

Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionada con la salud en niños

Disordered Eating Behaviors and Attitudes, and Health-Related Quality of Life in Children

Karina Franco-Paredes^a, Felipe Díaz-Reséndiz^a, Felipe Santoyo-Telles^a,
& Carlos A. Hidalgo-Rasmussen^{a,b}

^aUniversidad de Guadalajara, Guadalajara, México

^bUniversidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile

El propósito de esta investigación fue identificar la presencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas (CAAA) y su asociación con el peso corporal y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra infantil. Participaron 398 niños de una escuela pública y tres privadas, 203 mujeres (51%) y 195 varones (49%), quienes contestaron el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT-26) y el Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL); también se registró su peso y talla para el cálculo del índice de masa corporal. Se encontró que la prevalencia de CAAA fue de 14,1% para la escuela pública y 13,4% para la escuela privada. Los participantes con sobrepeso presentaron mayor riesgo de CAAA (*OR*: 2,36; 95% *IC*: 1,18-4,73) en comparación con los participantes de peso normal. Las niñas y niños con CAAA que asistían a escuelas públicas presentaron puntuaciones significativamente menores en funcionamiento físico, funcionamiento escolar y el total del PedsQL que sus contrapartes de escuelas privadas. El tipo de escuela, la edad y las CAAA explicaron el funcionamiento escolar. Se concluyó que una cantidad importante de niños, principalmente con sobrepeso, presentaron CAAA y estas influyen en la calidad de vida relacionada con la salud.

Palabras clave: conductas y actitudes alimentarias anómalas, peso corporal, calidad de vida relacionada con la salud, niños.

The purpose of this research was to identify the presence of disordered eating behaviors and attitudes (DEBA) and its relation to body weight and health-related quality of life in children. The sample comprised 398 children from four elementary schools, public and private, 203 women (51%) and 195 men (49%), who completed the Children Eating Attitudes Test (ChEAT-26) and the Pediatric Questionnaire Quality of Life (PedsQL). As a part of the procedure, body weight and size were registered in order to determine the body mass index. The data analysis yielded a prevalence of 14.1% and 13.4% of DEBA respectively to public and private school. Overweight participants showed higher risk of DEBA than peers of normal weight (*OR*: 2.36; 95% *CI*: 1.18-4.73). Children with DEBA from public schools showed minimized scores in the physical functioning, scholar functioning and for the total of PedsQL compared to peers from private schools. The scholar functioning was explained by type of school, age and DEBA. It was concluded that a significant number of children, mainly overweight, presented DEBA, and they affect the health-related quality of life.

Keywords: disordered eating behaviors and attitudes, body weight, health-related quality of life, children.

Se agradece el financiamiento del proyecto Prodep 20799 aprobado a los miembros del cuerpo académico Comportamiento, Salud y Calidad de Vida (UDG-CA764). Los autores también agradecen a Gisela Rodríguez Rubio y Jessica Elizabeth Pineda Lozano por el apoyo en la recolección de los datos y la elaboración de la base de datos.

Contacto: K. Franco Paredes, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara. Av. Enrique Arreola Silva # 883, Col. Centro, Ciudad Guzmán, C.P. 49000, Jalisco, México. Correo electrónico: karina.franco@academicos.udg.mx

Cómo citar: Franco-Paredes, K., Díaz-Reséndiz, F., Santoyo-Telles, F., & Hidalgo-Rasmussen, C. A. (2017). Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionada con la salud en niños. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47947>

Introducción

Las conductas y actitudes que son similares a aquellas que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y que no cumplen con los criterios clínicos de los mismos, pero causan afectaciones importantes en la vida diaria de las personas, se han denominado conductas y actitudes alimentarias anómalas (CAAA; Berbert de Carvalho, Dos Santos Alvarenga, & Caputo Ferreira, 2017). La identificación temprana de estas conductas y actitudes es relevante debido a que son importantes predictores para el desarrollo de problemas graves de salud como los propios TCA así como de los problemas de exceso de peso corporal (e.g., sobrepeso u obesidad).

