

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A LA PREVENCIÓN DE MALOS
HABITOS ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA**

AUTORES

**GISELLE MARIA RICO SANCHEZ
ALEJANDRA ESCOBAR HEILBRON**



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CARTAGENA**

2013

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A LA PREVENCIÓN DE MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA

SHYRLEY DÍAZ CARDENAS

Odontóloga Universidad de Cartagena. Magister en Salud Pública Especialista en Gerencia en Salud Universidad Tecnológica de Bolívar. Especialista en Salud Familiar Universidad Del Norte. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: shyrley77@hotmail.com

FARITH GONZALEZ MARTINEZ

Odontólogo de la universidad de Cartagena, Magister en salud pública. Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Docente asociado de la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena. Facultad de odontología universidad de Cartagena campus de la salud Zaragocilla. Correo electrónico: farithgm@hotmail.com

KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA

Odontóloga Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad de Cartagena, candidata a Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: katherinearrieta@hotmail.com

GISELLE MARIA RICO SANCHEZ

ALEJANDRA ESCOBAR HEILBRON

Estudiantes de Odontología, Décimo semestre. Universidad de Cartagena.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
CARTAGENA DE INDIAS D.T.Y C.

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D.T Y C. Diciembre 2013

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios en primera instancia por brindarnos la sabiduría necesaria hasta este punto de nuestras vidas, donde estamos a pocos pasos de finalizar un nuevo ciclo, ya que sin la ayuda de él y de su infinita misericordia no hubiese sido posible.

Agradecemos también a nuestras familias por su apoyo durante este proceso y formación, por su amor infinito que día a día nos motiva para finalizar con total éxito y alcanzar este nuevo triunfo.

A la Dra. Shyrley Díaz y al Dr. Farith González por su valioso tiempo, dedicación y colaboración, llevándonos a concluir con éxito este proyecto.

DEDICATORIA

Con todo cariño y amor para la persona que hizo todo en la vida para que pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba.

Mamá

CONTENIDO

Pág.

RESUMEN	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE ANEXOS	
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	22
3. MARCO TEÓRICO.....	24
3.1. ALIMENTACIÓN.....	24
3.1.1. EDUCACION ALIMENTARIA.....	25
3.2 NUTRICION.....	27
3.3. DESNUTRICIÓN.....	27
3.4. DIETA.....	29
3.5. METABOLISMO.....	30
3.6. PIRAMIDES ALIMENTICIAS.....	30
3.7.GUIAS ALIMENTICIA.....	31
3.7.1. Guías alimentarias basadas en los alimentos. gaba.....	32
3.7.2. Primer Grupo: Cereales, raíces, tubérculos y plátanos.....	32
3.7.3. Segundo Grupo: Hortalizas y verduras.....	32
3.7.4. Tercer grupo: Frutas.....	32
3.7.5.Cuarto Grupo: Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales.....	32
3.7.6. Quinto Grupo: Lácteos.....	33
3.7.7. Sexto Grupo: Grasas.....	33
3.7.8. Séptimo Grupo: Azúcares y dulces.....	33
3.8. REGULACIÓN DE INGESTA DE ALIMENTOS.....	34
3.8.1. Hambre.....	34
3.8.2. Apetito.....	34
3.8.3. Saciedad.....	34
3.9. FACTORES QUE REPERCUTEN LOS HABITOS ALIMENTICIOS.....	35
3.9.1. Factores Económicos.....	35

3.9.2. Factores Culturales.	36
3.9.3. Factores relacionados con Medios de Comunicación y Publicidad.....	37
3.9.4. Factores de delgadez como un Indicador de Competencia.....	37
3.9.5. Factores sociales a nivel del Hogar.....	38
3.9.6. Influencias Religiosas, Éticas y Morales.....	38
3.10. HIPERALIMENTACIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD.....	39
3.10.1. Obesidad.....	40
3.11. ASPECTOS INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE ALIMENTOS.....	41
3.12. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	44
3.12.1. Definición de los Trastornos Alimentarios.....	46
3.12.2. Pruebas para medir los trastornos alimenticios.....	49
3.12.2.1. Cuestionario SCOFF.....	49
3.12.2.2 .Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.....	54
4. OBJETIVOS.....	54
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	54
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
5. METODOLOGÍA.....	55
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	55
5.2. POBLACIÓN.....	55
5.3 MUESTRA.....	55
5.4 VARIABLES.....	56
5.5 INSTRUMENTOS.....	57
5.5.1 Variables socio-demográficas.....	57
5.5.2 Hábitos alimenticios.	47
5.5.3. Variables antropométricas.....	57
5.5.4 Rendimiento académico.....	57
5.5.5. Trastornos alimenticios.....	57
5.6 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS.....	58
5.7. RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	60
5.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	61
5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	61

6. RESULTADOS.....	62
7. DISCUSIÓN.....	74
8. CONCLUSIONES.....	90
9. RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	93

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características de la muestra de estudio, Cartagena 2011.....	62
Tabla 2. Diferencia entre Antes y después en las comidas básicas de estudiantes de la universidad de Cartagena, Cartagena 2013.....	63
Tabla 3. Diferencias en los horarios de comidas de estudiantes de la universidad de Cartagena, 2013.....	64
Tabla 4. Diferencias en los hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados en estudiantes de la universidad de Cartagena, 2013.....	66
Tabla 5. Diferencias entre las frutas y verduras en el desayuno, la percepción por bajar de peso y sobre las comidas básicas.....	67
Tabla 6. Diferencias entre los alimentos consumidos en la cena, percepción sobre los alimentos y reacción ante estos al ser consumidos en estudiantes.....	68
Tabla 7. Diferencias al comparar la culpabilidad por el consumo de ciertos alimentos y la frecuencia de su consumo	70
tabla 8. Análisis multivariado variables estadísticamente significativas en hábitos alimenticios de estudiantes de odontología de la universidad de cartagenena 2013.....	71
Tabla. 9. Análisis multinivel para la asociación entre el consumo de merienda y las variables explicativas.....	72
Tabla. 10. Análisis multinivel para la asociación entre la variación de la ingesta de comida al ingresar a la universidad y las variables explicativas.....	72

tabla. 11. Análisis multinivel para la asociación el consumo de menos alimentos por problemas y las variables explicativas.....	73
--	----

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Instrumento para evaluar Hábitos alimenticios en Estudiantes universitarios de Cartagena.....	106
Anexo 2. Consentimiento informado.....	111
Anexo 3. Fotos de intervención en sobre hábitos alimenticios a los estudiantes de odontología.....	114

RESUMEN

Objetivo. Describir los cambios obtenidos con una intervención educativa sobre hábitos alimenticios en estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

Metodología. Estudio cuasiexperimental con diseño antes y después realizado a 123 estudiantes de primero a decimo semestre del programa de odontología de la Universidad de Cartagena con la finalidad de prevenir y modificar conductas de riesgo de trastornos alimenticios, evidenciadas en esta población en estudios anteriores. La elección de la muestra fue realizada en forma probabilística a fijación proporcional por cada semestre, teniendo en cuenta como criterio de inclusión que estuviesen activos durante el segundo período académico. Para las mediciones se utilizaron tres instrumentos; una encuesta estructurada para evaluar hábitos alimenticios y aspectos demográficos, los instrumentos EAT-26 y SCOFF para evaluar trastornos. El análisis se realizó usando el programa estadístico STATA versión para Windows 11.1. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes) y se estimó la ocurrencia de los hábitos y trastornos alimenticios a través de prevalencias, asumiendo intervalos de confianza del 95%. Luego se evaluaron las relaciones entre variables a través de tablas de contingencia usando el test de McNemar para las diferencias entre las proporciones, con una probabilidad límite para la significancia de 0,05.

Resultados. Los cambios significativos obtenidos posterior a la intervención fueron los siguientes: el riesgo de que los estudiantes no consuman su merienda a ninguna hora disminuyó ($p=0.01$), así como aquellos que disminuyen la ingesta de alimentos ante alguna situación problema ($p=0.04$) y la variación de los patrones de consumo al ingresar a la universidad ($p=0.00$); para las demás variables no hubo significancia para los cambios.

Conclusiones. Se obtuvo una disminución significativa de hábitos inadecuados y percepción personal de riesgo para trastornos alimenticios en estudiantes de odontología, influidos por algunos factores relacionados con el que hacer universitario, aportando así a la reducción de las complicaciones físicas y psicosociales de este tipo de prácticas en el desarrollo de las actividades académicas.

Palabras Clave. Hábitos alimenticios, dieta, adolescentes, prevalencia. (Fuente: DeCS–Bireme).

INTRODUCCIÓN

El ingreso a la universidad representa para los estudiantes cambios importantes en sus hábitos cotidianos que, a menudo, afectan su salud psicológica y física. Estos cambios se ven representados en lo referente a cambios físicos, sexuales, de comportamiento social y en lo relacionado con hábitos alimenticios, todo esto tal vez conexo con la edad en la que se encuentran los jóvenes al iniciar sus carreras universitarias.

En vista de que el ingreso a la universidad coincide con una etapa de la vida de cambios múltiples y retos psicosociales, no resulta extraño que la salud física del individuo se vea influida. De hecho, existen una serie de mitos relacionados con los cambios que los alumnos de nuevo ingreso pueden esperar al iniciar sus estudios universitarios; un mito sostiene que quienes ingresan pueden aumentar hasta aproximadamente 7 kilogramos durante su primer año en la universidad.

Debido al hecho de que muchos de los universitarios normalmente viven por primera vez independientemente, y pasan tiempo limitado en la cocina, los patrones alimentarios tienden a deteriorarse durante este periodo, incluso para aquellos que tenían buenos hábitos alimenticios durante la adolescencia.

Distintos estudios realizados en las universidades de Colombia analizan el estilo de vida y los hábitos alimenticios presentes en los estudiantes y trabajadores del área de la salud. Algunos modelos relacionan factores

psicológicos y ambientales con los comportamientos de salud de la sociedad en general.

Los estudios concluyen que es completamente necesario mejorar los hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios, específicamente, estudiantes de odontología, de manera que estos puedan impactar positivamente sus vidas y la de sus pacientes.

Este estudio de análisis multivariado fue realizado con la finalidad principal de modificar hábitos alimenticios negativos en los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena, teniendo en cuenta descripciones anteriores de sus conductas se desarrollaron estrategias de intervención que mejoraran comportamientos en su patrón de consumo, a partir de encuentros educativos liderados por profesional especializado en nutrición, información compartida con la muestra por medios virtuales, especialmente redes sociales, y a su vez la colocación de mensajes reflexivos visibles en diferentes sitios de la facultad, que permitieran el contacto permanente con lo aprendido en los encuentros presenciales.

A partir de observaciones y vivencias se identificó la necesidad de intervenir en la salud integral de los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena. Este estudio pretende aportar evidencia respecto a la evaluación de una intervención educativa en alimentación y actividad física, a su vez procurar una transformación de hábitos negativos en estudiantes universitarios teniendo en cuenta que esta nueva etapa representa un período donde se incrementan significativamente los cambios en sus actividades y responsabilidades,

comenzando a exhibir conductas que le incitan al consumo inadecuado de alimentos y le invitan a la inactividad física.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento nutricional de una población está influido por muchos factores entre los cuales se distinguen el factor socioeconómico, el gusto gastronómico entre otros. Los problemas de hábitos dietéticos y de ejercicio de niños y adolescentes, más manifiestos en los de escaso nivel socio-económico, tienen como consecuencia el riesgo de presentar o desarrollar malnutrición a lo largo de su vida, la juventud es una etapa crucial en el desarrollo de una persona en la que va adquiriendo hábitos que en la mayoría de los casos se mantienen en la edad adulta, con el consiguiente riesgo o beneficio para la salud¹.

Los jóvenes principalmente los universitarios, tienden a presentar vulnerabilidad nutricional, su alimentación se caracteriza por saltar frecuentemente sus comidas principales, ingesta poco recomendable de bocadillos ricos en azúcares, comidas a deshoras, ingesta de comida rápida, tomar agua de forma escasa e ingerir alcohol, además que es un tiempo de mayor independencia donde asumen la responsabilidad de su alimentación y donde intentando adaptarse a los estrictos horarios y exigencia académica, suelen descuidar su salud y esto conllevar al detrimento de su calidad de vida,

¹ RUIZ, S; RUIZ, F; HERNÁNDEZ, C. Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria. En: Nutrición Hospitalaria. 2009. Vol. 24, N° 5, P:596 -606.

en el ámbito personal y social², Por ello se hace importante conocer y promover acciones que permitan generar mejores hábitos de alimentación, que a su vez repercutan en su calidad de vida y desarrollo intelectual.

Estos estilos de vida, pueden conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo que incrementan de forma notable la probabilidad de desarrollar patologías crónicas entre las que se incluyen: aterosclerosis, dislipidemias, obesidad, diabetes, osteoporosis, cánceres y trastornos en el comportamiento alimentario, estas enfermedades representan un problema de Salud Pública cuyo control pasa necesariamente por la prevención³.

En el periodo universitario también la imagen corporal juega un rol importante en la etiología de trastornos alimenticios y otros trastornos como la depresión, debido entre otras cosas a la presión social y estándares de belleza, lo que conlleva muchas veces a que los jóvenes presenten una distorsión subjetiva de su imagen corporal y que esto genere insatisfacción en cuanto a su cuerpo adquiriendo diferentes tipos de hábitos alimenticios de riesgo, para el bienestar físico y psicológico⁴.

² DURÁN A, SAMUEL; RODRÍGUEZ MARÍA DEL PILAR, Et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. En: Rev Chil Nutr. Vol. 40, N°1, P:26-32

³ ALVAREZ, R; CASTAÑO, MARIN, J. Estilos de vida en estudiantes de la universidad de Manizales. En: Arch Med Manizales. 2007. Vol. 7, N° 1, P:46-56.

⁴ STICE E, SHAW HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. En: J Psychosom Res, 2002, Vol.53, P:985–93.

Se ha demostrado que es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables durante la adolescencia y juventud que modificar los hábitos estructurados en la vida adulta, de ahí la importancia que adquiere una correcta educación nutricional (EN) en estas edades y de que sea uno de los pilares básicos en la prevención del sobrepeso y de la obesidad. Es fundamental idear o reforzar programas de EN que puedan desarrollarse en diferentes ámbitos y que uno de los principales elementos del aprendizaje sea la motivación que se debe utilizar como herramienta educativa para enseñar habilidades sociales de forma que sea más fácil conseguir que las actitudes se transformen en conductas⁵.

Un estudio realizado en 2009 en Gran Canaria, llegó a la conclusión que los niños hicieron tras dos intervenciones educativas modificaciones significativas de sus hábitos de salud a corto, o largo plazo lo que contribuye a modificar factores de riesgo de enfermedad en la vida adulta; teniendo como estrategia el uso de la "Pirámide de estilo de vida saludable", especialmente diseñada para niños y adolescentes⁶.

Para realizar una intervención efectiva es necesario modificar la ingesta de comida de los estudiantes universitarios, incluyendo su desayuno. Según

⁵ Martínez, M; Hernández, M; Ojeda, R; Mena, A; Alegre y J. L. Alfonso. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. En: Nutr Hosp. 2009. Vol.24, N.4, P: 504-510.

⁶ HERRERO, R y FILLAT, J. Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. En: Nutr. clin. diet. hosp. 2010. Vol. 30, N°2, P: 26-32.

diversos estudios sobre hábitos alimenticios en la población infantil y juvenil española, un gran porcentaje de los escolares acuden a estudiar sin desayunar, aumentando la proporción con la edad.

En un estudio realizado a estudiantes de odontología de la universidad San Martín de Bogotá – Colombia, el motivo predominante de consumir alguna comida menos de tres veces a la semana fue la falta de tiempo. Los alimentos que más se consumen son: lácteos al desayuno, carnes, huevos y leguminosas a la hora del almuerzo y cena. Se concluyó que el cambio en el estilo de vida de los estudiantes por ingresar a la universidad se refleja en los hábitos alimentarios, disminuyendo el número y calidad de comidas diarias por motivos como la falta de tiempo y dificultades económicas.

