

Actitudes hacia la comida en estudiantes universitarias de la ciudad de Bucaramanga*

Attitudes towards food in university students from the city of Bucaramanga

Damna Valentina Lozano Clavijo **
Sareth Estefany Villamizar Matagira ¶

Ana Milena Nieto Fonseca §
Paula Fernanda Pérez Rivero ||



Fecha de entrega: 13 de febrero de 2024
Fecha de evaluación: 7 de junio 2024
Fecha de aprobación: 12 de noviembre 2024

Resumen

Las actitudes hacia la comida son aquellas creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos en relación con la comida que desembocan distintos trastornos y patologías alimenticias. Actualmente, existen estudios sobre los trastornos alimentarios, pero pocos abordan de manera exhaustiva

y específica los hábitos, pensamientos y actitudes que constituyen un problema grave para la salud de las personas. En efecto, el objetivo de la presente investigación es analizar las actitudes hacia la comida en las estudiantes universitarias, entre los 18 y 25 años, de la ciudad de Bucaramanga. El estudio se realizó con una muestra de 44 estudiantes mujeres de la Universidad Pontificia Bolivariana, en el cual se realizó un análisis descriptivo a través de la escala EAT-26, que permitió observar el riesgo o estado de las mujeres con dichas actitudes. Se encontró que el 56.81 % de las encuestadas presenta riesgo de sufrir trastornos de la alimentación. En las asociaciones que se realizaron no se halló una relevancia estadística, es decir que no hay asociación entre tener un patrón de dieta de riesgo y desarrollar riesgo de trastorno de la alimentación, así como tampoco con la bulimia y control oral.

Palabras clave:

actitudes hacia la comida, trastornos alimenticios, riesgo.

* Artículo de investigación.
** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
Correo de correspondencia: damnalozano@gmail.com.
 ORCID: [0009-0009-3493-0664](https://orcid.org/0009-0009-3493-0664).
§ Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
Correo: psic.anafonseca@gmail.com. ORCID: [0009-0009-6536-6517](https://orcid.org/0009-0009-6536-6517).
¶ Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
Correo: estefanyvillamizar03@gmail.com. ORCID: [0009-0006-8649-6693](https://orcid.org/0009-0006-8649-6693).
|| Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
Correo: paula.perez@upb.edu.co. ORCID: [0000-0001-8195-1753](https://orcid.org/0000-0001-8195-1753).

Abstract

Attitudes towards food are those beliefs, thoughts, feelings and behaviors in relation to food that lead to different eating disorders and pathologies. Currently, there are studies on eating disorders, but few comprehensively and specifically address the habits, thoughts and attitudes that constitute a serious problem for people's health. Indeed, the objective of this research is to analyze the attitudes towards food in female university students between the ages of 18 and 25 in the city of Bucaramanga. The study was carried out with a sample of 44 female students from the Universidad Pontificia Bolivariana between the ages of 18 and 25, in which a descriptive analysis was carried out through the EAT-26 scale, which allowed observing the risk or state of the women. with such attitudes. It was found that 56.81% of the respondents are at risk of eating disorders. In the associations that were made, no statistical relevance was found, which means that there is no association between having a risky diet pattern and developing risk of eating disorders, nor with bulimia and oral control.

Keywords:

attitudes towards food, eating disorders, risk

Introducción

Las actitudes hacia la comida comprenden las percepciones, creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con la comida que tienen las personas, las cuales pueden originar ciertas patologías alimentarias a causa de la preocupación por las apariencias físicas que impone la sociedad (Alvarenga et al., 2010).

En este mismo sentido, los trastornos alimentarios son alteraciones o anormalidades en la conducta de ingesta, entre los cuales se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosa. Estos se reconocen como trastornos psicológicos cuya base se relaciona con el entorno social en el que cada individuo se desenvuelve, así como con factores asociados a trastornos emocionales y de personalidad. Las personas afectadas por estos tipos de trastornos tienen ciertos rasgos específicos que los caracterizan, como el miedo al aumento de peso, perder el control frente a la comida, baja autoestima, depresión, entre otros (Méndez et al., 2008).