El estudio de las CAAA se ha realizado principalmente con muestras de adolescentes y adultos jóvenes. Por ejemplo, en Hong Kong se encontró que 6,5% de las mujeres y 3,9% de los varones adolescentes las presentaron (Tam, Ng, Yu, & Young, 2007), en tanto que en los países árabes entre 13,8 y 47,3% de las mujeres y entre 16,2% y 49,1% de los varones adolescentes presentaron CAAA (Musaiger et al., 2013; Musaiger, Al-Mannai, & Al-Lalla, 2014). En general, la prevalencia de estas conductas y actitudes es más frecuente entre las mujeres en comparación con los varones (Díaz de León-Vázquez, Rivera-Márquez, Bojórquez-Chapela, & Unikel-Santoncini, 2017). También existe evidencia de que estas conductas y actitudes están presentes desde edades tempranas. En el ámbito internacional las investigaciones han mostrado que entre 7% y 17% de los niños con edades entre 7 y 12 años presentan CAAA (Gowey, Lim, Clifford, & Janicke, 2014; Lee et al., 2013), y la prevalencia es mayor entre quienes presentan problemas de exceso de peso (Goldschmidt, Wall, Loth, & Neumark-Sztainer, 2015).

En México son escasos los estudios realizados con niños; también prevalecen las investigaciones con muestras de adolescentes y jóvenes, principalmente estudiantes que radican en grandes ciudades. Por ejemplo, en muestras de jóvenes, se encontró que entre 11,9% y 13,9% de las mujeres y entre 4,6% y 6,4% de los varones presentan CAAA (Franco Paredes et al., 2010; Vázquez Arévalo, López Aguilar, Álvarez Rayón, Franco Paredes, & Mancilla Díaz, 2004) considerando el punto de corte del Test de Actitudes Alimenta-

rias, uno de los instrumentos más utilizados para analizar las CAAA (Ortega-Luyando et al., 2015). Por otro lado, utilizando el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo se encontró que la presencia de CAAA en adolescentes fue de 4% a 11,9% en mujeres (Altamirano Martínez, Vizmanos Lamotte, & Unikel Santoncini, 2011; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Unikel, Root, Vonholle, Ocampo, & Bulik, 2011) y 4,1% en varones (Díaz de León-Vázquez et al., 2017). Asimismo, Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista, & Medina-Mora Icaza (2006) mostraron que entre los años 1997 y 2003 aumentó la presencia de estas conductas y actitudes en mujeres adolescentes. Palma-Coca et al. (2011) informaron que 5,3% de las mujeres y 2,5% de los varones adolescentes entre 10 y 19 años de edad presentaron CAAA, siendo mayor la prevalencia entre quienes presentaban sobrepeso y obesidad que entre quienes tenían peso normal, y la prevalencia fue mayor conforme aumentó el nivel socioeconómico.

El antecedente nacional más reciente en el que se evaluaron las CAAA es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Se encontró que en el rango de edad de 10 a 13 años fue más frecuente la preocupación por engordar (11,4% y 11,3%), comer demasiado (10% y 9,9%) y la pérdida de control al alimentarse (7% y 5,8%), respectivamente para niños y niñas, sin diferencias significativas entre géneros (Gutiérrez et al., 2012).

Existen resultados inconsistentes respecto a la prevalencia de las CAAA y pueden explicarse debido a las diferencias metodológicas de los estudios. Es decir, en algunas investigaciones se analizan conductas y actitudes específicas a partir de las respuestas a cada reactivo (e.g., Unikel et al., 2011), en tanto que en otras se considera la puntuación total de algún instrumento, generalmente el EAT-40 (e.g., Franco Paredes et al., 2010). No obstante, es consistente que la prevalencia de las CAAA es mayor que la de los TCA (Ortega-Luyando et al., 2015). Por tanto, su estudio es relevante y pertinente dada su relación con la salud y la calidad de vida de la población vulnerable a estas conductas y actitudes.

Se ha documentado que la presencia de las CAAA es común en personas que tienen problemas con su peso corporal, quienes pueden presentar afectaciones importantes en su calidad de vida

tanto por la presencia de las CAAA como por su peso corporal. Existe un cuerpo sólido de evidencias que muestran que la calidad de vida relacionada con la salud disminuye conforme aumenta el peso corporal. Los niños con obesidad presentan menor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con quienes tienen peso normal (Buttitta, Ilescu, Rosseau, & Guerrien, 2014; Sanders, Han, Baker, & Coble, 2015).

Se tiene conocimiento de que la relación entre las CAAA y la calidad de vida ha sido analizada en tres investigaciones. Herpertz-Dahlman, Wille, Hölling, Vloet, y Ravens-Sieberer (2008) encontraron que los adolescentes con CAAA presentaron una menor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con quienes no las presentaron. Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín (2011) en un estudio con niños y adolescentes entre 11 y 15 años de edad encontraron una menor calidad de vida en quienes presentaban CAAA y que la percepción de sobrepeso correlacionó negativamente con las dimensiones de calidad de vida. Asimismo, Gowe et al. (2014) encontraron que las CAAA y el peso corporal fueron los mejores predictores de la calidad de vida relacionada con la salud en niños entre 8 y 12 años de edad.