Estudios en el país Vasco han demostrado que en la juventud temprana aun es factible modificar los hábitos, son edades en las que se opta por actividades sanas, o surgen los patrones de conducta de riesgo, en Chile las últimas cifras entregadas por la encuesta nacional de salud, muestran que un 39.3% de la población mayor de quince años presenta sobrepeso, 25.1% obesidad y 2.3% obesidad mórbida, en la actualidad, la obesidad es un problema de salud que afecta a 18% de la población mundial, cifra que representa un aumento de más de 50% en los siete últimos años. La Organización Mundial de la Salud (2000)

señala que alrededor de 22 millones de niños de menos de cinco años tienen exceso de peso⁷.

Otro estudio realizado a estudiantes con obesidad en el que se implementó un programa a nivel de prevención de obesidad en el cual los participantes debieron identificar los conceptos relativos a la alimentación para la elaboración y mantenimiento de una dieta balanceada pertinente a su estado nutricional, aplicando una técnica de autocontrol. Participaron cinco estudiantes de tercer semestre, los cuales fueron seleccionados a partir de los resultados obtenidos de la evaluación de sus hábitos alimenticios. Los resultados mostraron que la intervención fue exitosa, principalmente en el aspecto de identificación de conceptos y en las creencias acerca de lo que deberían comer. Los resultados respecto a lo que comen los estudiantes mostraron una tendencia a ser más adecuados, sin ser concluyentes, debido principalmente a la corta duración de la intervención.

En los últimos años se han concentrado esfuerzos en mejorar la calidad de vida y salud de los jóvenes escolares, a través de diversos programas, especialmente de educación, destinados a formar o reforzar hábitos saludables de alimentación en esta población, pero pese a sus logros positivos tiende a no ser una educación permanente⁸.

⁷ CAMPOS C; JAIMOVICH S; CAMPOS M. Mekuido: intervención en línea para escolares chilenos de apoyo a la prevención del sobrepeso. En: Rev Chil Nutr.2013, Vol. 40, N°.1, P:55-61

⁸ TRONCOSO C; DOEPKING C; ZÚÑIGA, C. Alimentación saludable en la formación de estudiantes de carreras del área pedagógica. En: Rev Chil Nutr , 2013, Vol. 40, N°.1, P:43-47

En un estudio descriptivo, realizado seis meses antes de esta intervención, en la universidad de Cartagena, con la misma población utilizada para desarrollar este proyecto, se evidencio la necesidad de generar estrategias que le permitan a los estudiantes el conocimiento y practica de mejores hábitos alimenticios, debido al alto porcentaje de factores de riesgo relacionados con patrones de consumo negativos para su salud.

Teniendo en cuenta las repercusiones que este tipo de hábitos alimenticios generan en los jóvenes, se hace necesario la creación de espacios y el diseño de herramientas educativas con fundamento en salud física y psicológica, desde los lugares donde frecuentemente se denotan este tipo de conductas, como la universidad, utilizando una muestra significativa de la población descrita en el estudio anterior en la universidad de Cartagena, que eviten la aparición y permanencia de patologías que puedan surgir ante los diferentes comportamientos de riesgo, y evaluar la efectividad de las mismas, con la intención a futuro, de ser establecidas en la institución y conseguir una cultura académica, no solo dirigida a formar odontólogos sino, basada en los principios de la salud integral, en especial los hábitos que propicien un estilo de vida saludable que aporten a facilitar los procesos de aprendizaje, y por otro lado impacte en las prácticas de consumo en su núcleo familiar.

Con base en estos planteamientos nos preguntamos: ¿Cuál es la diferencia en la conducta alimenticia de los estudiantes de odontología de la Universidad de

Cartagena después de recibir una estrategia educativa, en su ambiente académico?

2. JUSTIFICACIÓN

Conocer los hábitos alimentarios es importante para la salud pública de cualquier población, puesto que la alimentación se relaciona de forma directa con la salud de cualquier ser vivo. De este modo, todos o la mayoría de los hábitos alimenticios adquiridos en la adolescencia y en la juventud van a determinar la alimentación de la persona para toda su vida y por ende esto afectará negativa o positivamente su salud⁹.

Los hábitos alimentarios poco favorables son característicos de un grupo social como los universitarios, pues estos ayudados por el estrés, medios de comunicación, creencias inculcadas desde el hogar, entre otros motivos, muchas veces descuidan su alimentación y adquieren patrones alimentarios alternativos como consumir alimentos fuera del hogar que desafortunadamente muchas veces no son los ideales.

Este trabajo es acertado pues luego de un diagnóstico que indique hábitos alimenticios dañinos en la población objeto de estudio, se tomaran medidas educativas para mejorar esta condición.

⁹ LAMEIRAS, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. En: Actas Esp Psiquiatr. 2002. vol 30, N^o.6. p 343-349.

En la universidad de Cartagena se han realizado estudios para conocer y analizar hábitos alimenticios en los estudiantes; de estos se ha podido deducir que los estudiantes no tienen, en general buenos hábitos alimenticios y este hecho se encuentra estrechamente relacionado con la variabilidad de horarios, recursos económicos y factores sociodemográficos. Por otra parte, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena no se han realizado suficientes intervenciones que procuren mejorar los hábitos alimenticios de los estudiantes y mucho menos entes encargados de evaluar dichas intervenciones. Si en el estudio realizado se llegase a concluir que los estudiantes no presentan buenos hábitos alimenticios, se entiende que esto influiría en ellos de manera negativa, lo que podría afectarlos significativamente, comprometiendo su salud y con ella directa o indirectamente, el rendimiento académico de los mismos. Por lo que con este proyecto pretendemos conocer los hábitos de los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena para poder evitar este tipo de situaciones y ayudar a corregirlas si ya están presentes, mediante métodos educativos que promuevan buenos hábitos alimenticios. Con esto se mejorará notablemente la calidad de vida de los estudiantes y con ello su rendimiento académico.

3. MARCO TEORICO

3.1. ALIMENTACIÓN.

Es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea con los elementos que requiere para vivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales del mundo de los seres vivos ya que está directamente relacionada con su supervivencia diaria.

Los hábitos alimentarios, que se definen como el conjunto de conductas adquiridas por un individuo por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos; se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población. La alimentación siempre es un acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente. Los tipos de alimentación pueden variar de acuerdo al tipo de ser vivo del que estemos hablando. El ser humano ha desarrollado no sólo instrumentos que le permitan obtener más fácilmente los alimentos, si no también espacios y prácticas especialmente destinados a la alimentación, pudiendo encontrar hoy en día diferentes tipos de alimentación de acuerdo a cada necesidad individual¹⁰.

¹⁰ SAENZ, N y GALLEGOS, E. Efectos de una intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesidad. En: texto y contexto enfermagem. 2004. Vol. 13, N°00, P:17 – 25.

3.1.1 EDUCACION ALIMENTARIA:

Se ha identificado que la información que reciben los estudiantes en su formación curricular es insuficiente para modificar hábitos de vida como los alimentarios, Frente a este escenario, existen políticas públicas orientadas a crear ambientes sanos en algunas instituciones de educación superior y de esta manera fortalecer la formación de conductas a través de programas como el denominado: "Universidades Saludables". Esta política de salud incluye una serie de acciones que incorporan actividades de promoción en el ambiente laboral y estudiantil, teniendo como meta, especialmente para los estudiantes, el ser reflejos de conductas de vida saludable en sus familias, entornos laborales y en la población en general¹¹.

Por otra parte se han desarrollado diversas estrategias, en especial intervenciones de alimentación y nutrición y actividad física derivadas de un proyecto realizado en Casablanca entre los años 2002 y 2004, el cual demostró que al término del segundo año de intervención en las tres escuelas municipales de Chile, la obesidad disminuyó en un 50% (3 - 5). A raíz de esta experiencia, se han replicado intervenciones en escuelas de todo el país a través del programa EGO escuelas del Ministerio de Salud (6) y del programa NutriRSE, de Acción Responsabilidad Social Empresarial, con resultados exitosos¹².

¹¹ TRONCOSO C; DOEPKING C; ZÚÑIGA, C. Alimentación saludable en la formación de estudiantes de carreras del área pedagógica. En: Rev Chil Nutr , 2013, Vol. 40, Nº.1, P:43-47

¹² VIO DEL R, F; ZACARÍAS, I. LERA, L; Et al. Prevención de la obesidad en escuelas básicas de Peñalolén: componente alimentación y nutrición. En: Rev Chil Nutr. 2011, Vol. 38, Nº. 3, P: 268-276.

La importancia de la alimentación va más allá de lo puramente biofísico. El comportamiento alimenticio constituye un hecho social en el que pueden influir todas las esferas de la sociedad. Los hábitos alimenticios forman parte de la cultura de un pueblo, y en estos influyen factores tan ajenos a la alimentación en sí y a las recomendaciones nutricionales como la producción, la accesibilidad de los productos, el clima, las fiestas populares, la publicidad, entre otras. Estos hábitos alimenticios están influenciados por el ambiente familiar social y cultural que determinan el modo en cómo se come y lo qué se come¹³.

En los resultados de una intervención realizada en el año 2004 a adolescentes con sobrepeso en México se mostró una disminución en el consumo de alimentos ricos en grasa, que no permaneció al mes de seguimiento. Hubo incremento en actividades físicas de intensidad moderada y alta. Entre otras, la estrategia para motivar a la población para que cambie sus hábitos alimenticios fue la implementada en una intervención realizada en Venezuela a través de medios televisivos, se encuentra la Fundación Bengoa, en alianza con la red de Farmacias SAAS, inició en 2004 la Campaña de Educación Nutricional Contra la Malnutrición (CENCM), una iniciativa que utiliza la televisión y algunos impresos para tratar temas prioritarios relacionados con problemas de nutrición. Mediante un estudio de opinión (2008) se analizaron los efectos de la CENCM en la población y se evaluó el impacto de las cuñas institucionales: “*La nutrición es a tres colores*” (2005), “*El desayuno hace la diferencia*” (2006), “*Dos no son suficientes*” y “*Variado y bien alimentado*” (2007), transmitidas con alta frecuencia en horario estelar, por canales nacionales de señal abierta y por

¹³ lbit...12

suscripción y en cines, complementadas con la distribución de 7,1 millones de guías.

3.2. NUTRICIÓN.

La nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, y su asimilación en las células del organismo. La nutrición es la ciencia que examina la relación entre dieta y salud. Los nutricionistas son profesionales de la salud que se especializan en esta área de estudio, y están entrenados para proveer consejos dietéticos¹⁴.

3.3. DESNUTRICIÓN.

La desnutrición puede ser *primaria* cuando se produce por una carencia nutritiva y/o psicoafectiva, y *secundaria* cuando existe una enfermedad que la determina, independientemente de su situación socio-cultural; por ejemplo enfermedades genéticas, metabólicas, inmunológicas, malformaciones, que puedan afectar a cerebro, corazón, riñón, hígado, etc. Es importante reconocer además que los efectos de la desnutrición se valoran a *corto y largo plazo*.

¹⁴ ARREDONDO, J; GÁLVEZ, E y LÓPEZ, I. Intervención en problemas de obesidad en estudiantes mediante un programa de prevención. En: Psicología y Salud. 2010. Vol. 20, N° 2, P:159-167

En un primer momento aparecen enfermedades diarreicas, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, depresión de la inmunidad, infecciones, pérdida de peso, trastornos hematológicos, cardiorrespiratorios y renales. Más tardíamente aparecerán déficit de talla y disminución del cociente intelectual, Las estadísticas se basan en tres indicadores: *peso para la edad*, que mide la desnutrición global: *talla para la edad*, que refleja la desnutrición crónica, debido a que la baja estatura es producto de una carencia prolongada de nutrientes; y *peso para la talla*, que mide la desnutrición aguda¹⁵.

Según la intensidad de la malnutrición se admiten distintos grados. McLaren estableció los siguientes grados: I (leve), II (moderada) y III (grave), de acuerdo con el porcentaje de la pérdida de peso referido a talla y edad, en los casos leves la pérdida de peso se estima entre el 85-90% del ideal, en la moderada entre el 75-85% y en la severa cuando el peso es inferior al 75% del ideal para talla y edad.

Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. La desnutrición proteico energética puede combatirse y prevenirse con una forma de vida más sana, eliminando en lo posible factores de riesgo, entre los cuales revisten importancia el conocimiento sobre nutrición. La alimentación es un acto voluntario, al ser voluntaria, es susceptible de variación. La sociedad actual ha experimentado una

¹⁵ LANDAETA, M; PATIÑO, E y GALICIA, N. Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. En: Anales Venezolanos de Nutrición. 2010. Vol. 23, N° 1, P:26-33.

transformación notable en los hábitos alimenticios como consecuencia del impacto de nuevos estilos de vida¹⁶.

3.4. DIETA.

Una dieta es el conjunto de sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego *díaita*, que significa “modo de vida”. La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir. En ocasiones, el término suele ser utilizado para referirse a los regímenes especiales para bajar de peso o para combatir ciertas enfermedades, aunque estos casos representan modificaciones de la dieta y no la dieta en sí misma. De acuerdo a la dieta que siguen, los seres vivos pueden ser calificados de diversas formas: carnívoros (comen carne), detritívoros (se alimentan de sustancias orgánicas muertas), herbívoros (ingieren plantas y frutas), insectívoros (insectos), omnívoros (su sistema puede digerir carnes y vegetales) o caníbales (comen miembros de la misma especie), entre otros. El ser humano es omnívoro por naturaleza, aunque por cuestiones ideológicas o religiosas muchos optan por ser vegetarianos (se abstienen de las carnes y del pescado).

No pueden olvidarse los factores personales que determinan una dieta, como el gusto, la influencia de la publicidad de ciertos productos alimentarios, las preferencias estéticas y otras cuestiones¹⁷.

¹⁶ GEROMETTA, H; CARRARA, C y GALARZA, A. et al. Frecuencia de consumo de alimentos en ingresantes a la carrera de medicina. En: posgrado de la VI cátedra de medicina. 2004. Vol. 136, N°:2, P:9-13.

3.5. METABOLISMO.

El metabolismo es el conjunto de procesos físico químicos y reacciones al que está sujeto una célula, estos son los que les permitirán a las mismas sus principales actividades como ser la reproducción, el crecimiento, el mantenimiento de sus estructuras y la respuesta a los estímulos que reciben.

El funcionamiento del metabolismo se debe a dos procesos distintos pero que están acoplados y son dependientes el uno del otro. El catabolismo que es el encargado de liberar la energía, en tanto, el otro proceso, el anabólico, utilizará esta energía para recomponer enlaces químicos y construir otros componentes de las células como las proteínas y los ácidos nucleicos y será el propio metabolismo el que decidirá qué sustancias son nutritivas para sí y cuáles no lo son y por supuesto esto será distinto para cada metabolismo. Por ejemplo, esto se explica en lo que comúnmente se dice cuando una persona come un chocolate y le hace tremendamente mal, en cambio para otra persona el ingerir ese mismo chocolate no le ocasiona ningún perjuicio.¹⁸

3.6. PIRAMIDES ALIMENTICIAS.

Es una guía visual que se propone para elaborar una dieta omnívora equilibrada. Este recurso gráfico se diseña con el fin de que la población siga

¹⁷ SANCHEZ, N; REYES, D y REYES, U. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. En: Boletín Clínico Hospital Infantil Edo Son. 2010. Vol. 27, N° 1, P:30-34.

¹⁸ MARTÍNEZ, M; HERNÁNDEZ, M y OJEDA, M. et al. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. En: Nutrición Hospitalaria. 2009. Vol. 24, N° 4, P:504 -510

unos objetivos dietéticos que propone una organización o una sociedad experta en materia de salud. Para su interpretación se entiende que los alimentos dispuestos en la cima o vértice superior son los que deben consumirse en menor cantidad y los que están cerca de la base son los que se deben consumir con mayor frecuencia y en cantidades mayores.

3.7. GUIAS ALIMENTARIAS.

Es un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos en una herramienta práctica que facilita a la población la selección de una dieta saludable.

Las guías alimentarias son dinámicas, temporales, flexibles, esto quiere decir adaptables a las necesidades de las personas sanas de diferentes edades y a los requerimientos de energía, para individuos sedentarios o activos. Toman en cuenta el patrón alimentario habitual e indican los aspectos que deben ser modificados. Están dirigidas a personas sanas, con énfasis en la prevención de las carencias nutricionales que afectan a estos grupos de población como son, por una parte la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro y vitamina A y por otra la malnutrición ocasionada, entre otros factores, por un desbalance en el aporte de sustancias nutritivas al organismo y como consecuencia sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares¹⁹.

