente 25 alumnos por nivel, (I a IV de enseñanza media).

c) Grupo de colegio mixto (CFM) (n=106): Configurado por estudiantes del establecimiento mixto, seleccionándose al azar un curso de los cuatro existentes por nivel, resultando una muestra de 57 niñas y 49 niños.

Procedimientos. A todos los sujetos de las muestras, se les administró una ficha de antecedentes generales, el EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias) (22) y el TIC (Test de Imagen Corporal) (23). Además se procedió a pesar y medir a todos los alumnos para calcular su Índice de Masa Corporal (IMC). Los instrumentos fueron aplicados de manera escrita, privada y en forma de autoregistro, una sola vez por cada alumno y guiados mediante una previa exposición oral explicativa realizada por las autoras frente a los cursos por separado. Además se contó con el consentimiento informado de parte de las autoridades de los respectivos colegios, una vez que éstos contaron con la autorización de los apoderados.

1. La ficha de antecedentes generales incluyó los datos de nombre, curso, colegio, edad, fono, correo electrónico y antecedente de la existencia previa o actual de algún trastorno alimentario. Los

alumnos que consignaron en la ficha la existencia previa o actual de algún trastorno alimentario, fueron excluidos del estudio.

2. El Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test), EAT-40: Posee 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden I) Dieta: evitación de alimentos que engordan y preocupación por ser más delgada; II) Bulimia y preocupación por el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas y; III) Control oral: autocontrol en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréctico y/o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.

3. El Test de Imagen Corporal (Body Image Instrument), TIC: Consiste en una impresión que presenta nueve imágenes corporales distintas, de ambos sexos, desde una figura enflaquecida hasta una obesa, comenzando con un IMC de 16 hasta uno de 40, con un incremento de 3 puntos por cada figura. Se le solicitó a cada alumno que marcara con una cruz la imagen que creía más se asemejaba a su figura corporal actual. La distorsión fue medida al comparar la imagen elegida por el alumno con la imagen que le correspondía según su IMC. Adicionalmente se solicitó que encerraran en un círculo la imagen a la que les gustaría parecerse. La discrepancia entre la imagen autopercebida y la imagen deseada, fue utilizada para medir insatisfacción corporal.

4. Índice de Masa Corporal: La medición antropométrica se realizó de manera individual y privada. Se consideró bajo peso los valores de IMC bajo el percentil 10; normal entre el 10 y el 85; sobrepeso entre 85 y 95 y obeso sobre el percentil 95, según las normas del MINSAL (24) y la OMS (25). Para la evaluación de la talla se utilizó una cinta métrica con precisión de 1 milímetro. Se pesó a cada alumno en una balanza digital marca Tanita con precisión de 100 gramos.

Análisis estadístico

Se entrecruzó la variable conducta de riesgo o no riesgo (según puntaje de corte en EAT-40) con las variables sexo, estado nutricional, curso y tipo de colegio (establecimiento con estudiantes de sexo femenino, masculino o mixto), distorsión e insatisfacción corporal. También se realizó cruces entre variables tales como insatisfacción y autopercepción corporal con respecto al estado nutricional. Por último, se relacionó las conductas de riesgo con los puntajes obtenidos en los factores I, II y III del EAT-40, para analizar si los comportamientos y/o actitudes se orientaban hacia el polo anoréctico o bulímico. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico STATA 6.0 y se aplicaron las

pruebas Chi-cuadrado, t de Student y correlaciones de Pearson. Se asumió un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Resultados

De las 299 encuestas, 3 fueron excluidas debido a que los alumnos refirieron haber sido diagnosticadas previamente con un trastorno de la conducta alimentaria, resultando una muestra final total de 296 alumnos, 149 hombres y 147 mujeres, pertenecientes a 3 colegios y a 4 cursos diferentes (tabla 1).

De la muestra total, 3% de los alumnos presentó bajo peso, 78% tuvo un estado nutricional normal, 14% sobrepeso y el 5% restante fueron obesos (tabla 2). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni en la distribución del estado nutricional cuando se analizaron por curso ni colegio.