Las investigaciones han demostrado que el exceso de peso además de estar relacionado con altos niveles de psicopatología también reduce la calidad de vida. Sin embargo, son escasos los estudios en población exclusiva de niños que hayan analizado las CAA y hayan sido realizados con datos objetivos para calcular el IMC. Asimismo, la mayoría de los estudios se han centrado en el análisis de muestras de grandes ciudades, siendo limitado o escaso el análisis de esta problemática en ciudades pequeñas. Por tanto, el propósito de esta investigación fue identificar la presencia de CAAA y su asociación con el peso corporal y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra infantil.

Método

Muestra

Participaron 398 niños de cuatro escuelas primarias de Ciudad Guzmán, Jalisco, México: una escuela pública y tres privadas, 203 mujeres (51%) y 195 varones (49%). La muestra de la escuela pública estuvo conformada por 249 niños

(51,8% mujeres y 48,2% varones), con una edad promedio de 11,05 años ($DE = 0,97$). La muestra de las escuelas privadas fue de 149 niños (49,7% mujeres y 50,3% varones), con una edad promedio de 10,87 años ($DE = 0,79$). La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Otzen & Manterola, 2017); la selección de la escuela pública se realizó considerando aquella que tuviera la mayor cantidad de matrícula y estuviera ubicada en la zona centro, debido a que en ella confluyen estudiantes de las diferentes colonias de la ciudad; en tanto que la selección de las escuelas públicas se realizó considerando que también estuvieran ubicadas en la zona centro y fueran las de mayor tamaño de matrícula.

Instrumentos y medidas

Conductas y actitudes alimentarias anómalas. Test Infantil de Actitudes Alimentarias (Children's Eating Attitudes Test, ChEAT) (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Es un instrumento frecuentemente utilizado para identificar CAAA. La versión validada en México que fue utilizada en esta investigación obtuvo un alfa de Cronbach de ,82 (Escoto Ponce de León & Camacho Ruiz, 2008). El ChEAT está conformado por 26 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert (desde *nunca* = 0 a *siempre* = 3). Los valores de todos los reactivos son sumados para crear una puntuación total. Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel (1982) establecieron como punto de corte una calificación total igual o mayor de 20 puntos, que indica la presencia de CAAA. El Alfa de Cronbach para la muestra del presente estudio fue de ,76.

Calidad de vida relacionada con la salud. Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL) (Varni, Seid, & Rode, 1999). Este instrumento fue desarrollado para utilizarse tanto en la práctica clínica como en niños sanos, y se ha adaptado para evaluar enfermedades tales como cáncer, diabetes, asma, entre otros problemas de salud. Cuenta con 23 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (desde *nunca* = 0 a *siempre* = 4). Se obtiene una puntuación global y una para cada dimensión: física, emocional, social y funcionamiento escolar. Las puntuaciones obtenidas son transformadas a una escala de 0 a 100, en la que puntuaciones altas significan una mejor calidad de

vida. Se han realizado traducciones a varios idiomas entre ellos el español y ha mostrado una excelente confiabilidad interna tanto para adolescentes como para padres (Chan, Mangione-Smith, Burwinkle, Rosen, & Varni, 2005; Varni, Burwinkle, Seid, & Skarr, 2003; Varni & Limbers, 2009; Varni, Seid, Smith Knight, Uzark, & Szer, 2002; Varni, Seid, & Kurtin, 2001; Varni et al., 1999). El alfa de Cronbach para la muestra del presente estudio fue de ,85.

Índice de masa corporal (IMC). Para calcular el IMC los participantes fueron medidos utilizando un Tallímetro SECA, que es una escala métrica que permite obtener la estatura o la longitud de un individuo, con una precisión de 1 mm. Fueron pesados en una báscula TANITA BC-553, aparato que analiza la composición corporal mediante impedancia bioeléctrica con una precisión de 100 gr. Para la clasificación del IMC se utilizaron las tablas de referencia, de acuerdo con la edad, para varones y mujeres de 2 a 20 años del Centers of Disease, Control and Prevention (Kuczmarski et al., 2002). Los valores de IMC menores al percentil 5 son considerados con bajo peso, del percentil 5 a menos de 85 peso normal, sobrepeso del percentil 85 a menos de 95 y de 95 en adelante obesidad.

Procedimiento

Se solicitó la autorización a las autoridades escolares correspondientes para realizar el estudio. Después se envió un consentimiento informado a los padres de los menores y solo se solicitó la participación voluntaria de los niños y niñas que contaban con el consentimiento de sus padres. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las aulas de clases en donde permaneció al menos uno de los investigadores responsables. Los instrumentos fueron contestados en 15-20 minutos.