¹⁹ SANCHEZ, N; REYES, D y REYES, U. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. En: Boletín Clínico Hospital Infantil Edo Son. 2010. Vol. 27, N° 1, P:30-34.

3.7.1. **Guías alimentarias basadas en los alimentos. GABA.** Estas guías deben indicar la variedad en la alimentación y la proporcionalidad en la cantidad de alimentos requeridos por el organismo. Según las Guías alimentarias basadas en los alimentos de Colombia, clasifica a estos en siete grupos a saber:

3.7.2. **Primer Grupo: Cereales, raíces, tubérculos y plátanos.** Constituye la base de la alimentación de los colombianos, porque le aportan al organismo cerca del 50% de la recomendación diaria de kilocalorías y por la necesidad de promover por separado el de consumo de cereales integrales en lugar de los refinados.

3.7.3. **Segundo Grupo: Hortalizas y verduras.** Su hábito alimentario debe ser promovido de acuerdo con los resultados de los estudios, los cuales señalan el bajo consumo de éstos alimentos en todo el país; las leguminosas verdes se incluyen en este grupo por su bajo aporte de proteínas en relación con las secas y porque se utilizan como hortalizas y verduras en las preparaciones.

3.7.4. **Tercer grupo: Frutas.** Promover el consumo de ésta al natural en lugar de los jugos colados, con agregado de azúcar y con disminución de la fibra y oxidación de las vitaminas por procedimientos inadecuados de conservación y preparación.

3.7.5. **Cuarto Grupo: Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales.** Contenido de hierro cuya deficiencia es marcada en el país y porque le aportan al organismo gran parte de la proteína de alto valor biológico.

Son de origen animal (carne, pollo, pescado vísceras y huevos) y de origen vegetal (leguminosas secas: frijol, lenteja, garbanzo, haba, arveja, y mezclas vegetales).

3.7.6. Quinto Grupo: Lácteos. Aporte en calcio y por la necesidad de incrementar su consumo para el crecimiento y desarrollo de los niños y para prevenir la osteoporosis. Se requiere orientar con mayor precisión la cantidad necesaria de alimentos fuentes de calcio para cada grupo de población.

3.7.7. Sexto Grupo: Grasas. Su consumo si bien en términos generales ha aumentado sin exceder límites normales (promedio 23%), si se requiere desestimular el consumo de las de origen animal (con excepción de las de pescado que es importante fuente de ácidos grasos esenciales) así como la manteca y margarina por cuanto su consumo se asocia a enfermedades cardio-cerebro-vasculares, dislipidemias y cáncer de colon, seno, estómago y próstata entre otros.

3.7.8. Séptimo Grupo: Azúcares y dulces. Se colocó en el séptimo lugar, según los perfiles nutricionales de la FAO y los estilos de vida caracterizados ya que el consumo de carbohidratos simples se ha aumentado en asocio con el sedentarismo y la obesidad especialmente en las mujeres; en consecuencia se requiere controlar el exceso en su consumo.²⁰

²⁰ SANCHEZ, N; REYES, D y REYES, U. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. En: Boletín Clínico Hospital Infantil Edo Son. 2010. Vol. 27, N° 1, P: 30-34.

3.8. REGULACIÓN DE INGESTA DE ALIMENTOS

3.8.1. Hambre. El término hambre significa ansia de alimento, y se asocia a varias sensaciones. Por ejemplo, en una persona que no ha tomado alimentos durante muchas horas, el estómago sufre contracciones rítmicas intensas, llamadas contracciones de hambre. Estas sensaciones producen una sensación de estiramiento o torsión de la punta del estómago que a veces provocan dolor y se llaman dolores de hambre. Incluso después de extirpar el estómago, las sensaciones físicas del hambre persisten, y el ansia por el alimento todavía hace que la persona busque un aporte adecuado de alimentos.

3.8.2. Apetito. El término apetito se utiliza a menudo en el mismo sentido que el hambre, excepto en que habitualmente implica el deseo por un tipo específico de alimentos en lugar de por el alimento en general. Por tanto, el apetito ayuda a una persona a elegir la calidad del alimento que come.

3.8.3. Saciedad. La saciedad es lo opuesto al hambre. Significa una sensación de satisfacción en la búsqueda del alimento. La saciedad habitualmente es el resultado de una comida satisfactoria, sobre todo cuando los depósitos nutricionales de la persona, el tejido adiposo y el glucógeno, ya están llenos.²¹

²¹ SANCHEZ, N; REYES, D y REYES, U. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. En: Boletín Clínico Hospital Infantil Edo Son. 2010. Vol. 27, N° 1, P:30-34.

3.9. FACTORES RELACIONADOS CON LOS HABITOS ALIMENTICIOS

Las costumbres alimenticias pueden adquirir significados religiosos; indicar vínculos entre grupos familiares, culturales y étnicos y ser un medio para expresar hostilidad y afecto, prestigio y valores de clase. De igual forma proveer, preparar y distribuir el alimento puede ser un medio de expresar amor o aborrecimiento, o incluso poder, en las relaciones familiares. En la sociedad actual, las personas están abrumadas a diario con imágenes del cuerpo ideal. Se promueven dietas para lograr la juventud hasta la eternidad y la aceptación de la sociedad. Los programas de televisión, las publicidades de carreteras, fotografías en revistas, películas y diarios sugieren un cuerpo ultra delgado proporciona felicidad, amor e incluso éxito. A pesar que gran parte de la sociedad está teniendo sobrepeso. Puede ser más probable que las personas que son de manera definitiva susceptibles a estos mensajes, por razones genéticas, psicológicas y físicas, desarrollan en respuesta trastornos de la alimentación que otros no presentan²².

3.9.1 Factores Económicos.

Actualmente los universitarios se integran al campo laboral con mayor frecuencia, la sociedad en general pasa por un estado de crisis, de los jóvenes

²² FERRARI,C; ABBIATI, N Y PEREYRA, A. et al. La alimentación en jóvenes universitarios: modelización de los contactos alimenticios. En: Cuadernos del CEAgro. 2006. Vol 8, Nº. 1. P:27-32.

que demandan empleos, es para el sustento de sus hogares o en su mayoría para solventar sus gastos escolares.²³

3.9.2 Factores Culturales.

Las tradiciones, las creencias y los valores están entre los principales factores que influyen la preferencia, el modo de preparación de los alimentos, las raciones y el estado nutricional. Generalmente los alimentos son casi siempre considerados como parte fundamental de la cultura, y se considera que la cultura es la principal influencia en la elección de alimentos, específicamente, una cultura comparte ciertas elecciones de alimentos. Se ha encontrado que la afición por la intensidad de sabor varía entre las culturas dependiendo del contexto o del alimento. Cada vez existen más pruebas que sugieren que dentro de las culturas, a nivel individual, existe un componente genético hacia distintas conductas alimenticias, incluyendo la sensación de plenitud en el estómago, la limitación en la dieta, los compañeros de comida, la susceptibilidad a la facilidad social y, posiblemente, la palatabilidad de alimentos muy sabrosos ²⁴

²³ PERPIÑÁ, C. Trastornos alimentarios. en: Manual de psicopatología Madrid: McGraw-Hill. 1995. Vol 1, N°. 1. P:531-557.

²⁴ JONES, J; BENNETT, S y OLMSTED, M. et al. Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. EN: Canadian Medical Association Journal. 2001. Vol 165, N°. 4. P:547-552

3.9.3 Factores relacionados con Medios de Comunicación y Publicidad.

Los medios de comunicación, especialmente la televisión, pueden ser una de las fuentes de información más importantes sobre alimento. La mayoría de los estudios muestran el contenido de la publicidad de los alimentos en televisión destacan que una proporción significativa de los anuncios de alimentos se refieren a alimentos ricos en grasa o azúcar, y se ha manifestado la preocupación de que los niños con sobrepeso pueden ser especialmente sensibles a este tipo de anuncios. No hay evidencias que sugieran que la publicidad sea la principal influencia sobre el comportamiento alimentario de los niños, y es probable que constituya solo un factor entre otros muchos. Los mensajes de los medios de comunicación pueden ser influyentes a la hora de determinar las peticiones de alimentos y en la elección de los alimentos, al menos a corto plazo²⁵.

3.9.4. Factores de delgadez como un Indicador de Competencia.

Es lamentable que muchas personas consideren hoy en día la obesidad como una falta de control, voluntad, competencia y productividad. Se encuentra en juego la aceptación social e incluso el acceso a recursos escasos como buenos trabajos y una esposa atractiva. Agrade o no, en la sociedad actual el aspecto dice mucho sobre una persona, aunque la forma en que se criaron y el fondo genético está más allá del control por la persona. En las actitudes sociales está implícito el concepto sobre aquellas personas que no pueden controlarse a sí mismo lo suficiente para permanecer delgados no sean las personas más

²⁵ MARÍN, V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. En: Chilena de Nutrición.2002. Vol 2, N°1, P:86-87.

óptimas para supervisar empleos, organizar su día de trabajo y llevar responsabilidades pesadas es claro que la gordura esta fuera. Un mito que prevalece es que las personas delgadas son más competentes, vigorosas y enérgicas que las obesas²⁶.

3.9.5. Factores sociales a nivel del Hogar.

Las conductas alimentarias también están fuertemente ligadas a los agrupamientos sociales. En los hogares puede haber cierta resistencia para alcanzar las actuales recomendaciones dietéticas si distintos miembros de la familia comen cosas diferentes a distintas horas. Se ha demostrado que el núcleo familiar juega un papel importante en el desarrollo de los patrones alimentarios. Se considera que las madres tienen una mayor influencia que otros miembros de la familia debido a su papel en la crianza y alimentación, el control sobre las actividades con los alimentos en el hogar y la presencia a la hora de la comida.

Los hábitos alimentarios familiares también están influidos por patrones culturales en la preferencia y el consumo, la disponibilidad de alimentos en el hogar y los factores genéticos. Factores en competencia que influyen en la alimentación familiar incluyen los alimentos consumidos fuera del hogar, los cuales son más probables que sean influenciados por otros factores.

3.9.6. Influencias Religiosas, Éticas y Morales. Las creencias religiosas son dinámicas y están sujetas a cambios, incluyendo modificaciones individuales y generacionales, y por tanto, pueden considerarse constructos sociales. Las

²⁶ MARÍN, V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. En: Chilena de Nutrición.2002. Vol. 2, N°1, P:88-89.

cuestiones éticas y morales, más que los aspectos religiosos estrictos, pueden haber llegado a ser más importantes a la hora de ejercer una influencia sobre la elección de alimentos. Para muchos vegetarianos, las preocupaciones sobre los alimentos se extienden a los modos de producción de alimentos, las cuestiones ecológicas y el sostenimiento global.

3.10. HIPERALIMENTACIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD.

La obesidad es uno de los problemas más importantes de los países económicamente potentes, afectando también a los países en vía de desarrollo; consiste en un aumento del tejido adiposo subcutáneo. La obesidad acorta la vida o complica las enfermedades cardiovasculares.

El sobrepeso no es siempre sinónimo de obesidad, puesto que un individuo muy musculoso puede tener un peso superior a su peso teórico, sin ser obeso. Para la valoración de grasa del hombre vivo que en condiciones normales oscila. Espesor de pliegues cutáneos; densidad corporal, puesto que la grasa es menos densa (0,92); determinación del agua corporal, y mediciones antropométricas. Si bien las causas fundamentales de la obesidad no están bien dilucidadas, al parecer se trata de una enfermedad crónica compleja y multifactorial. Entre los factores que contribuyen figuran los de orden genético, fisiología metabólica y los patrones ambientales y psicosociales. Los hábitos alimentarios y los patrones de inactividad física han contribuido al aumento de la obesidad. En los varones con sobrepeso durante la etapa de la adolescencia, aumenta el riesgo de cáncer colon rectal y gota, en tanto que las

mujeres con sobrepeso en su juventud, incrementa el riesgo de artritis respecto al de sus contrapartes más delgadas.

Las consecuencias sociales y económicas del sobrepeso en la juventud son, tal vez aun, mayores que los efectos físicos a largo plazo sobre la salud. El permanecer soltero, el tener un bajo ingreso y el obtener menos años de educación son factores que se han relacionado con la frecuencia de obesidad y la persistencia en la discriminación a los obesos en la sociedad²⁷.

3.10.1 Obesidad. Es la enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30). Forma parte del síndrome metabólico. Es un factor de riesgo conocido para enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, ictus y algunas formas de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros. Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, hipertrofia general del tejido adiposo.

²⁷ AGUILAR, M; GONZÁLEZ, E y GARCIA, J. et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. En: Nutrición Hospitalaria. 2011, Vol. 26, N°3, P: 636-641.

El primer paso para saber si existe obesidad o no, es conocer el índice de masa corporal (IMC), lo que se obtiene haciendo un cálculo entre la estatura y el peso del individuo y éste elevado al cuadrado²⁸.

3.11. ASPECTOS INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE ALIMENTOS.

El psico-hedonismo se refiere al placer o satisfacción de un alimento y está influenciado por factores cognitivos (culturales, creencias y actitudes) expresado de forma subjetiva como gusto/afición o rechazo. La elección de alimentos ha apuntado que el cerebro es el órgano corporal más importante que influencia la elección de alimentos. A nivel individual, las medidas que se toman para la elección de alimentos son: el consumo, la respuesta hedónica (gusto/afición o rechazo), la preferencia, la aceptación. Entender el consumo como un comportamiento constituye una importante medida para evaluar el resultado final. Esto se debe a que con frecuencia existe poco acuerdo con las medidas de preferencia y de consumo estimado. El gusto o afición por un alimento se utiliza de forma sinónima con preferencia; no obstante, existen varias diferencias entre ambos. La preferencia está influenciada por factores cognitivos, externos y afectivos. Para que se exprese la preferencia por un alimento, se debe disponer de alternativas²⁹.

²⁸ MORÁN, I; CRUZ, V e IÑÁRRITU, M. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. En: Rev. Med. Del hospital general. 2009. Vol. 72, Nº.2. P:68 – 72.

²⁹ BECKER A; GRINSPOON, S y KLIBANSKI, A. Eating disorders. En: N Engl J Med. 1999. Vol. 340, Nº.4, P:1092-1098.

Debido a la diversidad de actividades de los estudiantes universitarios como asistir a clases, hacer trabajos en grupo, estudiar a solas, hacer sus prácticas en clínicas, entre otras, conducen a un desmejoramiento de su calidad de vida y a la adquisición de hábitos pocos saludables, como malos hábitos alimentarios, pues ellos deben optimizar su tiempo para cumplir con todos sus quehaceres cotidianos, lo que genera una demanda alta de estrés emocional y físico.

Hay lugares en los que se hace más factible realizar intervenciones sobre hábitos alimenticios uno de estos es el medio escolar que proporciona una oportunidad de inestimable valor para la promoción de hábitos alimentarios saludables porque permite llegar a un gran número de personas (niños/jóvenes; profesores y padres) y porque sintoniza en métodos y objetivos docentes con los proyectos educativos curriculares. Las actividades educativas realizadas en el medio escolar deben reforzarse mediante iniciativas llevadas a cabo en el ámbito comunitario y en la vida familiar³⁰.