El total de la muestra de ambos sexos, de acuerdo al EAT-40, presentó un 12% de riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria: 2% de los varones y 23% de las mujeres ($p < 0,001$). En el EAT-40 los varones presentaron un puntaje promedio de 11,4 ($\pm 7,6$) y las mujeres 20,9 ($\pm 12,9$), diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Al comparar el porcentaje de alumnas con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario pertenecientes a un colegio de mujeres (23%), con aquellas que asistían a un colegio mixto (21%), se evidencia que las cifras son similares (χ^2 NS). Lo mismo ocurre al comparar los muchachos con riesgo que asistían a un colegio de hombres (2%) con los que pertenecían a uno mixto (2%) (χ^2 NS). Tampoco el porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar cuadros alimentarios aumentó ni disminuyó a lo largo de los cursos de enseñanza media. Si bien el porcentaje más alto se presentó en IV Medio (14,7%), éste no fue significativamente mayor a la cifra detectada en los otros cursos (tabla 3).

En la población total estudiada destaca el gran porcentaje de insatisfacción corporal (65%), del cual 72% correspondió al sexo femenino (70,1% + 1,4% en ?) y un 58% al masculino (30,2% + 27,5% en ?) ($p = < 0,02$) (tabla 4). Todos los hombres que obtuvieron puntajes en el rango patológico del EAT-40, se encontraron insatisfechos con su cuerpo y desearon ser más delgados. Cabe mencionar que todos ellos presentaban un sobrepeso, mientras que en aquellos que no presentaron riesgo, los porcentajes de insatisfacción se reparten equitativamente entre los que desearon una imagen más delgada (29%) y los que anhelaban una más gruesa (28%) ($p < 0,03$). Ningún sujeto que deseaba una

imagen corporal más gruesa presentó puntajes en el rango patológico del EAT-40. Contrariamente, las mujeres, en su mayoría desearon ser más delgadas (70%). De aquellas con riesgo en el EAT-40, 91% deseó ser más delgada, cifra significativamente mayor a las mujeres sin riesgo (64%) ($p<0,02$). Al analizar la insatisfacción corporal en los sujetos con distintos estados nutricionales, se constató que todos los varones de bajo peso estaban insatisfechos con su figura y deseaban tener un cuerpo más grueso. En la tabla 5 se observa que sólo la mitad de los varones de peso normal se encontraron satisfechos con su imagen corporal y el 33% deseó una imagen más gruesa. Los varones con sobrepeso y obesidad, se mostraron insatisfechos en un 86% y 80% respectivamente, deseando un cuerpo más delgado y ninguno deseó una silueta corporal más gruesa ($p<0,001$). En contraste, las mujeres con bajo peso eran las más satisfechas con su imagen corporal, presentando un 40% de satisfacción (tabla 6). Sin embargo, aquellas con estado nutricional normal, presentaron un alto porcentaje de insatisfacción, la mayoría (66%), deseaba ser más delgada. Todas las mujeres con sobrepeso y obesidad estaban insatisfechas con su cuerpo y deseaban ser más delgadas ($p<0,001$). El estado nutricional en el caso de los hombres presentó resultados significativos al relacionarlo con el riesgo de contraer un trastorno alimentario. Los únicos que obtuvieron puntajes en el rango patológico del EAT-40 se encontraban con sobrepeso. Ningún hombre bajo peso, normal u obeso presentó riesgo ($p<0,001$). En cambio, el estado nutricional de las mujeres no se relacionó significativamente al riesgo de desarrollar un desorden alimentario, ya que las muchachas con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad, mostraron porcentajes, en el rango patológico del EAT-40 en el 23%, 26% y 25% respectivamente. El único grupo que no presentó riesgo fueron las niñas con bajo peso (χ^2 NS). Al considerar, en las niñas, al grupo de riesgo como el 100%, la mayoría de ellas (82%), presentó un estado nutricional normal y en ninguna se encontró bajo peso.