Cuando los participantes terminaron pasaron de manera individual a un aula independiente en donde una pasante de la Licenciatura en Nutrición registró su peso y talla. El procedimiento realizado atendió los principios del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) y de la American Psychological Association (APA, 2010). El protocolo de investigación se registró ante el comité de Bioética de la institución a la que pertenecen los autores.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra y se calcularon los porcentajes e intervalos de confianza al 95% para la cantidad de participantes que presentaron CAAA. Para evaluar la asociación entre el peso corporal y la presencia de las CAAA se realizó un análisis de regresión logística ordinal. Para evaluar si existían diferencias significativas entre los grupos respecto a la calidad de vida relacionada con la salud se realizó un análisis de varianza (Anova); y para analizar si existían diferencias entre los participantes de escuela pública y privada respecto a la calidad de vida relacionada con la salud se calculó la prueba *t* de Student.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar si las variables edad, tipo de escuela, IMC, total del EAT y sus factores (variables independientes) explicaban la calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones (variables criterio). Se evaluó si cada modelo generado cumplía con los supuestos teóricos de la regresión: independencia, normalidad y homocedasticidad (Field, 2004). El supuesto de independencia se evaluó con el estadístico D de Durbin-Watson. El valor de este estadístico varía entre cero y cuatro, si el valor se aproxima a dos indica que no existe correlación entre los residuales. Para evaluar el supuesto de normalidad se analizó la figura de los residuales verificando que se agruparan sobre la línea recta que va del extremo inferior izquierdo al extremo superior derecho de la figura. El supuesto de homocedasticidad se evaluó mediante distribución de los residuales, lo que debe ser en forma aleatoria, es decir, no debe identificarse un patrón característico en los datos.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características de los participantes. Como se observa, la mayoría pertenecía a instituciones públicas. Asimismo, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 33,9% en las niñas y 42,6% en los niños, siendo mayor la proporción de niños que presentó sobrepeso u obesidad en comparación con las niñas ($\chi^2 = 8,58; p < ,05$).

Considerando el punto de corte establecido para el ChEAT la prevalencia de CAAA fue de

13,8% (95% IC: 10,4-17,1) para la muestra total. Para los niños fue de 14,9% (95% IC: 9,8-19,9). y para las niñas, 12,8% (95% IC: 8,1-17,4). De acuerdo con el tipo de escuela la prevalencia fue de 14,1% (95% IC: 9,7-18,4) para la escuela pública y 13,4% (95% IC: 7,9-18,9) para la escuela privada. Considerando la clasificación del peso

corporal se encontró que las CAAA estuvieron presentes en 4,5% de los participantes con bajo peso corporal, 11,2% con peso normal, 22,9% con sobrepeso y 15,9% con obesidad. Los participantes con sobrepeso presentaron mayor riesgo de CAAA (*OR*: 2,36; 95% *IC*: 1,18-4,73) comparados con los participantes de peso normal.

Tabla 1
Características de la muestra

	Mujeres (<i>n</i> = 203)	Varones (<i>n</i> = 195)
<i>Edad M(DE)</i>	10,94(,92)	11,02(,90)
<i>Antropometría</i>		
Peso M(DE)	44,24(11,73)	44,32(12,66)
Estatura M(DE)	148,29(8,68)	147,81(8,88)
IMC M(DE)	19,86(3,78)	20,01(4,18)
<i>Tipo de escuela</i>		
% Pública	63,50	61,50
% Privada	36,50	38,50
<i>Clasificación IMC</i>		
% Bajo peso	3,40	7,70
% Normopeso	62,60	49,70
% Sobrepeso	16,70	18,50
% Obesidad	17,20	24,10

Nota. *M* = Media; *DE* = desviación estándar; % = porcentaje.

Considerando el género y la presencia / ausencia de CAAA se realizó un análisis de varianza para comparar el PedsQL y sus cuatro dimensiones (ver la tabla 2). Las niñas con CAAA presentaron menores puntuaciones que sus contrapartes en el total del PedsQL y tres de sus dimensiones: funcionamiento emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar. En tanto, los niños con CAAA presentaron puntuaciones menores que sus contrapartes en el total del PedsQL y dos de sus dimensiones: funcionamiento emocional y funcionamiento escolar. Entre las niñas y niños

con CAAA no hubo diferencias significativas, por tal motivo en los análisis posteriores se consideraron como un solo grupo.

Se comparó la puntuación total del PedsQL y sus dimensiones entre los niños / niñas con CAAA por tipo de escuela. Se encontró que quienes asistían a escuelas públicas presentaron puntuaciones significativamente menores que sus contrapartes de escuelas privadas respecto a la puntuación total del PedsQL y en el funcionamiento físico y escolar (ver la tabla 3).