Una herramienta importante para difundir información que puede ser de mucha ayuda para intervenir educativamente sobre los hábitos alimenticios de los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena es la publicidad. Kotler y Armstrong (2001) definen la publicidad como *cualquier forma pagada de presentación y promoción no personal de ideas, bienes o servicios por un patrocinador identificado*. En estudios realizados cuyo objetivo fue la

³⁰ CARRASCO, E. Perspectiva familiar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Clínica y terapéutica. 2004. Vol. 17, N°. 7. P: 235-257.

normalización de los patrones alimentarios así como el incremento el autoconocimiento, la autoaceptación y la autoeficacia de los pacientes se hizo use del llamado Modelo Santa Cristina que se ha desarrollado en base a la integración de distintos marcos conceptuales y teóricos:

- Modelo de Capacitación (Freire, 2000; 2002) que establece la toma de conciencia personal y devuelve la responsabilidad activa al paciente en el proceso de cambio.
- Modelo de Control de Acción (Kuhl, 1986, 1987; Kuhl y Beckman, 1985, 1992) que subraya la importancia del compromiso personal con la acción (intención) para lograr el cambio frente a la rumiación sobre el problema.
- Modelo Transteórico del Proceso de Cambio (Prochaska y Diclemente, 1985) que explica y predice los cambios en las conductas de salud a través de una estructura tridimensional que comprende estadios, procesos y niveles de cambio.
- Modelo de los Constructos Personales, en Trastornos de Conducta Alimentaria (Button, 1985) que explora los constructos sobre el cambio personal.
- Modelo Cognitivo-Conductual de intervención: Reestructuración Cognitiva que aboga por el replanteamiento de las cogniciones y creencias que sostiene el individuo (Ellis 1962; Beck 1979 y Teorías de Aprendizaje: Clásico, Instrumental y Aprendizaje Social (Bandura 1960), que dan cuenta de la adquisición de las conductas y plantean mecanismos para modificarlas

En la actualidad, la evidencia epidemiológica permite identificar el sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para el desarrollo posterior de patologías

crónicas entre los más jóvenes, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, colelitiasis, esteatohepatitis no alcohólica, artrosis y algunos tipos de cáncer. Si se tiene esto en cuenta, la obesidad se relaciona con una disminución de la calidad de vida y un aumento del gasto sanitario³¹. En vista de lo cual, se puede afirmar que el sobrepeso y la obesidad representan un importante problema de salud pública entre la población general, aunque de un modo especial entre el colectivo de niños, adolescentes y adultos jóvenes; dentro de los que se encuentran la población objeto de nuestro estudio.

3.12. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. La incidencia de anorexia nerviosa parece haber aumentado en las décadas recientes, tanto en nuestro país como en países extranjeros. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos. La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos por van Hoeken, Seidell y Hoek (2003) indica que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1 % para la bulimia nerviosa. La incidencia total es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al

³¹ FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003. Vol. 3, N° 1, P: 23-33.

año para la bulimia. Además, la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad³².

En un estudio transcultural de Steinhausen, Boyadjieva, Grigoriu-Serbanescu, Seidel y Winkler Metzke se realizó un seguimiento a 138 pacientes adolescentes fundamentalmente anoréxicas en un periodo de 5 años luego de su primera admisión, encontrándose que en promedio los pacientes habían ocupado el 25% del tiempo de seguimiento en tratamientos con hospitalización o ambulatorios. En tanto que la mitad de ellos requirieron una segunda hospitalización y un cuarto, una tercera. Un 68% del total de la muestra ya no cumplía los criterios para un trastorno de alimentación luego del seguimiento³³.

Por otra parte, el suicidio es la mayor causa de muerte en personas con anorexia nerviosa refutando la idea de que la inanición es la primera causa de muerte. El porcentaje de suicidio de adolescentes con trastornos de alimentación va desde el 1.8 al 7.3%.

Dado este escenario, surge la relevancia de comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlo preventiva y/o curativamente de manera más efectiva. Una de las maneras de entenderlo es desde el punto de vista de la familia. Es así como en ocasiones nos enfrentamos a las dicotomías,

³² ARAYA, H; ATALAH, E y BENAVIDES, X. et al. Prioridades De Intervención En Alimentación Y Nutrición En Chile. En: Rev. chil. nutr. 2006. Vol. 33, N°3, P: 88-103.

³³ FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003. Vol. 3, N° 1, P:23-33.

fundamentalmente en el ámbito clínico, entendiendo a la familia como "causante" versus la familia que se "adapta" a la enfermedad o que "padece" sus consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recurso para el tratamiento.

3.12.1 Definición de los Trastornos Alimentarios. Los trastornos alimentarios son alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Los tipos más comunes de trastorno de alimentación, que aparecen tanto en adolescentes como en adultos, son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La característica esencial de la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. En la anorexia nerviosa, lo que la define no es una auténtica pérdida o falta de apetito, sino el deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez a toda costa. Es habitual que esta alteración se inicie por recibir alguna crítica directa o indirecta en relación a su peso³³. Los investigadores han descubierto que los anoréxicos en realidad sienten hambre. Experimentan sensaciones cognoscitivas de hambre, junto con una fuerte preocupación por la comida³⁴.

Por su parte, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de voracidad (atracones) seguidos por conductas compensatorias inadecuadas como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el

³⁴ FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003, Vol. 3, N° 1, P: 23-33.

ayuno drástico y/o el ejercicio excesivo. La paciente está consciente de que su patrón alimentario no es normal, que escapa de su control, por lo que se angustia enormemente y siente posteriormente gran culpa, autodesprecio, vergüenza y depresión. El atracón finaliza debido al malestar físico que produce o por factores externos. Al igual que en las anoréxicas, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, lo que produce gran ansiedad.

Los trastornos del comportamiento alimentario en mujeres jóvenes son problemas graves que producen complicaciones médicas y psicosociales que pueden llevar a la muerte.

El diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria es clínico. Para mayor validez del diagnóstico, el clínico debe realizar una entrevista basada en una serie de criterios formulados en las clasificaciones actuales como el *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades*³⁵.

El tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria permitiría el inicio de un tratamiento e influiría en el curso de los trastornos de la conducta alimentaria y podría alertar sobre la morbilidad psiquiátrica asociada. Esto ha creado la necesidad de detectar precozmente los casos en las poblaciones en riesgo. Esta detección suele dificultarse por la resistencia del paciente a reconocer su

³⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM Iv-Tr. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002.

problema y la poca información y conocimiento de estos trastornos en el profesional de atención primaria³⁶.

Muchas de las pruebas formales disponibles para la detección de los trastornos de la conducta alimentaria no se usan frecuentemente en la atención primaria, algunas por ser largas y otras porque requieren la interpretación de un especialista. Una prueba de tamizaje simple podría ayudar a determinar cuándo se requiere una evaluación adicional por un especialista³⁷.

La encuesta SCOFF (del acrónimo en inglés, *Sick, control, one, fat, food*) es un instrumento corto, sencillo, de uso público que ha mostrado una adecuada sensibilidad y especificidad para el tamizaje de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes y en atención primaria en población inglesa, razón por la cual es la mejor opción para satisfacer la necesidad planteada³⁸.

El cuestionario consta de cinco preguntas que pretenden evaluar las características nucleares de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La traducción se hizo en doble vía: primero, tres personas nativas hispanoparlantes con dominio del inglés y, de manera independiente, tradujeron al español la versión inglesa para, luego, entre ellas, generar por consenso la versión en español que se iba a traducir nuevamente al inglés para

³⁶ VALDEZ, R; BERNARD, A y DOMÍNGUEZ, P. Influencia de los anuncios publicitarios televisivos sobre los hábitos de alimentación infantil. Un estudio exploratorio en niños mexicanos que asisten a escuelas públicas. En: Revista del Jardín Botánico Nacional. 2003, Vol. 24, N°1-2, P: 51-59.

³⁷ VILARIÑO, M; PÉREZ, C y GALLEGO, L. La razón y la emoción: integración de las intervenciones cognitivoconductuales y experienciales en el tratamiento de los trastornos de alimentación de larga evolución. En: Revista Nutrición Hospitalaria. 2009, Vol. 24, N°. 5. P: 614-617.

³⁸ Ibit...5

verificar la correspondencia entre las dos versiones. Esta nueva traducción fue hecha por dos personas nativas angloparlantes, una inglesa y otra norteamericana. Este proceso permitió descubrir que la pregunta 1 del original en inglés contenía un modismo propio del inglés británico, la cual se corrigió en la versión en español que, finalmente, se utilizó³⁹. No se consideró necesario hacer una prueba piloto entre universitarias, ya que la escala se había utilizado en un estudio previo con población de adolescentes, sin que allí se hubiera tenido que hacer ajustes adicionales a la traducción hecha⁴⁰.

3.12.2 Pruebas para medir los trastornos alimenticios. En la actualidad se han validado varios instrumentos, entre estos se encuentran el SCOFF y el EAT-26 que mide actitudes alimentarias. A continuación se describen con respecto a los tópicos que evalúan⁴¹.

3.12.2.1 Cuestionario SCOFF. El SCOFF es un cuestionario diseñado para el diagnóstico de anorexia y bulimia.

Los criterios de selección de pacientes se basaron en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

El cuestionario es autoaplicado y consta de 5 preguntas, con respuesta dicotómica (SI - No). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto.

³⁹ FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003, Vol. 3, N° 1, P: 23-33.

⁴⁰ AYERBE, L; GONZÁLEZ, E y LÓPEZ, I. et al. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en atención primaria. En: Aten Primaria. 2003, Vol. 32, N° 6. P: 315-316

⁴¹ IÑARRITU, M; CRUZ, V y MORÁN, I. Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de la conducta alimentaria. En: Revista Salud Pública y Nutrición. 2004, Vol. 2, N° 5. P: 44-51.

Se encuentra en la actualidad en fase de validación en nuestro país por el Dr. García Campallo. La versión que presentamos es la consensuada con el autor, tras un proceso de traducción y contra traducción⁴².

Según la interpretación del cuestionario SCOFF, se considera un instrumento altamente eficaz para la detección de trastornos del comportamiento alimentario, fácil y rápido de administrar y sencillo de puntuar⁴³.

Detecta tanto casos de bulimia como de anorexia, con altos grados de sensibilidad (cerca del 100%) y con una especificidad muy aceptable (87,5%)

Los autores proponen un punto de corte igual o superior a 2.

Aunque son necesarios más estudios sobre su fiabilidad y validez, se trata de una herramienta útil para ser empleada en población general y en grupos de riesgo⁴⁴.

Las propiedades psicométricas del cuestionario están siendo evaluadas por diferentes autores y se encuentran pendientes de publicación. No obstante en el artículo original se indican unos valores de sensibilidad del 100% (96,9-100) y de especificidad del 87,5% (79,2-93,4) para la detección de bulimia o

⁴² GIL, M. CANDELA, J. RODRÍGUEZ, M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos. En: Aten Primaria. 2003, Vol. 31, Nº 2. p 178-180.

⁴³ AYERBE, L; GONZÁLEZ, E y LÓPEZ, I. et al. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en atención primaria. En: Aten Primaria. 2003, Vol. 32, Nº. 6. P: 315-316

⁴⁴ ARANCETA, J; PÉREZ, C y DOMÍNGUEZ, I. et al. Educación nutricional en el medio comunitario: A propósito de una iniciativa en el Parque Infantil de Navidad de Bilbao. En: Rev Esp Nutr Comunitaria. 2000. Vol. 6 Nº.1, P: 14-16.

anorexia. Como vemos se trata de un excelente test para el cribado, debido a su elevada sensibilidad, conservando una especificidad aceptable⁴⁵.

Este instrumento consta de las siguientes preguntas:

¿Usted provoca el vómito porque se siente muy llena?

¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?

¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?

¿Usted diría que la comida domina su vida?

3.12.2.2 Test de Actitudes Alimentarias EAT-26. El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas⁴⁶.

Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

⁴⁵ ORTIZ, A; PEÑA, L y ALBINO, A. et al. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. En: Nutrición Hospitalaria. 2006. Vol. 21, N°4, P: 5 33-541.

⁴⁶ RUEDA, G; DÍAZ, L y ORTIZ, D. et al. Validación del cuestionario SCOFF para cribado de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. En: Aten Primaria. 2005. Vol 35, N°.1. P:89-94.

Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítemes, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Maloney y colaboradores en el año 1988, crean una versión para niños denominada CHEAT-26 que utiliza un lenguaje más sencillo⁴⁷. Para identificar a los sujetos con algún tipo de TCA se han propuesto los siguientes puntos de corte: “más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y el CHEAT-26. El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE)⁴⁸.

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez. Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas” en About the EAT-26, (s./f.), EAT-26 Scoring and Interpretation,⁴⁹.

⁴⁷ BEHAR, R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Clínica y terapéutica. 2004. Vol. 19, Nº. 7. P: 17-53.

⁴⁸ GIL, M. CANDELA, J. RODRÍGUEZ, M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos. En: Aten Primaria. 2003, Vol. 31, Nº 2. p 178-180.

⁴⁹ PERPIÑÁ, C. Trastornos alimentarios. En: Manual de psicopatología Madrid: McGraw-Hill. 1995, Vol. 1, Nº.1. P: 531-55.

Al ser una prueba de tamizaje (screening), se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte⁵⁰.

Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario⁵¹.

⁵⁰ ARANCETA, J; PÉREZ, C y DOMÍNGUEZ, I. et al. Educación nutricional en el medio comunitario: A propósito de una iniciativa en el Parque Infantil de Navidad de Bilbao. En: Rev Esp Nutr Comunitaria. 2000, Vol. 6 N°1, P:14-16.

⁵¹ POMPILI, M; MANCINELLI, I y GIRARDI, P. et al. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. En: Internacional Journal of Eating Disorders. 2004. Vol 36. P:99-103.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los cambios obtenidos por una intervención educativa sobre hábitos alimenticios en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena realizada en el año 2013.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la distribución de las variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, semestre, procedencia, convivencia, ingresos económicos).
- Describir las variables antropométricas y los hábitos alimenticios antes y después de la intervención
- Estimar el riesgo de padecer trastornos alimenticios en los sujetos de estudio antes y después de la intervención
- Relacionar el riesgo de padecer trastornos alimenticios con las variables sociodemográficas y hábitos alimenticios antes y después de la intervención

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio de tipo intervención cuasiexperimental, realizado en la ciudad de Cartagena de Indias, Universidad de Cartagena- Facultad de Odontología - Colombia, 2013.

5.2. POBLACIÓN

La población la constituyen estudiantes matriculados distribuidos de primer a decimo semestre la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, sede Cartagena de Indias con un total de 440 estudiantes.

5.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

La muestra en el presente estudio estuvo conformada por 123 sujetos. El tamaño de muestra fue calculado a partir de una revisión de literatura, considerando la tendencia histórica⁵².

⁵² BION, F. CASTRO, H. OLIVEIRA, G. *, Estado nutricional, medidas antropométricas, nivel socioeconómico y actividad física en universitarios brasileños. En: Nutr Hosp. 2008; Vol. 23. N°3 p.234-241.

5.4. VARIABLES.

Cuadro 1. Descripción de variables.

Variables	Definición	Escala de Medición	Índice e Indicadores
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Nominal	Femenino y masculino
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Razón	Años cumplidos
Semestre	Ciclo académico de determinada carrera o programa	Ordinal	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X
Hábitos alimenticios	Ingesta de alimentos diarios, así como los horarios de consumo y tiempos disponibles.	Ordinal	Frecuencia de ingestión de alimentos, horarios y tiempos disponibles.
Trastornos Alimenticios	Alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Los tipos más comunes de trastorno de alimentación, que aparecen tanto en adolescentes como en adultos	Nominal	Cuestionario EAT -26 y SCOFF anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (García-Palacios, Rivera & Botella, 2004)

5.5. INSTRUMENTOS.

Para cada uno de los tópicos se utilizaron las siguientes herramientas.

5.5.1. Variables sociodemográficas. Medir por encuesta las siguientes variables; edad en años cumplidos, sexo (M-F) dicotómica, procedencia dicotómica (urbana, rural) semestres (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X), personas con las que convive (familiares, pensionado, solo) ingresos económicos politómica, estado civil (soltero, casado unión libre, divorciado, separado, viudo).

5.5.2. Hábitos alimenticios. Se pretende analizar la proporción de participantes que presenten malos hábitos alimenticios al momento del estudio. Se utilizará un instrumento auto-administrado con preguntas con única respuesta

5.5.3. Trastornos alimenticios. Se medirá la proporción de individuos que presenten al menos un trastorno alimenticio al momento del estudio.

Cada instrumento fue calibrado previamente en un pilotaje con un grupo de estudiantes que no hacían parte de la población de estudio pero con características similares. A cada ítem se la valoró el grado de validez y consistencia para posteriormente aplicarlos en los individuos seleccionados.

5.6. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS.