Respecto a la distorsión de la autoimagen corporal (tabla 7), del total de la muestra, 64% (4,7% ? + 59,1% ?) presentó distorsión de su imagen corporal versus sólo un 36% que se autopercibió correctamente. La distorsión presentó diferencias significativas entre hombres y mujeres. Casi la mitad de los hombres (47%) se percibió adecuadamente y la otra mitad (47%) se percibió más grueso de lo real. Sólo un 25% en las mujeres, se percibió apropiadamente; no obstante, 71% de ellas se percibió más gruesa de lo real ($p<0,001$). La totalidad de los hombres que obtuvieron puntajes en el rango patológico del EAT-40 se autopercibieron adecuadamente (χ^2 NS), mientras que el 82% de las muchachas se autopercibió más gruesa de lo que realmente era. Sin embargo, en

las niñas sin riesgo, también se encontró un alto porcentaje (68%) que se percibió más gruesa de lo real (χ^2 NS).

En relación con la naturaleza de las conductas alimentarias, al evaluar los factores del EAT-40 en los sujetos de ambos sexos que obtuvieron puntaje \geq a 30 en este instrumento, éste se correlacionó directamente con todos los factores, siendo la más significativa aquella con el Factor I ($p < 0,001$), ya que se asocia con varios parámetros del constructo multidimensional de la imagen corporal y podría incluso utilizarse como un sustituto de la escala total en algunas circunstancias (22). Si bien se detectó un mayor puntaje promedio en las conductas bulímicas (Factor II), la diferencia con las conductas restrictivas o anorécticas (Factor III) no alcanzó significación estadística (χ^2 NS).

Discusión

De la muestra total de estudiantes, 78% tuvo un estado nutricional normal, mientras que sólo 19% presentó sobrepeso y obesidad. Estas cifras difieren de la realidad nacional, ya que la I Encuesta Nacional de Salud (26), detectó en los jóvenes un 27% de sobrepeso y obesidad. Esto se puede atribuir a que nuestros alumnos pertenecían a un nivel socio-económico medio-alto, nivel en que el sobrepeso y la obesidad son menos prevalentes (15, 26, 27).

Sexo

Un 12% presentó riesgo para desarrollar actualmente o potencialmente en el futuro, un trastorno alimentario y la diferencia entre ambos sexos fue significativa (2% en varones versus 23% en mujeres). De manera similar, Maor et al (28), detectaron en estudiantes de enseñanza media, 5% de hombres y 20% de mujeres en riesgo para desarrollar una patología alimentaria. Estudios similares al presente han determinado porcentajes de estudiantes masculinos de enseñanza media en riesgo que se aproximan a nuestro resultado, 2,8% (29), 3,2% (30) y 3,5% (31). Eapen et al (32) observaron que al igual que nuestro análisis, 23,4% de las adolescentes estaban en riesgo para desarrollar un cuadro alimentario.

Establecimiento educacional

Concordantemente con algunos estudios (16, 17), al comparar el colegio de mujeres frente al mixto, se observó que las adolescentes de ambos establecimientos presentaron porcentajes similares de riesgo (23,1% y 21,4% respectivamente), hallazgo demostrado también por Tiggemann (18), hecho que hace pensar que una niña que ingresa a un colegio de mujeres, tendría el mismo riesgo de desarrollar una afección alimentaria que la que ingresa a un colegio mixto.

Nivel de enseñanza media

Si bien en IV Medio se presentó el mayor porcentaje de alumnos en riesgo (15%), éste no fue significativamente mayor a la prevalencia de alumnos en riesgo detectada en los otros cursos. El riesgo no aumentó ni disminuyó en los distintos niveles de enseñanza media. Estos resultados contrastan con los hallazgos de Lahortiga et al (10), en el que adolescentes presentaron mayor riesgo entre los 15 y 16 años, y con otros autores que describen un alza entre los 14 y 16 años (1,7).