Tabla 2
Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo al género y la presencia/ausencia de CAAA

PedsQL	Niñas				Niños				<i>F</i>
	Sin CAAA		CAAA		Sin CAAA		CAAA		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Total	81,90 _b	10,71	71,57 _a	17,56	82,37 _b	9,51	77,06 _a	14,47	8,66*
Físico	84,46	11,77	79,57	16,86	85,84	9,89	84,38	13,62	2,27
Emocional	74,15 _b	17,19	59,81 _a	23,09	77,68 _b	15,21	60,52 _a	19,92	8,90*
Social	88,11 _b	12,45	78,27 _a	17,72	86,16 _a	13,71	80,86 _a	18,71	5,36*
Escolar	79,32 _b	14,79	63,85 _a	28,96	77,73 _b	14,31	68,10 _a	22,05	9,61*

Nota. **p* < ,05 Las medias en la misma fila que no comparten subíndices son diferentes estadísticamente a un nivel de *p* < ,05 con la prueba DMS. CAAA = Conductas y actitudes alimentarias anómalas.

Tabla 3
Comparación por tipo de escuela

PedsQL	Pública		Privada		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Total	71,09	16,49	80,38	13,83	2,12	,03
Físico	79,20	15,49	87,19	13,86	1,91	,05
Emocional	64,43	23,09	67,25	20,22	,45	,65
Social	77,29	18,12	83,75	17,83	1,28	,20
Escolar	58,57	26,72	79,25	16,40	3,55	,001

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar si las CAAA (puntuación total del EAT y sus factores), el IMC, la edad y el tipo de escuela explicaban la calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones. Se encontró que solo dos modelos cumplieron con los supuestos teóricos de la regresión (ver la tabla 4). El modelo 1 explicó la mayor cantidad de la varianza. En este modelo se incluyó como variable

critério el funcionamiento escolar, y se encontró que el tipo de escuela, la edad y el total del EAT-40 explicaron 32% de su variabilidad. El valor del estadístico *D* de Durbin-Watson fue de 1,90 el cual indica independencia entre los residuales. La distribución de los residuales mostró que el modelo también cumplió con los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Tabla 4
Análisis de regresión lineal múltiple para los modelos que explicaron el Funcionamiento Escolar y el total del PedsQL

Variables	β	<i>t</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>
Modelo 1. Variable criterio: Funcionamiento Escolar				
Tipo de escuela	,36	3,11*	,32	9,81*
Edad	,34	2,43*		
Total ChEAT	-,24	-2,11*		
Modelo 2. Variable criterio: Total PedsQL				
Edad	,34	2,74*	,20	6,48*
Evitación de alimentos engordantes	-,29	,29*		

Nota. **p* < ,05.

Discusión

El propósito de esta investigación fue identificar la presencia de las CAAA y su asociación con el peso corporal y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra infantil. En las últimas dos décadas las investigaciones han demostrado que los TCA, y las conductas y cogniciones que los caracterizan, se presentan cada vez en más culturas y diversas sociedades contemporáneas (Palma-Coca et al., 2011), y que son más prevalentes de lo que inicialmente se consideraba tanto en países no occidentales como en vías de desarrollo, así como en lugares menos urbanizados (Unikel & Bojorquez, 2007). Una primera contribución de la presente investigación es mostrar que los niños / niñas de ciudades pequeñas sí presentan CAAA y en proporciones similares a

las encontradas en países del primer mundo o en grandes ciudades, por lo que se evidencia que las investigaciones deben ampliarse a diversos lugares y culturas.

El porcentaje de CAAA para la muestra total (13,8) se encuentra en el rango obtenido en estudios internacionales que han utilizado el ChEAT (Gowey et al., 2014; Lee et al., 2013). Hasta donde se tiene conocimiento este es el primer estudio en el que se evalúan las CAAA en muestras de infantes mexicanos empleando el ChEAT, por lo que no es posible realizar una comparación directa con los resultados obtenidos en investigaciones nacionales. No obstante, es necesario analizar dos puntos. Primero, se confirma que cantidades importantes de niños / niñas presentan conductas y actitudes consideradas de riesgo o expresiones subclínicas de los TCA, tal como se ha documen-

tado en otras investigaciones (Palma-Coca et al., 2011) y encuestas nacionales (Gutiérrez et al., 2012). Segundo, los porcentajes se encuentran dentro del rango obtenido para adolescentes (Franco Paredes et al., 2010; Vázquez Arévalo et al., 2004), lo que significa que se tiene una problemática de igual magnitud en ambos sectores de la población. Por tanto, se encienden los focos rojos para que el estudio de esta problemática no se centre solo en adolescentes y jóvenes; es necesario trabajar con diversas poblaciones y con diseños que permitan la comparación de resultados entre los estudios y el análisis a largo plazo.