Con base en los resultados de un estudio descriptivo previo acerca de hábitos alimenticios en los estudiantes de primero a decimo semestre de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, donde se evidencio la necesidad

de una intervención que permitiera modificar y prevenir enfermedades derivadas de malos hábitos en la ingesta de comida, se desarrolló este proyecto educativo dirigido a la población estudiantil.

Con la colaboración del investigador principal y los investigadores, se diseñó una estrategia pedagógica, basada en promoción publicitaria en murales, redes sociales, y encuentros presenciales dinámicos y participativos con profesional en nutrición, dirigida a la muestra utilizada en el estudio diagnóstico, con una duración de cinco semanas, desarrollada en las instalaciones de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

INTERVENCION EDUCATIVA

Una vez completado el diseño del programa de intervención, en las primeras dos semanas, se realizó una campaña publicitaria, con la intención de generar curiosidad y expectativa en los estudiantes, antes de dar inicio a la intervención propiamente dicha, exhibiendo una imagen llamativa consistente en la palma de una mano abierta, con diferentes colores en cada dedo, que representaban los colores distintivos de cada grupo alimenticio, en áreas transitadas con frecuencia dentro de la facultad, y redes sociales en forma digital. (Ver anexo C).

A la tercera semana, a cada gráfico se le agrego un mensaje distinto, para cada lugar donde se encontraba ubicado, con preguntas para crear un proceso mental autocritico y de análisis de sus hábitos actuales, pretendiendo a su vez

crear la inquietud de posibles respuestas. En el transcurso de la cuarta semana, se colocó el nombre de la campaña junto al logo, y ahora se dejaban consejos cortos sobre buenos hábitos.

La comunidad estudiantil usualmente preguntaba de qué se trataba todo el proceso, y solo se les explicaba que debían estar atentos a los logos, sus mensajes y una importante invitación que llegaría a los jóvenes de la facultad.

En la semana quinta se colocó junto al logotipo la primera invitación, que se organizó de acuerdo a los tiempos libres entre sus horarios de clase, reforzada en las redes sociales, y enviada a sus correos electrónicos personales.

Se realizó el primer encuentro en uno de los salones, liderado por una nutricionista clínica, perteneciente al departamento de bienestar de la universidad, con una duración de una hora, con una intervención inicial de la invitada acompañada de herramientas audiovisuales y luego una sesión de preguntas y respuestas, e intercambio de ideas e información para poder contactarse con la profesional en otras oportunidades.

Se continuaron las invitaciones, obteniendo una participación suficiente por parte de los estudiantes, finalizada la intervención se procedió al mes siguiente a aplicar el cuestionario a la muestra, que incluía un total de 57 preguntas que median las variables sociodemográficas, hábitos alimenticios, antropometría,

rendimiento académico y trastornos alimenticios respectivamente. Se recogieron, tabularon y analizaron los datos obtenidos.

5.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información fue recolectada de los semestres muestreados, posterior a la intervención educativa, los investigadores entregaron un cuestionario autosuministrado a cada participante, (Ver anexo A), previo diligenciamiento del formato de consentimiento informado (ver anexo B) por escrito, el cual estuvo contemplado en el presente estudio a partir del trabajo con seres humanos y la posible violación de su intimidad con la divulgación de la información obtenida. Si en el momento de recolectar la información no se encontraban en el salón de clases los sujetos que salieron sorteados en el muestreo, se utilizó la lista muestral para el reemplazo en segunda instancia para completar el número de sujetos.

5.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En cuanto al análisis e interpretación de la información, los datos fueron depurados y organizados en el programa de Excel versión para Windows 2007, luego la matriz fue transportada al programa estadístico STATA versión para Windows 11.1. En primera instancia con el fin de realizar una análisis individual de cada variable se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes), posteriormente

se estimó la ocurrencia de los hábitos y trastornos alimenticios a través de prevalencias, asumiendo intervalos de confianza del 95%. Se utilizó la prueba de McNemar para las diferencias entre las proporciones

5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

A los individuos seleccionados se les explicó el objetivo del presente trabajo, teniendo en cuenta que los investigadores asumirían el compromiso de no socializar la información obtenida en forma individual, tratando ante todo de no vulnerar la intimidad de los participantes. En este sentido fue diseñado un consentimiento informado por escrito, basados en la normatividad legal vigente; normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993 antiguo Ministerio de Salud, república de Colombia.

6. RESULTADOS

En el presente estudio se evaluaron 123 sujetos, con edad promedio de 19,33 años con DE= (1,85). En la tabla 1, se observan las características socio-demográficas de los sujetos de estudio.

Tabla 1. Características socio-demográficas de la muestra de estudio, Cartagena 2013.

Variabes	Frecuencia n=123	Porcentaje (%)
Edad (años)		
Menos de 19 años (adolescente)	36	29,27
20 - 44 (adulto joven)	87	70,73
Sexo		
Femenino	80	65,04
Masculino	43	34,96
Semestre		
Segundo	6	4,88
Tercero	9	7,32
Cuarto	15	12,20
Quinto	15	12,20
Sexto	16	13,01
Séptimo	12	9,76
Octavo	24	19,51
Noveno	2	1,63
Decimo	24	19,51
Procedencia		
Urbana	85	69,11
Rural	38	30,89
Convivencia		
Familiares	92	74,80
Pensionado	26	21,14
Solo	5	4,07
Recursos económicos		

Menos de 1 SMMLV	25	20
De 1 a 3 SMMLV	63	50,40
Más de 3 hasta 5 SMMLV	25	20
Más de 5 SMMLV	12	9,60
Estado civil		
Soltero	119	96,80
Casado	1	0,80
Unión libre	3	2,40
TOTAL	123	

Al analizar los dos datos obtenidos entre el antes y después de la intervención no se encontró una diferencias significativa con respecto a la ingesta de comidas básicas en los estudiantes de odontología a los cuales se les aplicó esta intervención, (Ver tabla 12).

Tabla 2. Consumo de comidas básicas antes y después de una intervención sobre hábitos alimenticios saludables en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena, Cartagena 2013

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
Pocos recursos económicos	0,26	0,19	0,07	0,11
Menos de 3 Comidas básicas	0,40	0,47	- 0,07	0,84
Poca frecuencia de Desayuno	0,45	0,37	0,08	0,9
Ninguna hora para desayuno	0,07	0,06	0,01	0,40
Poca frecuencia de Almuerzo	0,34	0,50	-0,16	0,99
Hora inadecuada de almuerzo	0,32	0,71	- 0,39	1,00
Frecuencia en el consumo de merienda.	0,83	0,62	0,21	0,01*
Alimentos no saludables en la merienda	0,95	0,95	0	0,50

Estadísticamente significativo $P^ < 0,05$

Por otra parte, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el número de estudiantes que afirman no ingerir meriendas a ninguna hora del día, y la reducción evidente sobre el número de estudiantes que afirman no consumir alimentos integrales, (Ver tabla 13).

Tabla 3. Diferencias en los horarios de comidas antes y después de una intervención sobre hábitos alimenticios en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena, 2013.

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
Ninguna hora merienda	0,13	0,00	0,13	0,00*
Alto consumo de comidas en la calle	0,89	0,95	-0,06	0,97
Más de 5 comidas al día	0,78	0,84	-0,06	0,90
Menos de 3 comidas al día	0,19	0,16	0,03	0,25
No consumo de alimentos integrales	0,62	0,47	0,15	0,01*
Consumo de comidas rápidas fines de semana	0,91	1	-0,09	0,99
Poca ingesta de comidas al día	0,65	0,74	-0,09	0,95
Alta frecuencia de consumo de alcohol	0,50	0,53	-0,03	0,67
Menor ingesta de agua	0,76	0,88	-0,12	0,99

No come saludable	0,95	0,93	0,02	0,19
Poco tiempo para ingerir los alimentos	0,43	0,38	0,05	0,21
Mala elección de alimentos	0,86	0,86	0,00	0,42

***Estadísticamente significativo $P^* < 0,05$**

Al comparar los cambios en los sujetos de estudio se observó la disminución en el número de estudiantes que afirman que su ingesta de alimentos varió al entrar a la universidad, de igual forma se encontró diferencia significativa en aquellos que mencionan ingerir menor cantidad de alimentos por situaciones problemáticas. Se redujo la población estudiantil que afirma que no se realizan jornadas educativas de hábitos alimenticios en la universidad, (ver tabla 14).

Tabla 4. Diferencias en los hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados en estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2013.

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
Variación en la ingesta de alimentos al ingreso a la U.	0,93	0,86	0,07	0,04*
Motivos negativos de la variación de la ingesta de alimentos	0,92	0,95	-0,03	0,86
Elección de comidas chatarra	0,97	0,97	0	0,50

Hábitos alimenticios inadecuados	0,46	0,65	-0,19	0,99
Hábitos alimenticios inadecuados por estrés	0,65	0,65	0,0	0,44
Consumo de más alimentos por estrés.	0,30	0,45	-0,15	0,99
Consumo de menos alimentos por presentar problemas personales.	0,79	0,47	0,32	0,00*
Poca o nula actividad física	0,80	0,82	-0,02	0,62
Variación del peso después de ingreso a la U	0,71	0,74	-0,03	0,71
Ausencia de instalaciones que ofrezcan alimentos adecuados al interior de la Facultad de Odontología	0,56	0,60	0,04	0,69
No realización de jornadas de hábitos alimenticios en la U	0,85	0,50	0,35	0,00*

***Estadísticamente significativo $P^* < 0,05$**

Al comparar los resultados en los sujetos de estudio se encontró disminución en el número de estudiantes que no se preocupa por la cantidad de comida que consume, a su vez, se redujo el número de los que se perciben con sobrepeso,

aumentó el porcentaje de ingesta de cereales, frutas y carnes a la hora del almuerzo. (Ver tabla 15).

Tabla 5. Diferencias entre el Consumo de frutas y verduras en el desayuno, la percepción por bajar de peso y sobre las comidas básicas.

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
Se provoca Vomito por llenura	0,01	0,16	-0,15	0,10
Nula preocupacion por cantidad de comida que ingiere	0,39	0,21	0,18	0,00*
Pérdida de más de 7Kg en 3 meses	0,08	0,08	0,00	0,40
Si cree estar gordo	0,19	0,10	0,09	0,02*
La comida si domina su vida	0,04	0,05	-0,01	0,61
No cereales en desayuno	0,44	0,62	-0,18	0,99
No hortalizas desayuno	0,90	0,84	0,06	0,08
No frutas desayuno	0,91	0,87	0,04	0,14
No carne desayuno	0,34	0,24	0,1	0,04*
Si grasas desayuno	0,75	0,89	-0,14	0,99
Si azúcar desayuno	0,43	0,75	-0,32	1,00
No cereal almuerzo	0,65	0,55	0,10	0,04*
No hortalizas almuerzos	0,63	0,57	0,06	0,18
No frutas almuerzos	0,90	0,65	0,25	0,00*
No carne almuerzo	0,41	0,30	0,11	0,03*
Si grasas almuerzos	0,95	1	-0,05	0,09
Si azucares almuerzos	0,77	0,81	-0,04	0,78

***Estadísticamente significativo P* < 0,05**

Aumentó el consumo de cereales, hortalizas y frutas en la cena, de igual forma hubo una diferencia estadísticamente significativa en el número de estudiantes que se preocupan negativamente por los alimentos que ingieren, y menos estudiantes que afirman que los demás los consideran delgados, (Ver tabla 16).

Tabla 6. Diferencias entre los alimentos consumidos en la cena, percepción sobre los alimentos y reacción ante estos al ser consumidos en estudiantes.

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
No cereales cena	0,92	0,52	0,4	0,00*
No hortalizas cena	0,77	0,66	0,11	0,03*
No frutas cena	0,96	0,82	0,14	0,00*
No carne cena	0,47	0,50	-0,03	0,64
Si grasas cena	0,93	0,88	0,05	0,09
Si azúcar cena	0,79	0,83	-0,04	0,74
temor al sobrepeso	0,69	0,72	-0,03	0,71
evita comer con hambre	0,34	0,51	-0,17	0,99
No preocupación por alimentos	0,91	0,80	0,11	0,00*
Si atracones de comida	0,56	0,53	0,03	0,30
No corta los alimentos	0,90	0,92	-0,02	0,75
No preocupación por calorías	0,95	0,97	-0,02	0,76
Quieren que yo coma mas	0,47	0,61	-0,14	0,98

Si vomita después de comer	0,03	0,39	-0,36	1,00
No culpabilidad por comer	0,15	0,49	0,34	1,00
No preocupación por estar delgado	0,91	0,95	-0,04	0,93
No piensa en quemar calorías	0,88	0,85	0,03	0,22
Los demás creen que está delgado	0,52	0,39	-0,13	0,02*
No preocupación por la grasa	0,90	0,93	-0,03	0,82
Ingiere alimentos con mayor o menor tiempo de lo normal	0,91	0,94	-0,03	0,77

***Estadísticamente significativo $P < 0,05$ ***

Del total de sujetos objeto del estudio se evidencian conductas encaminadas a generar mejores hábitos alimenticios observadas en el aumento de estudiantes que consume alimentos dietéticos, y opta por nuevas comidas, y un posible menor riesgo de trastornos de la alimentación debido a la disminución de los estudiantes que sienten culpa por la cantidad de comida ingerida o el hecho de comer dulces. (Ver tabla 17).

Tabla 7. Diferencias al comparar la culpabilidad por el consumo de ciertos alimentos y la frecuencia de su consumo.

VARIABLE	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR DE P
No evita alimentos con azúcar	0,98	0,95	0,03	0,12
No alimentos dietéticos	1	0,92	0,08	0,00*
la comida controla si su vida	0,27	0,52	- 0,25	1,00
No mantiene el control de ingesta	0,97	0,97	0	0,50
Si lo presionan para comer	0,34	0,57	-0,23	0,99

Si piensa demasiado en comida	0,46	0,61	-0,15	0,99
No siente culpabilidad por comer dulces	1	0,95	0,05	0,01*
No mantiene conductas de dieta.	0,29	0,44	-0,15	0,99
le gusta sentir el estómago vacío	0,17	0,29	-0,12	0,98
Si prueba nuevas comidas	0,69	0,51	0,18	0,02*

***Estadísticamente significativo $P^* < 0,05$**

De entre los aspectos de importancia para la actual intervención, se logró evidenciar que las variables: no merienda a ninguna hora, si vario la ingesta de comida al entrar a la universidad y consume menos alimentos por situaciones consideradas por estudiante como problemáticas, presentaron un cambio, explicándose dicho cambio a partir de otras variables explicativas como por ejemplo semestre y edad, sexo y convivencia y sexo y convivencia, Ver tabla 18.

Tabla. 8. Variables explicativas, para la merienda, variación de la ingesta y consumo por problemas

NO MERIENDA A NINGUNA HORA	Valor de P	Intervalo confianza 95%
Condición	0,003	-5,15
Semestre	0,165	-2,12
Edad	0,061	-0,05
SI VARIO LA INGESTA DE COMIDA AL ENTRAR A LA UNIVERSIDAD	-	-
Condición	0,000	-2,11

Sexo	0,064	-1,11
Convivencia	0,214	-0,84
CONSUME MENOS ALIMENTOS POR PROBLEMAS	-	-
Condición	0,003	-5,15
Sexo	0,165	-2,12
Convivencia	0,061	-0,05

Al comparar las variables explicativas de edad y sexo en el antes y el después se observa, que la distribución de los hábitos en el género y grupo etario se mantiene, siendo los adultos de 20 a 44 años los que consumen merienda con mayor frecuencia, los hombres los que en su mayoría reducen la ingesta de comida ante situaciones problema y a su vez consideran una mayor variación en la ingesta de alimentos al ingresar a la universidad. Ver tablas 19; 20;21.

Tabla. 9. Análisis multinivel para la asociación entre el consumo de merienda y las variables explicativas.

No merienda a ninguna hora	Antes		Total	Después		Total
	Edad			Edad		
(1 a 19 años)	67 62,21	39 36,79	106 100,0 0	75 62,21	47 36,79	122 100,00
(20 a 44 años)	8 47,06	9 52,94	17 100,0 0	0 0,00	1 100,00	1 100,00
Total	75 60,98	48 39,02	123 100,0 0	75 60,98	48 39,02	123 100,00

Tabla. 10. Análisis multinivel para la asociación entre la variación de la ingesta de comida al ingresar a la universidad y las variables explicativas.