Insatisfacción con la imagen corporal

En cuanto a la insatisfacción corporal, de la muestra global, 65% estuvo insatisfecha con su figura corporal. Aunque ésta es significativamente mayor en las mujeres (72%), más de la mitad de los hombres también la evidenció (58%). Montero et al (33), atribuyen la alta insatisfacción que existe actualmente, al deseo no alcanzado del modelo estético de excesiva delgadez impuesto para las mujeres y de alta definición muscular para los hombres. Asimismo, Cohane y Pope (34) señalan que mientras las niñas generalmente desean ser más delgadas, los hombres ambicionan una silueta más musculosa. En este análisis, en los hombres, independientemente del riesgo, el porcentaje de insatisfechos se repartió equitativamente entre niños que deseaban ser más delgados (30%) y aquellos que anhelaban ser más anchos (28%). Análogamente, McCabe y Ricciardelli (35) hallaron que el 30% de los hombres adolescentes deseaba ser más delgado y 20% aspiraba subir de peso, hallazgos corroborados también por otros investigadores (36-38). Este hecho despierta la inquietud de incluir en la detección de los desórdenes alimentarios, el peligro de contraer la vigorexia, ya que en ellos, la prevalencia de trastornos alimentarios pudiese estar subestimada al no considerar esta patología, considerando que el EAT-40 sólo pesquiza conductas y/o actitudes anorécticas y/o bulímicas. En las mujeres, estuvieran o no en riesgo, la mayoría (70%) deseó ser más delgada, cifra

similar a la obtenida por Thompson y Digsby (39) (73,5%), y superior a la establecida por Campolat et al (36) que alcanzó sólo el 43%.

En esta investigación, se observó prácticamente que todos los alumnos (as) que estuvieron en riesgo, desearon ser más delgados (as) (100% en hombres y 91% en mujeres), valores significativamente mayores que los (las) sujetos que no estuvieron en riesgo. Por otra parte, ninguna alumna o alumno que deseaba poseer un cuerpo más grueso, estuvo en riesgo, lo que se puede atribuir a que el EAT-40 no detecta conductas alimentarias de riesgo enfocadas a subir de peso. Además, en los hombres, probablemente influye que aun cuando desean una figura más gruesa, socialmente no se les recrimina su estado nutricional, como sería en el caso de niñas obesas o con sobrepeso (40), por lo que, quizás, su insatisfacción corporal no ha alcanzado un grado de importancia suficiente como para alterar sus conductas alimentarias.

Cohane y Pope (34) detectaron que los hombres adolescentes más insatisfechos con su corporalidad eran aquellos que creían estar bajo peso. De manera similar, en este estudio se apreció que el 100% de los hombres bajo peso desearía tener una figura más gruesa. Esto se puede atribuir a que el prototipo de belleza o ideal físico masculino impuesto por la sociedad, implica un individuo de estado nutricional normal, ni con sobrepeso, ni obeso, pero tampoco bajo peso (33, 41). Contrariamente en el caso de las mujeres, aquellas con bajo peso fueron las más satisfechas (40%), lo que indica que, a diferencia de los hombres, la figura corporal deseada por ellas, se acerca más a un cuerpo de bajo peso que a uno con estado nutricional normal. Más aún, la mayoría de las niñas con peso normal (66%) ansiaban ser más delgadas. Por último, se observó un alto porcentaje (83%) de los hombres con sobrepeso y obesidad que deseó ser más delgado, siendo al mismo tiempo inferior al presentado en las mujeres, en las que fue de 100%, apreciándose de esta manera un mayor rechazo a cuerpos excedidos en peso en mujeres que en hombres.

Estado nutricional

Ningún hombre obeso presentó riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria a pesar que se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal (80%). Aún así, los hombres obesos no alterarían sus conductas para lograr su figura corporal ideal, lo que probablemente se deba a que la perciben demasiado lejos de alcanzar. En las mujeres, el estado nutricional no influyó significativamente en el riesgo para el desarrollo de una patología alimentaria, lo que pone de manifiesto nuevamente que el cuerpo ideal impuesto socioculturalmente para las mujeres es un