Considerando el género los resultados mostraron una prevalencia cercana de CAAA entre niños (14,9%) y niñas (12,8%). Este resultado contradice la mayoría de la literatura existente debido a que generalmente mayores porcentajes de niñas presentan CAAA en comparación con los varones (e.g., Gowe et al., 2014). Sin embargo, en países de Medio Oriente también son cercanos los porcentajes de CAA entre los géneros (Musaiger et al., 2014). Estos hallazgos muestran la necesidad de analizar con mayor detalle la influencia del género en la presencia de CAAA en muestras de infantes. Por ejemplo, se ha señalado que existen diversos factores que pueden influir para la presentación de CAAA en varones y mujeres, como la composición corporal, la pubertad, la transición alimentaria, el ambiente familiar, entre otros (Musaiger et al., 2013). En esta investigación se encontró una alta prevalencia de exceso de peso tanto en niños (42,6%) como en niñas (33,9%), y se sabe que la composición corporal está relacionada con la presencia de CAAA. Por otro lado, debe considerarse que los participantes están en la transición entre la niñez y la adolescencia, momento que se caracteriza por cambios físicos y psicológicos importantes que los ubican en una condición crítica y de vulnerabilidad. La teoría del comportamiento problemático sugiere que la adolescencia es un período crítico para llevar a cabo conductas no saludables, entre ellas las CAAA (Jessor, 1991). Por tanto, puede hipotetizarse que la presencia de CAAA en proporciones cercanas entre ambos géneros puede explicarse por el momento de cambios psicobiológicos en el que se encontraban los participantes. Por ello es necesario que investigaciones futuras analicen si efectivamente solo en este período de desarrollo la prevalencia de CAAA es similar entre géneros.

En estudios longitudinales se podría analizar la evolución de las CAAA en las diferentes etapas (niñez, adolescencia, juventud y adultez) para identificar el inicio, desarrollo y períodos críticos para su presencia.

Las investigaciones han mostrado que las CAAA se asocian con el exceso de peso corporal (Gowe et al., 2014). En la presente investigación se confirmó que las CAAA fueron más prevalentes entre quienes presentaron sobrepeso (22,9%) u obesidad (15,9%) en comparación con sus pares que tenían peso normal o bajo peso. En este sentido el presente estudio no solo confirma la alta prevalencia de problemas de sobrepeso u obesidad entre los infantes; también presenta evidencia de que la condición de sobrepeso representa mayor riesgo para que los infantes estén motivados para adelgazar, se preocupen por la comida y realicen dietas restrictivas, presentando una situación de vulnerabilidad para el desarrollo de algún TCA. Este hallazgo es importante debido a que los niños de nuestro país están en el primer lugar de exceso de peso a nivel mundial, esencialmente debido al consumo de alimentos con alto contenido calórico y poco aporte nutrimental. Esto se suma a la poca actividad física, que se debe a un problema que caracteriza a los países de tercer mundo: la desfavorable condición de inseguridad social para realizar actividades al aire libre, por lo que los padres prefieren que sus hijos permanezcan en casa entreteniéndose con el uso de *gadgets* que promueven las conductas sedentarias (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2014).

Los resultados de la presente investigación apoyan la relación encontrada en algunas investigaciones antecedentes sobre las CAAA y el deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud en niños (c.f. Gowe et al., 2014; Herpertz-Dahlmann et al., 2008). Los participantes con CAAA presentaron menor funcionamiento emocional y escolar en comparación con sus pares sin CAAA, y en las niñas con CAAA el funcionamiento social también estuvo afectado. Una aportación del presente estudio a la literatura internacional es que no se encontraron diferencias en cuanto al funcionamiento físico entre quienes presentaron CAAA y sus pares sin CAAA. Estos hallazgos indican que la presencia de CAAA, un precursor importante para el desarrollo de los TCA, afecta principalmente el funcionamiento emocional y no el desempeño en las actividades

cotidianas de los infantes, lo cual coincide con los resultados encontrados en personas con diagnóstico de TCA (Jenkins et al., 2014).