Si vario la ingesta de comida al entrar a la universidad	Antes			Después		
	Sexo		total	Sexo		Total
Femenino	6 75,00	2 25,00	8 100,00	12 75,00	4 25,00	8 100,00
Masculino	68 59,13	47 40,87	115 100,00	68 63,55	39 36,45	115 100,00
Total	74 60,16	49 39,84	123 100,00	80 60,16	43 39,84	123 100,00

tabla. 11. Análisis multinivel para la asociación el consumo de menos alimentos por problemas y las variables explicativas.

Consumo menos alimentos por problemas	Antes			Después		
	Sexo		Total	Sexo		Total
Femenino	12 48,00	13 52,00	25 100,00	93 100,0	0 0,00	93 100,00
Masculino	62 63,27	36 36,73	98 100,00	0 100,0	30 0,00	30 100,00
Total	74 60,16	49 39,84	123 100,00	30 24,39	30 24,39	123 100,00

7. DISCUSIÓN

A partir de las observaciones y vivencias se identificó la necesidad de intervenir en la salud integral de los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena. Este estudio aporta evidencia respecto a la evaluación de una intervención educativa en alimentación y actividad física, en estudiantes universitarios teniendo en cuenta que esta nueva etapa representa un período de mayor responsabilidad en distintos aspectos de la vida, la elección de los alimentos y las prácticas de estilos de vida saludables adquiridos en la infancia suelen modificarse y al mismo tiempo, no tienen la experiencia de comprar sus alimentos, planificar y preparar sus comidas, o responsabilizarse del control de lo que ingieren.

Existen numerosos estudios que han observado hábitos dietarios y estilos de vida inapropiados en los estudiantes universitarios en diferentes países, pero a pesar de eso, esta temática ha sido ampliamente estudiada en escolares pero muy poco en estudiantes universitarios, y mucho menos se ha creado programas de control minucioso para la educación en el autocuidado. En los primeros años universitarios se incrementan significativamente los cambios en sus actividades y responsabilidades, comenzando a exhibir conductas que le incitan al consumo inadecuado de alimentos y le invitan a la inactividad física⁵³.

⁵³ GARAY SÁNCHEZ, G. Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería. En: revista Griot, 2011. Vol. 4, Nº. 1, P: 25-34

La universidad como protagonista del desarrollo de un país y de una región, tiene un papel clave en el establecimiento de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura más saludable y equitativa. Además, las universidades pueden ser promotoras de la salud si se lo proponen; tienen el potencial para influir positivamente en la vida y condición de salud de sus miembros, protegiéndolos y promoviendo su bienestar y pueden liderar y apoyar procesos de cambio en la comunidad desde el interior, a través de sus políticas y prácticas⁵⁴ .

En la evaluación final, tras implementar el programa, fue evidente que los participantes lograron un nivel suficiente de aprovechamiento, en el que obtuvieron nuevos conocimientos de mucho provecho y aplicables a su estilo de vida y salud general. Los participantes fueron colaboradores y se mostraron muy interesados en que este tipo de programas se implementen de manera periódica, como se ha sugerido en otros estudios semejantes, lo cual permitió que se cumplieran los objetivos del programa; por tanto, se generó un mensaje positivo en los participantes⁵⁵ .

La experiencia educativa en promoción de hábitos alimenticios saludables, generó cambios en los alumnos estudiados, y se relacionan principalmente al aumento en la frecuencia del consumo de meriendas a media mañana y a

⁵⁴ ROOTMAN I, GOODSTADT, POTVIN L, SPRINGETT J. Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En: Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. OPS/OMS. 2007. Vol.59, N.1, P:29-57.

⁵⁵ CARRANZA, E. D. y NEDRICK, G. A. Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. En: Enfermería actual de Costa Rica. 2010, Vol. 25 N° 10 P 89-100

media tarde, en las edades de 20 a 44 años; estos datos son positivos desde el punto de vista de salud pública. La Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADyND) recomienda comenzar el día con un buen desayuno o completarlo durante la mañana incorporando una merienda o colación. Según un estudio de calidad nutricional en universitarios, una alimentación de calidad incluye mínimo dos meriendas en el día⁵⁶.

Sin embargo este estudio mostró que este aumento en el consumo de meriendas no fue coherente con una merienda adecuada, esto podría estar vinculado a otro hallazgo en el estudio que corresponde a la persistencia en la baja frecuencia del desayuno y el almuerzo, posiblemente sea la carga académica en aumento y esto justifique las edades de mayor frecuencia, lo que desequilibra los tiempos para consumir las comidas principales. Muchos estudios indican que en jóvenes universitarios, principalmente los más adultos se tiende a desmejorar la calidad del desayuno incluso a omitir las comidas principales^{57 58 59 60}, y se argumenta en la disminución del apetito, la falta de tiempo, aspecto que también se demostró en este estudio y posiblemente al entorno de convivencia, este hábito puede crear una necesidad

⁵⁶ KARLEN, G. MASINO, M. V. FORTINO, M. A. y MARTINELLI, M. Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. En: *Diaeta*, Vol. 29 N°:137 P 23-30.

⁵⁷ OLIVERAS, M. Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadán. En: *Nutrición Hospitalaria*, 2006, Vol. 21, N°3, p. 313-316.

⁵⁸ BELLIDO. L. y BENITES, B. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú En: *Medisan*,. 2008, Vol. 23, N° 4, P. 383-387.

⁵⁹ BECERRA. F, PINZON, G. y VARGAS. M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a la carrera de medicina. Bogotá 2011. En: *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 2011, Vol. 60, N°:3 P 12.

⁶⁰ BARCO, M. Validación de mensajes educativos en alimentación saludable para estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Geografía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En: *Nutr Hosp*, 2010, Vol. 28, N°3, P. 683-689.

perjudicial de consumir un mayor número de meriendas y debido a la exigencia calórica propia de la edad, estas sean pobres en nutrientes beneficiosos para la salud, con un ligero impulso hacia los alimentos con alto contenido en grasas y azúcares también observado en este estudio.

Cabe destacar que el estudio realizado por Vargas, Becerra y Prieto (2008) reportó que la prevalencia de malnutrición en los estudiantes de pregrado de edad adulta fue de 21,7%, siendo mayor el exceso de peso que el déficit (12,4% Vs. ,3%)⁶¹.

Otro estudio que valora la calidad de vida de estudiantes universitarios observó un consumo inferior a 2 comidas; estudios en estudiantes universitarios japoneses muestra que el 81% come 3 comidas y en estudiantes coreanos el 59,8% come solo 2 comidas al día. La mayoría de los alumnos ingerían alimentos a media mañana o tarde como snacks (papas fritas, ramitas), galletas, completos y bebidas, alimentos de alta densidad energética, ricos en grasa saturada, azúcar y sal, que contribuyen a la ingesta calórica total de forma importante. El saltarse el desayuno se ha asociado con un peor estado nutricional y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular⁶².

⁶¹ ROOTMAN I, GOODSTADT, POTVIN L, SPRINGETT J. Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En: Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. OPS/OMS. 2007. Vol.59, N.1, P:29-57.

⁶² DURÁN, A. CASTILLO, A. VIO DEL R, F. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. En: *Revista chilena de nutrición*, 2009, Vol. 36, N° 3, p. 200-209.

La omisión del desayuno o su realización de forma incorrecta o insuficiente, son prácticas alimentarias relativamente frecuentes entre los adolescentes y pueden ser factores determinantes en el condicionamiento de una dieta inadecuada, alterando el rendimiento físico e intelectual en la jornada matinal. Cada vez más estudios ponen de manifiesto una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y jóvenes de ambos sexos que omiten el desayuno⁶³, el desayuno a su vez está relacionado con la calidad de la memoria⁶⁴.

Se ha asociado a su vez la dispepsia funcional con una mayor tendencia en los universitarios que omiten tiempos de comida, tomar medicamentos y acostarse al poco tiempo de haber ingerido alimentos; y así mismo una mayor prevalencia de consumo de chocolate, golosina y galletas relacionado con la ansiedad, depresión y stress⁶⁵, factores psicológicos, y presencia de anomalías gástricas que en este estudio se evidenciaron antes y después de la intervención.

El cuestionario aplicado posterior al programa también evidencio no solo la poca frecuencia sino también un desayuno poco saludable, con baja cantidad de hortalizas, frutas, vegetales y cereales, presentando persistencia en la ingesta de comidas callejeras, horas inadecuadas para el almuerzo y poco

⁶³ KARLEN, G. MASINO, M. V. FORTINO, M. A. y MARTINELLI, M. Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. En: *Diaeta*, Vol. 29 N°:137 P 23-30.

⁶⁴ FERNÁNDEZ, I. Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). En: *Nutrición Hospitalaria*, 2008, Vol. 23, N° 4, P:383-387.

⁶⁵ BELLIDO, L. y BENITES, B. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú. En: *Medisan*,. 2008, Vol. 23, N° 4, P. 383-387.

control de la ingesta, el desequilibrio en los patrones alimenticios en los jóvenes que ingresan a la universidad están demostrados en diferentes estudios a nivel internacional donde mencionan que más del 60% de los estudiantes presenta subadecuación en el consumo de calorías, carbohidratos y grasa, y una tercera parte presentó baja ingesta de proteína. El hierro y la vitamina A fueron deficientes en más del 50 y 80% de los estudiantes, respectivamente. En otras facultades se observó que los estudiantes presentaron bajo consumo de frutas y verduras, alta ingesta de comida chatarra y exceso en el consumo de grasa⁶⁶.

En las escuelas existen condiciones que facilitan la obesidad por ventas de alimentos con alto contenido en azúcares simples y pocas posibilidades de realizar actividades físicas moderadas e intensas⁶⁷, este estudio manifiesta poca o nula actividad física en los estudiantes, que no varío luego de la intervención, se hace preciso acompañar la formación en hábitos alimenticios correctos con actividad física, se ha comprobado que La inactividad física y los desórdenes alimenticios tienen una importante prevalencia en estudiantes universitarios, existe la posibilidad de que la realización de actividad física intensa disminuya la aparición de actitudes alimenticias anómalas⁶⁸. Cuando un universitario mantiene una rutina de ejercicio, promueve una mejoría en sus

⁶⁶ BECERRA, F, PINZON, G. y VARGAS, M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a la carrera de medicina. Bogotá 2011. En: *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 2011, Vol. 60, N°:3 P 12.

⁶⁷ FERNÁNDEZ, I. Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). En: *Nutrición Hospitalaria*, 2008, Vol. 23, N° 4, P:383-387.

⁶⁸ CANCELA, J. M. y AYÁN, C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. En: *Revista Española de Salud Pública*. 2011, Vol. 85 N°:5 P 499-505.

emociones y en los pensamientos. Esto contribuye con una disminución del apetito, manejo del estrés y fortalece los cambios que promueven una mejor calidad de vida⁶⁹.

Se encontró en un estudio sobre los hábitos alimentarios en una población universitaria española, que en el almuerzo un elevado número de estudiantes consume bocadillo y solo un pequeño porcentaje, en su mayoría hombres, escogen el menú completo ofertado en los comedores universitarios, por otra parte, estudiantes que ingresan a carreras de salud muestran estilos de alimentación y actividad físicas que no favorecen a una calidad de vida óptima

70 71 .

En general, a la mayoría de los alumnos les gustan los alimentos que consumen, sin embargo llama la atención que a pesar de que saben que no son saludables los siguen consumiendo afirmando que los consumen por la necesidad de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía. En esto han

⁶⁹ GARAY SÁNCHEZ, G. Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería. En: revista Griot, 2011. Vol. 4, N°. 1, P: 25-34

⁷⁰ BELLIDO. L. y BENITES, B. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú En: *Medisan*,. 2008, Vol. 23, N°. 4, P. 383-387.

⁷¹ MARTINEZ, P. DURAN, C. y DONOSO, C. ¿Déficit o sobrealimentación? La valoración de los aportes de nutrimentos en los universitarios españoles. En: *Estudios de Antropología Biológica*, México 2003, Vol.11 N°. 1 P 24-38.

exteriorizado su pasión y se ha convertido en un hábito voluntario e involuntario, ejecutado de manera consciente y de manera inconsciente⁷².

En el estudio posterior a la intervención se observó un mayor consumo de alimentos ante situaciones problema, con una ligera inclinación hacia el género femenino, esto representa una mejoría en la conducta nutricional, indicándonos menos periodos de ayuno como se denota usualmente ante situaciones de estrés académico y resolver las exigencias energéticas del día, por otra parte también se obtuvo una mayor ingesta de alimentos integrales, menos estudiantes variaron su conducta alimentaria al entrar a la universidad, obteniéndose también un aumento en el número de estudiantes que consumen cereales, hortalizas y frutas en la cena, y que optan por probar nuevos tipos de comida.

Un estudio que evaluaba la condición nutricional de los universitarios plantea que para mejorar hábitos alimenticios en esta población se debería aumentar La ingesta de leguminosas en el almuerzo y completar la cena con mayor cantidad de verduras⁷³.

Una investigación realizada en la universidad nacional de Colombia, sede de medicina, menciona que más de la mitad de los estudiantes omiten las nueve y las onces (57,3% y 50,7% respectivamente), siendo este comportamiento mayor en los hombres que en las mujeres, además tres de cada diez no consumía cena, comportamiento más frecuente en el género femenino, este

⁷² MONTERO, A. UBEDA, N. y GARCÍA, A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. En: *Nutrición Hospitalaria*. 2006, Vol. 21 N⁴, P 466-473.

⁷³ OLIVERAS, M. Evaluación nutricional de una población universitaria. En: *Nutrición Hospitalaria*, 2006, Vol. 21, N^o 3, P:313-316.

mismo estudio presento una prevalencia de malnutrición fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres. No todos consumen en los tiempos de comida recomendados y la frecuencia de consumo de todos los grupos de alimentos es deficiente. Se observó alta frecuencia de consumo de comidas rápidas, gaseosas y adición de grasa a los alimentos⁷⁴.

Los resultados de este estudio, nos que indican una mejoría en los hábitos presentes en la muestra estudiada, y que a pesar de que la propuesta sólo se pudo llevar a cabo durante aproximadamente 1 mes, se observaron resultados positivos, sustentado en un estudio de promoción de la salud en hábitos alimenticios de similar duración, realizado en la escuela de educación en universidad de Valladolid, donde sus estudiantes generaron la interiorización paulatina de lo aprendido, obteniendo resultados satisfactorios.⁷⁵, en otra investigación también se afirma producir un incremento del 9,2% de individuos que almorzaban y una modificación de los alimentos consumidos, tras una intervención educativa^{76 77}.

⁷⁴ BECERRA, F, PINZON, G. y VARGAS. M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a la carrera de medicina. Bogotá 2011. En: Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. 2011, Vol. 60, N°3 P 12

⁷⁵ FORERO, A; GOMEZ L y ESPINOSA, G. et al. Intervenciones comunitarias para la promoción de hábitos alimentarios saludables: resultados de una revisión sistemática. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública .2003. Vol. 21, N°2, P:73-84.

⁷⁶ CALLEJA, A. Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. En: Nutrición Hospitalaria, 2011, Vol. 26, N°3, P. 560-565.

⁷⁷ RUIZ, S. Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria. En: Nutrición Hospitalaria, 2009, Vol. 24, N° 5, P: 596-606.

Un estudio de experiencias preliminares a partir de la aplicación de un programa sobre estilos de vida saludables desde la “investigación-acción” destaca la necesidad de conducir a los alumnos en la reflexión sobre sus propias creencias, así como estimular su sentido crítico, con respecto a que los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones y decisiones que toma una persona que son característicos de un grupo de personas son susceptibles de modificarse, a partir de ese precepto, en este programa pudieron reconocer la necesidad de responsabilizarse por su salud, de identificar posibilidades y formas para introducir cambios en sus estilos de vida, afirmando que a pesar de tener conocimiento de buenos hábitos no los ponen en práctica por razones de tiempo y responsabilidades varias⁷⁸.

El adolescente es susceptible de desarrollar trastornos alimenticios y es prioridad de la escuela asumir una posición de seguimiento y detección de factores protectores y de riesgo para la adquisición de estos problemas, en este estudio se obtuvo una disminución significativa en la preocupación por la cantidad de comida ingerida, la autopercepción de sobrepeso y la noción colectiva de delgadez mencionada por cada estudiante.