cuerpo enflaquecido, ya que las niñas con estado nutricional normal se encuentran tan preocupadas por adelgazar como las con sobrepeso y obesidad. Aún más, las únicas que no estuvieron en riesgo fueron las de bajo peso. Al respecto, Shisslak et al (42), determinaron que las conductas para el control ponderal en adolescentes femeninas aumentaban a medida que se elevaba el IMC. Vander Wal (43) y Rizzo et al (45), al igual que en este estudio, tampoco advirtieron diferencias entre el riesgo presentado por muchachas con peso normal, con sobrepeso y obesidad. El 82% de las adolescentes en riesgo poseía un estado nutricional normal, lo que pudiese dificultar la detección precoz de un desorden alimentario, ya que éste podría ser un factor encubridor. Estos resultados confirman la importancia de transmitir a los padres y a los planteles educativos de la búsqueda rutinaria de cuadros alimentarios en jóvenes que físicamente pueden aparecer como normales e incluso estar excedidas en su peso y no sólo dirigir su pesquisa en niñas enflaquecidas, de hecho, ninguna niña con peso bajo se situó en el rango de riesgo.

Distorsión de la imagen corporal

De la totalidad de la muestra, más de la mitad (64%) presentó distorsión de la imagen corporal, concordando las entrevistadoras en un 98,3% en la evaluación de los casos con la figura establecida por el instrumento según el rango de IMC. Se comprobó en este análisis que las mujeres ostentaron una distorsión de la autoimagen significativamente mayor que los hombres (71% versus 47%), resultado similar al de Montero et al (33). Mientras que el 100% de los hombres que se ubicó en el rango de riesgo, se percibió adecuadamente, el 82% de las mujeres en riesgo presentó distorsión de la imagen corporal, en contraste con aquellas sin riesgo (68%); sin embargo, la diferencia no fue significativa. Si bien, el fenómeno de distorsión de la imagen corporal es considerado como un criterio diagnóstico en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y como factor precipitante y perpetuante de estos cuadros (45), en este sondeo no se encontró relación significativa.

Conductas y/o actitudes

Aunque el puntaje promedio en las conductas bulímicas (Factor III del EAT-40) fue mayor al observado en las conductas restrictivas (Factor II del EAT-40), esta diferencia no alcanzó significancia estadística, al igual que en el trabajo de Bunnell et al (46).

Limitaciones: Consideramos limitaciones de esta investigación que:

- No se incluyó estudiantes de colegios públicos ni subvencionados que pertenecían al nivel socioeconómico medio-bajo o bajo
- El tamaño muestral fue pequeño
- No se confrontó la muestra con pacientes clínicamente diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria.

Conclusiones

Se confirma que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria es significativamente mayor en las mujeres

La mayoría de las adolescentes en riesgo poseía un estado nutricional normal que podría ser un factor encubridor de un potencial desorden alimentario y se enfatiza la importancia de orientar la pesquisa en muchachas de peso normal o con sobrepeso y no sólo en enflaquecidas

Existe un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la totalidad de la muestra, significativamente mayor en los (as) sujetos en riesgo

Agradecimientos

Las autoras agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.

Referencias

1. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Clínica y terapéutica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2004. p. 17-53.
2. Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas y atracones. Barcelona: Masson, 2003.
3. Vandereycken W, Noordenbos G. La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Ediciones Granica SA, 2000.

4. Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (2): 153-160.
5. Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. Barcelona: Editorial Masson S. A., 1998.
6. D'Souza C, Forman S, Austin S. Follow-up evaluation of a high school eating disorders screening program: Knowledge, awareness and self-referral. *J Adolesc Health* 2005; 36 (3): 208-213.
7. Dieguez C, Yturriaga R. Trastornos Alimentarios. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana, 2002.
8. Behar R, Botero J, Corsi P, Muñoz P. Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V Región. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 159-165.
9. Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescents. *Rev Chil Nutr* 2002; 29 (2): 86-91.
10. Lahortiga-Ramos F, De Irala-Estévez J, Cano-Prous A, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *Eur Psychiatr* 2005; 20 (2): 179-185.
11. Gila A, Castro J, Cesena J, Toro J. Anorexia nervosa in male adolescents: Body image, eating attitudes and psychological traits. *J Adolesc Health* 2005; 36 (3): 221-226.
12. Acosta V, Llopis J, Gómez G, Pineda G. Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *Intern Jour Psych Psychol Ther*, 2005; 5 (3): 223-232.
13. Granillo T, Jones-Rodriguez G, Carvajal S. Prevalence of eating disorders in latin adolescents: Associations with substance use and other correlates. *J Adolesc Health* 2005; 36 (3): 214-220.
14. Behar R. La anoréctica y sus valores. *Rev Méd Valparaíso* 1987; 40 (2): 107-112.
15. Soh N, Touyz S, Surgenor L. Eating and body image disturbances across cultures: A review. *Eur Eat Disorders Rev* 2006; 14: 54-65.
16. Grupo de Trabajo INSALUD. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid: INSALUD, 2000.

17. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Med Chile* 1998; 126: 1085-1092.
18. Tiggemann M. Effect of gender composition of school on body concerns in adolescent women. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 239-243.
19. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson, 2002.
20. Behar R, Botero JC, Corsi P, Muñoz P, Rosales R. Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Rev Psiquiatr* 1996; 12 (2): 67-73.
21. Rodríguez A, Novalbos J, Martínez J, Ruiz M, Fernández J, Jiménez D. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a spanish city. *J Adolesc Health* 2001; 28 (4): 338-345.
22. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The Eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *PsycholMed* 1982; 12: 871-878.
23. Pulvers K, Lee R, Kaur H, Mayo M, Fitzgibbon M, Jeffries S, Butler J, Hou Q, Ahluwalia J. Development of a culturally relevant body image instrument among urban african americans. *Obes Res* 2004; 12 (10): 1641-1651.
24. Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud. Consejo Asesor en Nutrición. Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años. Año 2003. *Rev Chil Nutr* 2004, 31 (2): 128-137.
25. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1997.
26. MINSAL. I. Encuesta de Salud. Chile, 2003. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2004.
27. Do Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Padre Santo D, Neves A, André I, Sampaio D, Galvão-Teles A. Prevalence of anorexia nervosa: A portuguese population study. *Eur Eat Disord Rev* 1996; 4 (3): 157-170.
28. Maor N, Sayag S, Dahan R, Hermoni D. Eating attitudes among adolescents. *Isr Med Assoc J* 2006; 8 (9): 627-629.
29. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of northeast Italy. *Psychiatry Res* 2003; 119 (1-2): 145-154.
30. Vega A, Rasillo M, Lozano J, Rodríguez G, Franco M. Eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 (12): 980-987.

31. Tapia P, Ornstein C. Trastornos de alimentación en estudiantes universitarios. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 36 (1): 7-10.
32. Eapen V, Azim Mabrouk A, Bin-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eat Behav* 2006; 7 (1): 53-60.
33. Montero P, Morales E, Carvajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo* 2004; 8: 107-116.
34. Cohane G, Pope H. Body image in boys: A review of the literature. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 373-379.
35. McCabe M, Ricciardelli L. Body image and body change techniques among young adolescent boys. *Eur Eat Disord Rev* 2001; 9 (59): 335-347.
36. Canpolat B, Orsel S, Akdemir A, Osbay M. The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *Int J Eat Disord* 2005; 37 (2): 150-155.
37. Varnado-Sullivan P, Horton R, Savoy S. Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eat Weight Disord* 2006; 11 (3): 118-125.
38. McCabe M, Ricciardelli L. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *J Psychosom Res* 2004; 56 (6): 675-685.
39. Thompson S, Digsby S. A preliminary survey of dieting, body dissatisfaction, and eating problems among high school cheerleaders. *J Sch Health* 2004; 74 (3): 85-90.
40. Rukavina T, Pokrajac-Bulian A. Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eat Weight Disord* 2006; 11 (1): 31-37.
41. Toro J, Gila A, Castro J, Pombo C, Guete O. Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eat Weight Disord* 2005; 10 (2): 91-97.
42. Shisslak C, Mays M, Crago M, Jirsak J, Taitano K, Cagno C. Eating and weight control behaviors among middle school girls in relationship to body weight and ethnicity. *J Adolesc Health* 2006; 38 (5): 631-633.
43. Vander Wal J. Eating and body image concerns among average-weight and obese African American and Hispanic girls. *Eat Behav* 2004; 5 (2): 181-187.