Otra aportación del presente estudio a la literatura sobre CAAA y calidad de vida en población infantil es la comparación entre el tipo de escuela. Los infantes con CAAA de escuelas públicas presentaron menor funcionamiento físico y escolar en comparación con quienes presentaron CAAA de escuelas privadas. Si bien no se evaluó el nivel socioeconómico, variable que está relacionada directamente con la calidad de vida, se puede asumir de manera general que quienes asisten a escuelas públicas en México se caracterizan por pertenecer a niveles socioeconómicos más bajos que quienes asisten a escuelas privadas, lo cual lleva implícito tener acceso a programas y oportunidades de desarrollo diferentes. Otro hallazgo importante fue que no hubo diferencias en la dimensión social y emocional, destacando el componente emocional debido a que las puntuaciones indican que los infantes experimentan ansiedad, tristeza y preocupación. Este hecho también enciende los focos de alerta debido a que es necesario implementar estrategias que contribuyan a mejorar la salud emocional de los infantes, quienes están presentando problemas emocionales a edades cada vez más tempranas (Lyons-Ruth et al., 2017)

Finalmente, se encontró que por sí solas las CAAA no explican la calidad de vida relacionada con la salud. Solo la interacción entre las CAAA, la edad y el tipo de escuela explicaron cambios en el funcionamiento escolar, es decir, en cómo se desenvuelven los infantes en la escuela. Este resultado es relevante debido a que se muestra que estas tres variables tienen repercusiones importantes en la vida cotidiana de los infantes, en un área que es fundamental en esta etapa, ya que si se tienen problemas para realizar las actividades que se requieren en la escuela y/o dejan de asistir, su rendimiento académico puede modificarse y afectar su desarrollo intelectual.

La interpretación de los resultados de esta investigación debe considerarse en el contexto de las siguientes limitaciones. Se trabajó con una muestra no probabilística por lo que no puede considerarse representativa, por tanto, los resultados no pueden generalizarse. En esta investigación se consideró el punto de corte internacional para el ChEAT debido a que aún no se ha esta-

blecido uno para la población mexicana. La comparación de la prevalencia de las CAAA con la obtenida tanto en el contexto nacional como internacional resulta limitada debido a cómo se analiza. Por ejemplo, en algunos estudios se calcula la prevalencia total, en otros por cada conducta, y en otros por nivel (moderadas, altas). Por tanto, el presente trabajo deja la posibilidad de nuevos estudios que contribuyan con la evidencia que facilite la comparación con la literatura internacional. Otra limitación fue que, al considerar la clasificación del peso corporal, el tamaño de los subgrupos fue reducido y no se analizó el efecto de esta variable. Futuras investigaciones deberán analizar si la presencia de CAAA en personas con exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se relaciona con un mayor deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con quienes presentan peso normal.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación confirman la presencia de CAAA en población infantil y su vinculación con un deterioro importante con la calidad de vida relacionada con la salud, específicamente con el funcionamiento escolar. Por tanto, es evidente la necesidad de que el estudio de esta problemática empiece a ocupar un lugar central y no siga relegado a un lugar secundario o vinculado a lo meramente estético.

Comprender ampliamente esta problemática permitirá implementar los correspondientes programas de prevención. La importancia de identificar e intervenir lo más pronto posible sobre estas conductas y cogniciones se debe a que quienes presentan CAAA en edades tempranas tienen mayor riesgo de desarrollar algún TCA en edades adultas (Liechty & Lee, 2013).

Referencias

- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, District of Columbia: APA.
- Altamirano Martínez, M. B., Vizmanos Lamotte, B., & Unikel Santoncini, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
<http://doi.org/fxspks>
- Berbert de Carvalho, P. H., Dos Santos Alvarenga, M., & Caputo Ferreira, M. E. (2017). An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*, 116, 164-172.