Por otra parte, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. Los desórdenes alimentarios podemos encontrarlos como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y

⁷⁸ JIMÉNEZ, C; ÁLVAREZ, M. JIMÉNEZ, M. Experiencias preliminares a partir de la aplicación de un programa sobre estilos de vida saludables desde la “Investigación-acción”. En: *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2012, Vol. 3, N° 2, P. 101-111.

los TCA no especificados. En este estudio la prevalencia de conductas de riesgo al EAT – 26 resultó ser de 8,1%, ligeramente mayor que en un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde el riesgo fue de 5,8%⁷⁹.

Por otro lado en relación al sexo, las mujeres desde tiempos históricos han estado más interesadas en el aspecto físico, lamentablemente esto ha influido negativamente en su salud y en esta investigación, al igual que en otros estudios las mujeres son las más afectadas, al presentar riesgos en relación a los trastornos alimenticios y en algunos caso la proporción es de 10.⁸⁰

La aplicación de una intervención en salud eficaz puede desafiar y saciar la necesidad del universitario de conocer las prácticas de autocuidado entre las que se encuentran como debe ser una alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, entre otras prácticas que permitan disminuir la posibilidad de enfermarse⁸¹.

⁷⁹ IÑARRITU, M; CRUZ, V y MORÁN, I. Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de la conducta alimentaria. En: Revista Salud Pública y Nutrición. 2004. Vol. 2, N°. 5. P:44-51.

⁸⁰ FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003. Vol. 3, N°. 1, p 23-33.

⁸¹ CARRANZA, E. D. y NEDRICK, G. A. Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. En: Enfermería actual de Costa Rica. 2010, Vol. 25 N°. 10, P: 89-100

De allí la importancia de conocer estos comportamientos para implementar acciones que corrijan oportunamente y mejoren los estilos de vida en adultos jóvenes, población altamente productiva de un país⁸².

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena se dictan cursos libres a los estudiantes que están dirigidos a promover estilos de vida saludable, en estos se les da gran importancia a los hábitos alimenticios y se expone la importancia de tener una buena alimentación, además se les recomienda consumir meriendas durante el día. Esto no se cumple en los estudiantes, pues aunque un porcentaje importante toma meriendas durante la jornada académica, estas no son muy saludables y predomina el consumo de mecatos y frituras, que no aporta buenos nutrientes para mantener un buen estado de salud, además no todos participan de estos cursos, esto contrasta con un estudio realizado en la pontificia Universidad Javeriana donde encontraron un porcentaje notorio en el consumo de frutas. Esta situación no se presenta en la Facultad de Odontología según lo muestra este estudio posiblemente debido a la falta de lugares al interior de la facultad y en la sede de la Universidad de manera general⁸³.

⁸² LOBO Luz Lorena. Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil en escuelas básicas de Chile. Universidad de Bio Bio, Chillán, 2013. En: Revista de la facultad de ciencias. Vol.15 N°.1, 55-63.

⁸³ TOBAR LUISA FERNANDA. Descripción de hábitos y comportamientos alimentarios de los estudiantes de la facultad de ciencias de la pontificia universidad javeriana. Pontificia Universidad Javeriana En: Revista de la facultad de ciencias. Vol.13 N°.1, 55-63.

En términos generales la salud de los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena se encuentra en riesgo de enfermar pues además de no tener buenos hábitos alimenticios, gran parte de ellos no realiza actividad física durante la semana y consumen alcohol con cierta frecuencia.

Esta situación puede tener un efecto negativo sobre el rendimiento académico de los estudiantes y presentando a su vez molestias de salud donde ha prevalecido la presencia de cefaleas y gastritis. Además los participantes han tenido cambios en el peso solo un pequeño porcentaje ha mantenido su peso luego del ingreso a la universidad, menor al obtenido en el estudio realizado por Tobar L, y cols. La mayor parte de los estudiantes ha experimentado cambios en su hábitos alimentarios posterior al ingreso a la universidad, como se comentó esto obedece principalmente a la falta de tiempo y poca disponibilidad de alimentos en la facultad.

Es valioso tener en cuenta que una alimentación poco saludable y estilos de vida desfavorables pueden ser causantes de enfermedades crónicas en la edad adulta, además pueden interferir en el rendimiento académico y perturbar la formación integral de los futuros odontólogos, por ello es necesario que las universidades verifiquen sus ambientes de estudio, dispongan de lugares dispensarios de alimentos saludables para que los estudiantes tengan acceso a ellos durante los cambios de clase y así mejoren el consumo y la calidad de las meriendas.

Un estudio para Validación de mensajes educativos en alimentación saludable para estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Geografía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, permitió saber que los estudiantes tienen una gran resistencia al cambio hacia una alimentación saludable, se requiere todo un proceso pedagógico completo para crear mensajes validos desde el punto de vista científico para una estrategia de promoción en salud, los estudiantes consideraron la importancia de la educación nutricional, como medio fundamental para mejorar la alimentación y sugirieron que se realicen campañas de educación alimentarias, pero mencionaron que podían recordar la idea de los mensajes, pero no todo lo que pudieran aportar sugiriendo que estos sean más simples y directos⁸⁴.

El diseño de los mensajes es un reto para este tipo de estrategias, no es fácil captar la atención y que a su vez sea interiorizado el mensaje implícito generando un proceso cognitivo, sin embargo el diseño realizado para esta intervención y su forma de desarrollarlo si despertó el interés, y diálogos reflexivos entre pares de la universidad.

Las principales limitaciones del estudio fue acceder a los estudiantes, ya que era difícil entrevistarlos debido al horario que cumplen cada semestre en la facultad, la dificultad de encontrar espacios dentro de las actividades curriculares que permitieran los encuentros educativos, no existe una cultura

⁸⁴ BARCO, M. Validación de mensajes educativos en alimentación saludable para estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Geografía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En: Nutr Hosp, 2010, Vol. 28, N°3, P: 683-689.

estudiantil fundamentada en buenos hábitos, por lo que el trabajo se duplica al intentar generar motivación en los jóvenes con relación a los beneficios del autocuidado, a pesar de ser estudiantes del área de la salud, y por último puede existir la posibilidad del sesgo de confusión, con los datos obtenidos en el después debido al tiempo transcurrido entre la fase diagnóstica y la intervención, esto a tener en cuenta para que los resultados sean analizados cautelosamente, pero no dejan de generar un aporte importante dentro del esfuerzo de este proyecto para generar oportunidades de cambio hacia una verdadera universidad promotora de la salud.

Una Universidad Saludable o Universidad Promotora de la Salud, es aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan para así formarlos, con el fin de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general. Para el logro de una Universidad Saludable, es indispensable que las universidades incorporen este compromiso de forma clara en sus políticas institucionales, así como en su currículo implícito y explícito⁸⁵.

Ahora con lo obtenido a partir de esta intervención se presentan nuevos desafíos con relación a aquellos hábitos que se mantuvieron a pesar del programa, los logros obtenidos aun ante un tiempo de promoción relativamente

⁸⁵ ESPINOZA O, L., RODRÍGUEZ R, F., GÁLVEZ C, J., y MACMILLAN K, N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. En: *Revista chilena de nutrición*. 2011, Vol. 38 N°4, P:458-465.

corto, es necesario ampliar las posibilidades de fomentar una cultura en salud, no solo realizando campañas aisladas, sino que las mismas maduren y sean vinculadas dentro de los procesos académicos regulares, mejorar algunos hábitos en los universitarios solo es una parte de la tarea de generar profesionales de mayor calidad y eficiencia, más saludables y que aporten a la problemática social en salud de nuestro país, ahora corresponde profundizar en nuevas estrategias que clarifiquen que relación podrían tener las creencias, prácticas, actitudes de estos estudiantes ante su conducta en salud, porque al parecer al utilizar un enfoque educativo limitado a ofrecer solo conocimiento, privaría a la investigación de nuevos alcances, en este tipo de intervenciones.

8. CONCLUSIONES

La experiencia educativa en promoción de hábitos alimenticios saludables, generó cambios en los alumnos estudiados, y se relacionan principalmente al aumento en la frecuencia del consumo de meriendas a media mañana y a media tarde, en las edades de 20 a 44 años.

No solo se evidencio la poca frecuencia del habito de desayuno sino también un estudiantes que no desayunan saludablemente, debido a que lo hacen con baja cantidad de hortalizas, frutas, y cereales, presentando persistencia en la ingesta de comidas callejeras, horas inadecuadas para el almuerzo y poco control de la ingesta, el desequilibrio en los patrones alimenticios en los jóvenes que ingresan a la universidad.

se observó un mayor consumo de alimentos ante situaciones problema, con una ligera inclinación hacia el género femenino, esto representa una mejoría en la conducta nutricional, indicándonos menos periodos de ayuno como se denota usualmente ante situaciones de estrés académico y resolver las exigencias energéticas del día, por otra parte también se obtuvo una mayor ingesta de alimentos integrales, menos estudiantes variaron su conducta alimentaria al entrar a la universidad, obteniéndose también un aumento en el número de estudiantes que consumen cereales, hortalizas y frutas en la cena, y que optan por probar nuevos tipos de comida

En términos generales la salud de los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena se encuentra en riesgo de enfermar pues además de no tener buenos hábitos alimenticios, gran parte de ellos no realiza actividad física durante la semana y consumen alcohol con cierta frecuencia. .

Esta situación puede tener un efecto negativo sobre el rendimiento académico de los estudiantes y presentando a su vez molestias de salud donde ha prevalecido la presencia de cefaleas y gastritis. Además los participantes han tenido cambios en el peso solo un pequeño porcentaje ha mantenido su peso luego del ingreso a la universidad.

9. RECOMENDACIONES

La institución universitaria debe ser un escenario propicio para el fomento de prácticas y estilos de vida saludables en los estudiantes, estructurada de manera que permitan adquirir conductas que vayan en pro de su bienestar y mejoren su calidad de vida, fue importante el apoyo de docentes y directivos para desarrollar esta intervención, se pudo notar en el transcurso del proyecto que este tipo de estrategias, generarían más logros en materia de promoción de la salud, si fueran mantenidas durante un tiempo mayor y pudieran evaluarse a largo plazo, es más, una investigación que incluya datos cualitativos y observaciones individuales de seguimiento en la conducta de la muestra resultaría en datos relevantes para entender la dinámica del problema y quizás diseñar intervenciones de mayor impacto.

La implementación de este tipo de programas es un aporte valioso para promover y proteger la salud de la comunidad estudiantil, confluente en crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducentes a la salud; proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; impulsar la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación; y fomentar las conductas de auto-cuidado deben ser fundamentales dentro de la formación del joven, y estas puedan ser extrapoladas a su familia, y a su comunidad en general.

Para lograr evaluar el impacto de la promoción de la salud en la Universidad se requiere retomar la perspectiva de la comunidad universitaria, centrarse en la propia institución como fuente de insumos para propiciar escenarios saludables en la comunidad universitaria y una herramienta fundamental es la comunicación, entre otras cosas deberían las asignaturas estar orientadas al desarrollo de estilos de vida saludables, el mejoramiento de la calidad de vida y la búsqueda de la salud integral como agentes activos en el proceso de formación como profesionales y como personas.

BIBLIOGRAFIA

AIBÁÑEZ, E; THOMAS, Y y BICENTY, A. et al. Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. En: ciencias biomédicas. 2008. Vol. 6, N°2, P:101– 212.

ASARASON, B y SARASON, I. Conductas inadaptadas en la niñez y adolescencia, México. En: Prentice Hall. 1996. Vol. 16, N° 7, P: 484-490.

AGUILAR, M; GONZÁLEZ, E y GARCIA, J. et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. En: Nutrición Hospitalaria. 2011. Vol. 26, N°3, P:636-641.

ALVAREZ, R; CASTAÑO, J y MARIN, J. et al. Estilos de vida en estudiantes de la universidad de Manizales. En: Arch Med Manizales. 2007. Vol. 7, N°1, P 46-56.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM Iv-Tr. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En: Barcelona: Masson. 2002.

ARANCETA, J; PÉREZ, C y DOMÍNGUEZ, I. et al. Educación nutricional en el medio comunitario: A propósito de una iniciativa en el Parque Infantil de Navidad de Bilbao. En: Rev Esp Nutr Comunitaria. 2000. Vol. 6. N°1, P:14-16.

ARAYA, H; ATALAH, E y BENAVIDES, X. et al. Prioridades De Intervención En Alimentación Y Nutrición En Chile. En: Rev. chil. nutr. 2006. Vol. 33, N°3, P: 88-103.

ARREDONDO, J; GÁLVEZ, E y LÓPEZ, I. Intervención en problemas de obesidad en estudiantes mediante un programa de prevención. En: Psicología y Salud. 2010. Vol 20, N° 2, P:159-167

ARROYO, M. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. En: Nutrición Hospitalaria, 2008, Vol. 23, N° 4, P: 366-372.

AYERBE, L; GONZÁLEZ, E y LÓPEZ, I. et al. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en atención primaria. En: Aten Primaria. 2003. Vol. 32, N° 6. P:315-316.

BARCO, M. Validación de mensajes educativos en alimentación saludable para estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Geografía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En: Nutr Hosp, 2010, Vol. 28, N°3, P. 683-689.

BECERRA. F, PINZON, G. y VARGAS. M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a la carrera de medicina. Bogotá 2011. En: Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. 2011, Vol. 60,N°3 P 12.

BECKER A; GRINSPOON, S y KLIBANSKI, A. et al. Eating disorders. En: N Engl J Med. 1999. Vol 340, N°4, P:1092-1098.

BEHAR, R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Clínica y terapéutica. 2004. Vol. 19, N° 7. P: 17-53.

BELLIDO. L. y BENITES, B. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la

Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú En: Medisan,. 2008, Vol. 23, N° 4, P: 383-387.

BION, F. CASTRO, H. OLIVEIRA, G. *, Estado nutricional, medidas antropométricas, nivel socioeconómico y actividad física en universitarios brasileños. En: Nutr Hosp. 2008; Vol. 23. N°3 p.234-241.

CABERO, J. LÓPEZ. E, BALLESTEROS, C. Experiencias universitarias innovadoras con blogs para la mejora de la praxis educativa en el contexto europeo. RUSC. En: Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, 2009, Vol. 6, No 2.

CALLEJA , A. Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. En: Nutrición Hospitalaria, 2011, Vol. 26, N°3, P: 560-565.

CANCELA, J. M. y AYÁN, C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. En: Revista Española de Salud Pública. 2011, Vol. 85 N°.5 P: 499-505.

CARRANZA, E. D. y NEDRICK, G. A. Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. En: Enfermería actual de Costa Rica. 2010, Vol. 25 N° 10 P: 89-100.

CARRASCO, E. Perspectiva familiar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Clínica y terapéutica. 2004. Vol 17, N°. 7. P:235-257.

CHOURDAKIS, M; TZELLOS, T y POURZITAKI, C. et al. Evaluation of dietary habits and assessment of cardiovascular disease risk factors among Greek university students. En: El sevier journal. Appetite. 2011. Vol 57, N°. 2. P: 377–378.

CUTILLAS, A. Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). En: Nutr Hosp, 2013, Vol. 28, N° 3, P: 683-689.

DURÁN , S. Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile. En: Nutrición Hospitalaria, 2012, Vol. 27, N° 3, P:739-746.

DURÁN, A. CASTILLO, A. VIO DEL R, F. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. En: Revista chilena de nutrición, 2009, Vol. 36, N° 3, P: 200-209.

ESPIÑOZA O, L., RODRÍGUEZ R, F., GÁLVEZ C, J., y MACMILLAN K, N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. En: Revista chilena de nutrición. 2011, Vol. 38 N°4, P:458-465.

FANDIÑO, A., GIRALDO, S. C., MARTÍNEZ, C. y ESPINOSA, R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. En: Colomb Med. 2013, Vol. 38 N°4, P 344-351.

FANDIÑO, A; GIRALDO, S y MARTÍNEZ, C. et al. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria En: estudiantes universitarios en Cali, Colombia. 2007. Vol 38, N°4. P:344-351.

FERNÁNDEZ, I. Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). En: Nutrición Hospitalaria, 2008, Vol. 23, N° 4, P:383 -387.