En efecto, la anorexia se define como un trastorno alimentario y psicológico a la vez. Según Duarte y Mendieta (2019), la anorexia responde a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo. De esta forma, el individuo llega al borde de una extrema debilidad física por la falta de alimento, con el objetivo de sentir dominio y satisfacción sobre su propio cuerpo.

De igual manera, la bulimia es definida como un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación. (Duarte y Mendieta, 2019) Se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva, seguidos de sentimientos de culpa y malestar, que en ocasiones conducen al individuo a inducirse el vómito, tomar laxantes y abusar del ejercicio físico para contrarrestar el consumo de alimentos.

Las jóvenes universitarias son consideradas una población vulnerable, ya que se ha evidenciado que los trastornos de la conducta alimentaria han sido uno de

los principales problemas psiquiátricos en mujeres adolescentes y jóvenes; además, la presencia de estos trastornos resulta peligrosa, pues están asociados a un alto riesgo de mortalidad, una baja tasa de recuperación, una alta comorbilidad y un alto riesgo de recaídas (Gaete et al., 2012).

Por este motivo, se observa que numerosos estudios enfocan sus investigaciones en la población femenina adolescente, como el realizado en México con una población de adolescentes, en el que se observó que las conductas alimentarias de riesgo fueron más frecuentes en mujeres adolescentes con sobrepeso u obesidad, de nivel socioeconómico más alto y en localidades urbanas (Villalobos et al., 2020).

Así mismo, en un estudio realizado en Colombia se encontró que las adolescentes y jóvenes reportaron un 11.4 % y un 6.6 % de conductas alimentarias de riesgo, respectivamente. Dichas conductas se asociaron con la insatisfacción corporal, presencia de dieta restrictiva, evitación de alimentos con azúcar y el conteo de calorías (Franco et al., 2019).

A partir de lo anterior, los objetivos de la investigación son: analizar las actitudes hacia la comida de las estudiantes universitarias, entre los 18 y 25 años, de la ciudad de Bucaramanga, identificar su riesgo de padecer trastornos de la alimentación y describir sus actitudes alimentarias.

Método

Población

La investigación se realizó con estudiantes mujeres de la Universidad Pontificia Bolivariana, entre los 18 y 25 años.

Instrumentos

Se utilizó la escala EAT-26, que es una prueba para evaluar el riesgo de trastornos de la alimentación. Esta consta de 26 ítems con seis opciones de respuesta (nunca, raramente, algunas veces, a menudo, muy a menudo, siempre); las 3 primeras se califican con 0, la cuarta con 1, la quinta con 2 y la sexta con 3. La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, teniendo como precaución que la pregunta 25 se puntúa a la inversa. Esta versión tiene tres subescalas: a) dieta: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez; b) bulimia y preocupación por la comida: 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y c) control oral: 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (Constaín et al., 2017).

Procedimiento

Conforme al tipo de muestreo, se utilizó una muestra de 44 mujeres universitarias voluntarias que cumplieran con el requisito de edad, a las cuales se les expusieron los objetivos y la importancia de la investigación. Seguidamente, se les explicó el desarrollo de la prueba y los pasos a seguir en cada uno de los instrumentos. Posterior a esto, se les proporcionó la escala EAT-26 con la ficha sociodemográfica para que confirmaran

su edad y la escala dicotómica, con el fin de conocer si tenían antecedentes de salud mental. De igual forma, se les brindó apoyo a las participantes que presentaron dificultad con algún ítem o expresaron dudas respecto al proceso. Finalmente, se les agradeció su colaboración.

Resultados

En la investigación participaron 44 mujeres universitarias con una media de edad de 19.95 años, una mediana de 20 años y cuartiles 1, 2, 3 y 4 de 19, 20, 21 y 24 años, respectivamente.

Entre las universitarias se encontró que, con el NR11 (nivel de riesgo TCA con punto de corte 11), el 56.8 % tiene riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria (TCA); y con el NR20 (nivel de riesgo TCA con punto de corte 20), el 27.27 %. Estos resultados se presentan de manera detallada en la Tabla 1.