44. Rizzo P, Pérez M, González J, Aranda W. Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer en estudiantes de medicina. *Rev Chil Salud Pública* 2003; 7 (3): 146-149.
45. Farrell C, Shafran R, Lee M. Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *Eur Eat Disorders Rev* 2006; 14 (5): 289-300.
46. Bunnell D, Cooper P, Hertz S, Shenker I. Body shape concerns among adolescents. *Int J Eat Disord* 1992; 11 (1): 79-83.

Tabla 1. Distribución de la muestra por establecimiento educacional y curso.

Curso	Colegio			Total
	CF	CM	CFM	
I Medio	17	25	30 (16? + 14?)	72
II Medio	33	25	25 (16? + 9?)	83
III Medio	21	26	28 (13? + 15?)	75
IV Medio	22	24	23 (12? + 11?)	69
Total	93	100	106 (57? + 49?)	299

CF= Colegio femenino CM= Colegio masculino CFM= Colegio mixto

Tabla 2. Distribución del estado nutricional según sexo.

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Estado nutricional			
	%	%	%
Bajo peso (n=9)	2,7	3,4	3,0
Normal (n=232)	75,8	81,0	78,4
Sobrepeso (n=41)	14,8	12,9	13,9
Obesidad (n=14)	6,7	2,7	4,7
Total (n=296)	100	100	100

 χ^2 :NS

Tabla 3. Distribución del riesgo de trastorno de la conducta alimentaria evaluado con el EAT-40 según curso.

Curso	I Medio	II Medio	III Medio	IV Medio	Total
	%	%	%	%	%
Con riesgo (n=36)	11,1	13,4	9,5	14,7	12,2
Sin riesgo (n=260)	88,9	86,6	90,5	85,3	87,8
Total (n= 296)	100	100	100	100	100

χ^2 NS

Tabla 4. Distribución de la insatisfacción de la imagen corporal según sexo en sujetos con riesgo.

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Variable			
	%	%	%
Insatisfacción (desea imagen más delgada) (n=148)	30,2	70,1	50,0
Satisfacción (n=105)	42,3	28,6	35,5
Insatisfacción (n=43) (desea imagen más gruesa)	27,5	1,4	14,5
Total (n=296)	100	100	100

$\chi^2 : p < 0,001$

Tabla 5. Distribución de la insatisfacción corporal según estado nutricional en hombres

Insatisfacción corporal	Bajo peso %	Normopeso %	Sobrepeso %	Obesidad %	Total %
Insatisfacción (desea imagen más delgada) (n=45)	0	15,9	86,4	80,0	30,2
Satisfacción (n=63)	0	51,3	13,6	20,0	42,3
Insatisfacción (desea imagen más gruesa) (n=45)	100,0	32,8	0	0	27,5
Total (n=149)	100	100	100	100	100

χ^2 : $p < 0,001$

Tabla 6. Distribución de la insatisfacción corporal según estado nutricional en mujeres

Insatisfacción corporal	Bajo peso %	Normopeso %	Sobrepeso %	Obesidad %	Total %
Insatisfacción (desea imagen más delgada) (n=45)	20,0	66,4	100,0	100,0	70,1
Satisfacción (n=63)	40,0	33,6	0	0	28,5
Insatisfacción (desea imagen más gruesa) (n=45)	40,0	0	0	0	1,4
Total (n=147)	100	100	100	100	100

χ^2 : $p < 0,001$

Tabla 7. Distribución de la distorsión de la imagen corporal según sexo

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Distorsión imagen corporal			
	%	%	%
Con distorsión, imagen más delgada (n=14)	6,0	3,4	4,7
Sin distorsión (n=107)	47,0	25,2	36,2
Con distorsión, imagen más gruesa (n=175)	47,0	71,4	59,1
Total (n=296)	100	100	100

χ^2 : $p < 0,001$