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.037>
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: A literature review. *Quality of Life Research*, 23(4), 1117-1139. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0568-5>
- Chan, K. S., Mangione-Smith, R., Burwinkle, T. M., Rosen, M., & Varni, J. W. (2005). The PedsQL: Reliability and validity of the Short-Form Generic Core Scales and Asthma Module. *Medical Care*, 43(3), 256-265. Recuperado de <https://goo.gl/SibrMX>
- Díaz de León-Vázquez, C., Rivera-Márquez, J. A., Bojorquez-Chapela, I., & Unikel-Santoncini, C. (2017). Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. *Salud Pública de México*, 59(3), 258-265. <https://doi.org/10.21149/8000>
- Escoto Ponce de León, M. & Camacho Ruiz, E. (2008). Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 99-106. Recuperado de <https://goo.gl/xpjt6o>
- Franco Paredes, K., Martínez Moreno, A. G., Díaz Reséndiz, F. J., López-Espinoza, A., Aguilera Cervantes, V. G., & Valdés, E. H. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 102-111. Recuperado de <https://goo.gl/ktUWCK>
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London, United Kingdom: SAGE.
- Garner, M., Olmstead, P., Bohr, Y., & Garfinkel, E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Risk factors for disordered eating in overweight adolescents and young adults. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(10), 1048-1055. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsv053>
- Gowey, M. A., Lim, C. S., Clifford, L. M., & Janicke, D. M. (2014). Disordered Eating and Health-Related Quality of Life in Overweight and Obese Children. *Journal of Pediatric Psychology* June, 39(5), 552-561. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsu012>
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., ... Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 82-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-008-1009-9>
- Hidalgo-Rasmussen, C. A. & Hidalgo-San Martín M. A. (2011). Percepción del peso corporal, comportamiento de control de peso y calidad de vida en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2), 71-81. Recuperado de <https://goo.gl/AzHL7C>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Doyle, A. C., Eddy, K., Crosby, R. D., Hill, L., ... Le Grange, D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.006>
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605. [http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X\(91\)90007-K](http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X(91)90007-K)
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmstead, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552. Recuperado de <https://goo.gl/CsaLd4>
- Kuczarski, R.J., Ogden, C.L., Guo, S.S., Grummer-Strawn, L. M., Flegal, K. M., Mei, Z., ... Johnson, C. L. (2002). 2000 CDC growth charts for the United States: Methods and development. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat*, 11(246). Recuperado de <https://goo.gl/JSCuX7>
- Lee, H. J., Park, S., Kim, C. Il., Choi, D. W., Lee, J. S., Oh, S. M., ... Oh, S. W. (2013). The association between disturbed eating behavior and socioeconomic status: The Online Korean Adolescent Panel Survey (OnKAPS). *PLoS ONE*, 8(3), 6-13. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0057880>
- Liechty, J. M. & Lee, M. J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 790-800. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22174>
- Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., ... Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder report of the task force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695-705. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21674>
- Maloney, M., McGuire, J., & Daniels, S. (1988). Relia-

- bility testing of children's version of the eating attitudes test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 541-543.
<http://doi.org/drphbm>
- Martínez-Munguía, C. & Navarro-Contreras, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(Supl 1), 94-S101.
 Recuperado de <https://goo.gl/umnChj>
- Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., & Al-Lalla, O. (2014). Risk of disordered eating attitudes among male adolescents in five emirates of the United Arab Emirates. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 898-900.
<http://dx.doi.org/10.1002/eat.22256>
- Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, E. Y. A., Kalam, F., ... Chirane, M. (2013). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite*, 60(1), 162-167.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.012>
- Ortega-Luyando, M., Álvarez-Rayón, G., Garner, D. M., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz, M. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 51-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
<http://doi.org/chs5>
- Palma-Coca, O., Hernández-Serrato, M. I., Villalobos-Hernández, A., Unikel-Santoncini, C., Olaiz-Fernández, G., & Bojórquez-Chapela, I. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health*, 49(4), 400-406.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.01.019>
- Sanders, R.H., Han, A., Baker, J.S., & Cobley, S. (2015). Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: A systematic review of Australian children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 174(6), 715-742.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00431-015-2551-3>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México D. F., México: Trillas.
- Tam, C. K., Ng, C. F., Yu, C. M., & Young, B. W. (2007). Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: Prevalence and correlates. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(12), 811-817.
<http://doi.org/b23bst>
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., & Medina-Mora Icaza, M. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
 Recuperado de <https://goo.gl/q4AP8r>
- Unikel, C. & Bojórquez, I. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*, 42(1), 59-68.
<http://dx.doi.org/10.1080/00207590600760277>
- Unikel, C., Root, T., Vonholle, A., Ocampo, R., & Bulik, C. M. (2011). Disordered eating and substance use among a female sample of Mexican adolescents. *Substance Use and Misuse*, 46(4), 523-534.
<http://dx.doi.org/10.3109/10826081003725260>
- Varni, J. W., Burwinkle, T., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Ambulatory Pediatrics*, 3(6), 329-341.
 Recuperado de <https://goo.gl/n1ZEQQ>
- Varni, J. W. & Limbers, C. A. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal on Health Psychology*, 14(4), 611-622.
<http://dx.doi.org/10.1177/1359105309103580>
- Varni, J. W., Seid, M., Smith Knight, T., Uzark, K., & Szer, I. S. (2002). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(2), 175-193.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1014836921812>
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812.
<http://doi.org/dbfn67>
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, 37(2), 126-139.
<http://doi.org/fsrgeg>
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Álvarez Rayón, G. L., Franco Paredes, K., & Mancilla Díaz, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
 Recuperado de <https://goo.gl/YpWnEN>

Fecha de recepción: 5 de diciembre de 2016
 Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2017