	Riesgo NR11	Riesgo NR20
Frecuencia	25	12
Ratio	0.6	0.3
Porcentaje	56.81 %	27.27 %

Tabla 1. Porcentaje nivel riesgo TCA.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las subescalas, en la tabla 2 se observa que el 29.54 % de las participantes tiene riesgo de conductas de dieta; el 4.54 %, de bulimia; y el 4.54 %, de control oral.

	Riesgo dieta	Riesgo bulimia	Riesgo control oral
Frecuencia	13	2	2
Porcentaje	29.54 %	4.54 %	4.54 %

Tabla 2. Porcentaje nivel de riesgo en las subescalas de dieta, bulimia y control oral.

Fuente: elaboración propia.

En relación con las asociaciones entre la edad y el riesgo de TCA, se obtuvo una D de Cohen de 0.026, lo que indica ausencia de relación, dado que el punto de corte establecido es de 0.5, y el valor hallado se encuentra por debajo de este. De igual forma, se ordenaron los datos y se calculó la media y desviación estándar con el NR11 (punto de corte 11) y el NR20 (punto de corte 20). Esta información se sintetiza en las Tablas 3 y 4.

	Riesgo	No riesgo
Media	20.00	19.89
SDT	1.55	1.56
n	25	19

Tabla 3. Asociación edad y riesgo de TCA con el NR11.

Fuente: elaboración propia.

	Riesgo	No riesgo
Media	20.00	19.94
SDT	1.50	1.62
n	12	32

Tabla 4. Asociación edad y riesgo de TCA con el NR20.

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, la edad y el nivel de riesgo (riesgo y no riesgo) se dividieron en dos grupos y se analizaron con la calculadora digital Chi-Square Calculator. El resultado mostró que el chi cuadrado de la edad y el nivel de riesgo es de =2.55 (p=0.10), por lo que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de riesgo de sufrir TCA. Lo anterior se presenta en la tabla 5.

	Riesgo	No riesgo
Edad 1	16 (18.64) [0.37]	28 (25.36) [0.28]
Edad 2	9 (6.36) [1.1]	6 (8.64) [0.81]
Marginal Total	25	34

Tabla 5. Cálculo de la χ^2 de la edad y el riesgo.

Fuente: elaboración propia.

En adición, se realizó el mismo procedimiento con la presencia de antecedentes y el nivel de riesgo, y se obtuvo que el chi cuadrado es de = 0.24 (p=0.62). Por lo tanto, no hay relación estadísticamente significativa.

Posteriormente, se asociaron los dos grupos de edad con la presencia de riesgo de dieta, bulimia y control oral. Se encontró que en la primera asociación el chi cuadrado es de = 3.29 (p=0.06), en la segunda es de = 0.54 (p=0.46) y en la última es de = 0.03 (p=0.85), por lo cual ninguna de las asociaciones es estadísticamente significativa.

De igual manera, se asociaron los antecedentes con la presencia de riesgo de dieta, bulimia y control oral. Los resultados muestran que en la primera asociación el chi cuadrado es de = 0.05 (p=0.81), en la segunda es de = 1.21 (p=0.27) y en la última es de = 1.55 (p=0.21), lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedente y riesgo de dieta, bulimia y control oral.

Por último, se realizó la asociación entre la presencia de riesgo con el NR11 (punto de corte 11) y la presencia de riesgo de dieta, bulimia y control oral. De esta se obtuvo que en las dos primeras asociaciones no hay relación, ya que en uno de los grupos no hay sujetos, y en la tercera asociación el chi cuadrado es de = 3.73 (p=0.05), lo que demuestra que no hay relación estadísticamente significativa.

Discusión

En relación con los objetivos específicos planteados en esta investigación, se encontró que el 56.81 % de las encuestadas presenta riesgo de sufrir de trastornos de la alimentación. En las asociaciones realizadas no se halló una relevancia estadística, lo cual indica que no existe una asociación entre tener un patrón de dieta de riesgo y desarrollar riesgo de trastorno de la alimentación, ni tampoco con la bulimia y el control oral; sin embargo, el hecho de que un poco más de la mitad de la población manifieste signos de riesgo de padecer trastornos de la alimentación representa una gran preocupación, ya que son conductas que afectan su salud física y mental.

De acuerdo con la literatura revisada, otros autores afirman que las mujeres son vulnerables a tener insatisfacción corporal y tienden a realizar conductas de dieta, bulimia y control oral. Por ejemplo, en el estudio realizado en Colombia sobre el modelo predictivo de insatisfacción con la imagen corporal, se encontró que las mujeres reportan un nivel de insatisfacción corporal mayor que el expresado por los hombres, el cual es justificado por los actuales estereotipos que impone la sociedad, como que sean esbeltas, altas y luzcan jóvenes (Villegas y Londoño, 2021). Por otro lado, en el estudio titulado *Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia*, realizado en el 2017, se afirma que las mujeres presentan mayor insatisfacción con el peso que los hombres: quieren ser más delgadas aun teniendo un peso adecuado. Este factor, sumado a la etapa de la adolescencia, representa un alto riesgo para desarrollar conductas alimentarias alteradas (Fajardo et al., 2017).

En consecuencia, el porcentaje de mujeres que poseen riesgo de TCA en esta investigación es mucho mayor a otras investigaciones similares. Por ejemplo, en un estudio que se desarrolló en Colombia sobre trastornos alimentarios, el porcentaje de prevalencia fue de 17.7 % (Londoño, 2005), lo que demuestra una diferencia significativa. Sin embargo, se deben tener en cuenta factores como el total de la muestra, que fue de 362 adolescentes, mientras que el de esta investigación fue de 44 personas. De igual manera, el tipo de instrumento que utilizaron fue el EDI-2, el cual tiene una amplia evaluación de 11 subescalas, y el que se utilizó en esta

investigación fue el EAT-26. Este factor también puede influir en la obtención de resultados.

Asimismo, en la investigación Prevalencia del Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una población de estudiantes de secundaria en Bogotá-Colombia, se utilizó una muestra de 312 mujeres y se evaluó a través de la prueba de SCOFF. Los resultados evidencian que el 30.1 % de las encuestadas presenta riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (Fajardo et al., 2017).

Seguidamente, en otro estudio que se elaboró en España se empleó la escala validada EAT-26, con una muestra de 121 mujeres universitarias, y realizaron un análisis de relaciones entre variables a través del chi cuadrado, coeficiente de correlación de Spearman, el Test de Wilcoxon-Mann-Whitney y el Test de Kruskal-Wallis. A partir de esto, se encontró que la prevalencia de TCA en las encuestadas fue de 14 %. De igual manera, de acuerdo con el IMC, un 6.6 % de las universitarias tienen un riesgo alto de padecer TCA, un 21.5 % no están satisfechas con su imagen corporal y un 5.8 % no valora positivamente su estado de salud (Blagomirova, 2020).

Ahora bien, en un artículo más reciente, titulado *Perfeccionismo, estrés académico y ansiedad social en mujeres estudiantes de medicina y riesgo de padecer un trastorno alimentario: un modelo multivariado*, se reportó que el 23.9 % (n=39) tuvo riesgo de padecer un TA, siendo la percepción de estrés académico y el perfeccionismo sus principales predictores (Mandiola et al., 2022). Este porcentaje resulta significativamente menor

en comparación con el hallado en la presente investigación.

En cuanto al instrumento, la escala utilizada en esta investigación es el EAT-26, que es una escala mucho más simplificada que la original y es más adecuada para los participantes. No obstante, hay algunos ítems que se modificaron, ya que había términos un poco complejos de entender o había ítems con doble negación. En efecto, una de las limitaciones de este estudio es el uso exclusivo del EAT-26 sin complementar con otras pruebas, ya que existen aspectos que no pueden ser evaluados con profundidad; por ejemplo, el SCOFF, un instrumento breve y sencillo que ha demostrado sensibilidad y especificidad para evaluar TCA. En algunas ocasiones complementan el EAT-26 con el SCOFF, debido a que este último contiene solo cinco preguntas, de sí y no, y responder a una sola pregunta de forma afirmativa, es suficiente para incluir al evaluado en el grupo de riesgo de padecer TCA (Lázaro, 2010).

Por esta razón, para futuras líneas de investigación se recomienda emplear múltiples herramientas de medición y evaluación de riesgo de TCA. También resulta pertinente medir cómo el entorno y el contexto social influyen en la manifestación de actitudes hacia la comida y el posterior desarrollo de TCA por ejemplo, evaluar la influencia de los estereotipos sociales que promueven la insatisfacción corporal y fomentan conductas restrictivas, como dietas estrictas orientadas a alcanzar determinados estándares de apariencia. Además, también sería oportuno comparar los dos sexos para observar las diferencias de actitudes entre hombres y mujeres.

En conclusión, se obtuvieron resultados altos en relación con otros estudios. Asimismo, a partir de estas comparaciones se encuentra que en las mujeres, sobre todo en la etapa de la adolescencia, hay más riesgo de desarrollar un TCA. Por otra parte, el EAT-26 es una prueba adecuada para evaluar actitudes hacia la alimentación, ya que es rápida, práctica y los ítems que contiene contemplan componentes como perfección, insatisfacción corporal y dietas, que son importantes a la hora de identificar TCA.

References

- Alvarenga, M., Francischi, R., Fontes, F., Baeza, F., & Tucunduva, S. (2010). Adaptación y validación al español del *Disordered Eating Attitude Scale (DEAS)*. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 12(1), 11–23. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082010000100002&lng=en&tlng=es
- Blagomirova, M. (2020). *Actitudes ante la alimentación en estudiantes mujeres de Grado de Enfermería en la UVA* [Trabajo de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio UVA. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41914/TFG-H1878.pdf?sequence=1>
- Constaín, G., Rodríguez, M., Ramírez, G., Gómez, G., Mejía, L., & Cardona, J. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala *Eating Attitudes Test-26* para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 49(4), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Duarte, J., & Mendieta, H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria: problema de salud pública. *Inteligencia Epidemiológica*, 9(1), 33–38. <https://ddsisem.edomex.gob.mx:24243/index.php/ieevece/article/view/96/97>
- Fajardo, E., Méndez, C., & Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de

- secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46–57. <https://doi.org/10.18359/rmed.2917>
- Franco, K., Díaz, F., & Bautista, M. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Revista Universidad de Manizales*, 19(2), 303–314. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273860963010/273860963010.pdf>
- Gaete, M., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes jóvenes: parte 1. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(5), 566–578. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70351-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70351-6)
- Lázaro, R. (2010). Protocolo diagnóstico de la pérdida de peso en la adolescencia. *Medicine*, 10(61), 4234–4237. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(10\)70224-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(10)70224-9)
- Londoño, M. (2005). *Trastornos alimenticios: anorexia y bulimia nerviosas en una muestra de la población colombiana* [Trabajo de grado, Universidad de los Andes]. Repositorio Institucional Séneca. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/22592/u270809.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mandiola, M., Arancibia, M., Elton, V., Madrid, E., Meza, N., Stojanova, J., Lutz, M., & Leyton, F. (2022). Perfeccionismo, estrés académico y ansiedad social en mujeres estudiantes de medicina y riesgo de padecer un trastorno alimentario: un modelo multivariado. *Revista Médica de Chile*, 150, 1046–1053. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000801046>
- Méndez, J., Vázquez, V., & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579–592. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tlng=es
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández, M., & Bojorquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. *Revista Salud Pública de México*, 62(6), 734–744. <https://doi.org/10.21149/11545>
- Villegas, M., & Londoño, C. (2021). *Modelo predictivo de insatisfacción con la imagen corporal* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio UCATÓLICA. <https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/bffbe409-9f5f-430c-bd0c-cdfeeb2163d5>

Cómo citar este artículo:

Lozano Clavijo, D. V., Nieto Fonseca, A. M., Villamizar Matagira, S. E., & Pérez Rivero, P. F. (2025). Actitudes hacia la comida en estudiantes universitarias de la ciudad de Bucaramanga. *Diversitas*, 21(1), 80-87.

<https://doi.org/10.15332/22563067.8590>