FERNÁNDEZ, M. Atención primaria de la salud en Escuelas Rurales: Programa preventivo-educativo" Aprendiendo a vivir en salud". En: Revista de Extensión de la UNC, 2012, Vol. 3, N°2. P 55-62.

FERNÁNDEZ, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ Y. et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. En: Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003. Vol 3, N°1, P:23-33.

FERRARI, C; ABBIATI, N Y PEREYRA, A. et al. La alimentación en jóvenes universitarios: modelización de los contactos alimenticios. En: Cuadernos del CEAgro. 2006. Vol 8, N°. 1. P: 27-32

FORERO, A; GOMEZ L y ESPINOSA, G. et al. Intervenciones comunitarias para la promoción de hábitos alimentarios saludables: resultados de una revisión sistemática. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública .2003. Vol. 21, N°2, P:73 -84.

GARAY SÁNCHEZ, G. Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería. En: revista Griot, 2011. Vol. 4, N°. 1, P: 25-34

GARCÍA, A; RIVERO, I y BOTELLA, C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. En: Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2004. Vol 2, N°.1. P:91-109.

GARNER, D; OLMSTED, M y BOHR, Y. et al. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. En: Psychological Medicine. 1982. Vol 12, Nº. 1. P:871-878.

GEROMETTA, H; CARRARA, C y GALARZA, A. et al. Frecuencia de consumo de alimentos en ingresantes a la carrera de medicina. En: posgrado de la VI cátedra de medicina. 2004. Vol. 136, N°2, P: 9-13.

GIL, M. CANDELA, J. RODRÍGUEZ, M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos. En: Aten Primaria. 2003. Vol. 31, Nº. 2. P:178-180.

GONZÁLEZ, M. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria. En: Nutrición Hospitalaria, 2011, Vol. 26, Nº. 2, P:337-344.

HERRERO, R y FILLAT, J. Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. En: Nutr. clin. diet. hosp. 2010. Vol 30, N°2, P:26-32.

HOEK, H y VAN HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. En: International Journal of Eating Disorders. 2003. Vol.34 N°8, P:383-396.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Guías alimentarias para la población Colombiana. Colombia 2005.

IÑARRITU, M; CRUZ, V y MORÁN, I. Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de la conducta alimentaria. En: Revista Salud Pública y Nutrición. 2004. Vol. 2, Nº. 5. P:44-51.

JIMÉNEZ, C; ÁLVAREZ, M. JIMÉNEZ, M. Experiencias preliminares a partir de la aplicación de un programa sobre estilos de vida saludables

desde la "Investigación-acción". En: Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2012, Vol. 3, N° 2, P:101-111.

JONES, J; BENNETT, S y OLMSTED, M. et al. Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. En: Canadian Medical Association Journal. 2001. Vol 165, N° 4. P:547-552

KARLEN, G. MASINO, M. V. FORTINO, M. A. y MARTINELLI, M. Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. En: Diaeta, Vol. 29 N°137 P:23-30.

KOLARZIK, E y KWIATKOWSKI. Nutritional model and nutritional behaviors depending on BMI value among students of the collegium Medicum of Jagiellonian University in Cracow. En: Przegl Lek. 2003. Vol 60. P:31- 35

KREIPE R y BIRNDORF S. Eating disorders in adolescents and young adults. En: Med Clin North Am. 2000. Vol. 84, N°7, P:1027-10 49.

KUTHE, N. Valoración de la condición nutricional, condición cardiorrespiratoria, hábitos de actividad física y hábitos alimentarios en estudiantes universitarios de Chile. En: Editorial de la Universidad de Granada, 2012. Vol. 3 N° 8, P:230-249.

LAMEIRAS, M; CALADO, M y RODRÍGUEZ, Y. et al. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. En: Actas Esp Psiquiatr. 2002. Vol 30, N°.6. P: 343-349.

LANDAETA, M; PATIÑO, E y GALICIA, N. Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. En: Anales Venezolanos de Nutrición. 2010. Vol. 23, N° 1, P:26-33.

LANDGRAVE, G. Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. En: revista digital universitaria, 2013, Vol. 14 , N°. 11. P: 56-70

LEDO, M. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. En: Nutrición Hospitalaria. 2011, Vol. 26, N°. 4, P:814 -818.

LEWINSOHN, P. STRIEGEL, R. SEELEY, J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. En: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000. Vol. 39 N°. 6. P:1284-1092.

LÓPEZ, V. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios de la Universidad de A Coruña (Campus de Ferrol). Impacto de una intervención de educación sanitaria en alumnos con sobrepeso. En: Nutrición Hospitalaria, 2008, Vol. 23, N°. 4, P:3 83-387.

LUCK, A; MORGAN, J y REID, F. et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice. Comparative study. En: BMJ. 2002. Vol 325, N°. 6, P: 755-756.

MAGALY, G. H, ISSEI, D. L. R. M, y LÁZARA M, D. Á. Estrategia educativa extensionista para promover una cultura alimentaria saludable en la comunidad. En: In Cuba Salud 2012. Vol. 10. N°3 P: 34-45

MARÍN, V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. En: Chilena de Nutrición. 2002. Vol 2, N°1, P:86-89.

MARTÍNEZ, M; HERNÁNDEZ, M y OJEDA, M. et al. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. En: Nutrición Hospitalaria. 2009. Vol 24, N°. 4, P:504 -510

MARTINEZ, P. DURAN, C. y DONOSO, C. ¿Déficit o sobrealimentación? La valoración de los aportes de nutrimentos en los universitarios españoles. En: Estudios de Antropología Biológica, Mexico 2003, Vol.11 N°. 1 P 24-38.

MARZÁN, M. BONAL, R. Fortaleciendo la Universidad por la salud. En: Medisan, 2012, Vol. 16, N°. 2, P:155-159.

MEDA, R.. Educar para la salud en Educación Superior: Tendencias y retos. En: Rev Educ Cienc Salud 2012; Vol. 9 N°. 2 P:86-94

MÍGUEZ ,M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. En: Nutrición Hospitalaria. 2011, Vol. 26, N°. 3, P:472-479.

MONTERO, A. UBEDA, N. y GARCÍA, A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. En: Nutrición Hospitalaria. 2006, Vol. 21 N°, P:466-473.

BARÓ, J. Y ALEMANY. "Estadística II". Ed. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya. 2000.Barcelona.

MORÁN, I; CRUZ, V E IÑÁRRITU, M. El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. En: Rev Fac Med UNAM. 2007. Vol,50, N°. 2. P:76–79.

MORÁN, I; CRUZ, V e IÑÁRRITU, M. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. En: Rev. Med. Del hospital general. 2009. Vol 72, N°.2. P:68 – 72.

MORGAN, J; REID, F y LACEY, J. Screeninf tool for eatíng disorders. The SCOFF questionnaire: assessment of a new. En: Rev. Med. Del hospital general. 2009. Vol 72, Nº.2. P:68 – 72.

Norma L. Montaña, E. Sotel, A. Los estilos, universitario y. la relación del profesor tutor universitario y estudiantes-los estilos de vida y conductas de riesgo. En: revista internacional administracion & finanzas.2014, Vol. 7 Nº. 3 P:81.

OLIVERAS, M. Evaluación nutricional de una población universitaria. En: Nutrición Hospitalaria, 2006, Vol. 21, Nº3, P:313- 316.

ORTIZ, A; PEÑA, L y ALBINO, A. et al. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. En: Nutrición Hospitalaria. 2006. Vol 21, Nº4, P:533-541.

PERPIÑÁ, C. Trastornos alimentarios. En: Manual de psicopatología Madrid: McGraw-Hill. 1995. Vol 1, Nº. 1. P:531-557.

POMPILI, M; MANCINELLI, I y GIRARDI, P. et al. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. En: Internacional Journal of Eating Disorders. 2004. Vol 36. P:99-103.

PULIDO, M; CORONEL, M y VERA, F. et al. Salud física, hábitos alimentarios y ejercicio en estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. En: Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2011. Vol 13, Nº. 1. P:65-82.

REIA, A; CABRERA, J. y RICHARD, M. Calidad de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios. En: Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. 2001. Vol 13, Nº2, P:48-52.

RODRÍGUEZ, A. Programa de educación emocional y gestión del estrés en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Santiago de Compostela. En: Nutr Hosp, 2013, Vol. 28, N°3, P:683-689.

RODRÍGUEZ, M. DE LA ROSA M. Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. En: Evidencias en pediatría, 2007, Vol. 3, N° 2, P:4 6.

RUEDA, G; DÍAZ, L y ORTIZ, D. et al. Validación del cuestionario SCOFF para cribado de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. En: Aten Primaria. 2005. Vol. 35, N°1. P:89-94.

RUIZ, S. Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria. En: Nutrición Hospitalaria, 2009, Vol. 24, N° 5, P: 59 6-606.

RUIZ, S; RUIZ F y HERNÁNDEZ, C. et al. Evaluación de dos intervenciones nutricionales y de hábitos de higiene y salud en una cohorte de alumnos de enseñanza primaria. En: Nutrición Hospitalaria. 2009. Vol. 24, N°5, P:596 -606.

SAENZ, N y GALLEGOS, E. Efectos de una intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesidad. En: texto y contexto enfermagem. 2004. Vol 13, N°00, P:17 – 25.

SALDAÑA, M. R. R., y CASTILLO, L. O. Perfil emocional, obesidad percibida vs IMC y rendimiento académico en estudiantes universitarios. En: alternativas en psicología. 2013, Vol. 28, N°131 , P. 14-17.

SÁNCHEZ, G. G. EDUCADORA, D. y INDEPENDIENTE, C. Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería1. En: Revista Griot 2011, Vol. 4 N°1, P:25.

SANCHEZ, N; REYES, D y REYES, U. et al. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. En: Boletín Clínico Hospital Infantil Edo Son. 2010. Vol 27, N° 1, P:30-34.

SORIANO, N. R., STACK, J. G. M., BECERRA, M. C., Cruz, A. R. M., Flores, J. R. J., Rueda, J. A. H., y Molina, R. V. Estilo de vida en estudiantes universitarios: un enfoque preventivo. En: Revista Científico Electrónica de Psicología. 2013 Vol.11, N°3, P:34- 40.

STEINHAUSEN, H; BOYADJIEVA, S y SERBANESCU, G. et al. A transcultural outcome study of adolescent eating disorders. En: Acta Psychiatrica Scandicavica. 2002. Vol. 101 N°5, P:6 0-66.

TASKFORCE FOR THE HANDBOOK OF PSYCHIATRIC MEASURES. Handbook Of Psychiatric Measures. En: Washington: American Psychiatric Association. 2000. P:647-72.

TIKE, H. ROSAS ,P. Promoción de salud y estilos de vida saludables en jóvenes universitarios: "hacia un curriculum integral". En: Nutrición Hospitalaria, 2006, Vol. 21, N°3, P:313-316.

TOBAR Luisa Fernanda. Descripción de hábitos y comportamientos alimentarios de los estudiantes de la facultad de ciencias de la pontificia universidad javeriana. Pontificia Universidad Javeriana En: Revista de la facultad de ciencias Vol.13 N°1, P:55-63.

TRIVIÑO, Z. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. En: Aquichan, 2012, Vol. 12, N° 3, P:275-285.

TRONCOSO P, AMAYA, J. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. En: Revista chilena de nutrición, 2009, Vol. 36, N° 4, P:1090-1097.

VALDEZ, R; BERNARD, A y DOMÍNGUEZ, P. Influencia de los anuncios publicitarios televisivos sobre los hábitos de alimentación infantil. Un estudio exploratorio en niños mexicanos que asisten a escuelas públicas. En: Revista del Jardín Botánico Nacional. 2003. Vol. 24, N°1-2, P:51-59.

VÁZQUEZ, M. WITRIW, A. REYES ,C. Estudio preliminar sobre la ingesta alimentaria en estudiantes universitarios de las carreras de medicina y arquitectura de la Universidad de Buenos Aires. En: Diaeta, 2010, Vol. 28, N°131, P:14-17.

VILARIÑO, M; PÉREZ, C y GALLEGO, L. et al. La razón y la emoción: integración de las intervenciones cognitivoconductuales y experienciales en el tratamiento de los trastornos de alimentación de larga evolución. En: Revista Nutrición Hospitalaria. 2009. Vol 24, N° 5. P:614-617.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

Instrumento para evaluar hábitos alimenticios en estudiantes de la facultas de odontología de la universidad de Cartagena. Código_____

- Edad:**____ **2. Sexo:** f____m____ **3. Semestre:**_____ **4.procedencia:** a)urbano
b)rural **5. Convive con:** a)familia b)pensionado c)solo **6. Dispone de recursos económicos propios y/o familiares entre:** a) menos de un salario mínimo (menos de 535.000) b) entre 1 y 3 salarios mínimos c) entre 4 y 5 salarios mínimos d) más de 6 salarios mínimos. **7. Estado civil:** a)soltero b)casado c) unión libre d)divorciado e)separado F) viudo **8 .frecuencia de consumo de 3 comidas básicas al día (desayuno, almuerzo, cena):** a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) casi nunca e) nunca **9. Con que frecuencia desayunas?** a) Siempre b) casi siempre c) algunas veces d) casi nunca **10. A qué horas acostumbras a desayunar?** A)entre 5 y 6 am b)entre 6 y 7 am c)entre 7 y 8 am d)entre 8 y 9 am e) no desayuno **11. Con que frecuencia almuerzas?** A) Siempre b)casi siempre c)algunas veces d) casi nunca e) nunca **12. A qué hora almuerzas?** A) Antes de las 12 pm b)entre 12 y 1 pm c)entre 1 y 2 pm d) después de 2 pm e) otra hora, cuál? _____ f) no almuerzo **13. El almuerzo por lo general:** a) lo traes de tu casa b) lo compras en la universidad c) lo compras en un restaurante cerca de la universidad d) almuerzas en la cafetería e)nunca almuerzas en la universidad porque almuerzas en tu casa f) no almuerzas en la universidad ni en la casa g) no almuerzas **14. Acostumbras a merendar con qué frecuencia (9 am, 3 pm)?** A) Siempre b) casi siempre c) algunas veces d)casi nunca e) nunca **15. Que alimentos consumes por lo general en las meriendas?** A)dulces b)mecatos c)frutas d)fritos e)otros alimentos **16. A qué horas meriendas si lo haces:**_____ **17. Con que frecuencia acostumbras a comer fritos o comidas en la calle?** A)siempre b)casi siempre c)algunas veces d)casi nunca e)nunca **18) con qué frecuencia comes entre comidas, luego de haber consumió la merienda, es decir más de 5 comidas al día?** a) Siempre b) casi siempre c) a veces d) nunca **19. Cuantas comidas en total consumes al día?** a) 1 b)2 c)3 d)4 e) más de 5 f) no consume **20. Consumes alimentos integrales?** Si____ no _____ **21. Que tipos de comidas prefieres consumir cuando sales a comer los fines de semana?** a) preparaciones ricas en carbohidratos: hamburguesas, pizza, sándwich, perros calientes, papas fritas, helados b) empanadas, frituras y jugos c) preparaciones típicas de otros países: china, italiana, mexicana, árabe d) fusiones de las respuestas a y c e) fusiones de las respuestas a y b f) no ingieren comidas rápidas **22. Por qué motivo consume**

- menos de 3 comidas al día?** a) dificultades económicas b) falta de tiempo c) por costumbre d) por dieta e) poca disponibilidad en la universidad f) NA **23.**
- Conque frecuencia consumes alcohol?** a) 2 o 3 veces a la semana b) una vez a la semana c) cada 15 días d) mensualmente e) no consumo alcohol **24.**
- Números de vasos de agua que consumes al día?** a) Menos de 2 b) de 2 a 4 c) de 4 5 a 7 d) de 8 a 10 e) 11 o más **25. Consideras que comes saludable?** a) Siempre b) casi siempre c) algunas veces d) casi nunca e) nunca
- 26. Cuanto tiempo dedicas a comer cuando ingieres las comidas principales [(desayuno, almuerzo y cena)?** a) 5 minutos b) 10 minutos c) 15 minutos d) más de 15 minutos e) otro, cuál? _____ **27. Cuando eliges un alimento, lo eliges por:** a) gusto b) costos c) calidad d) valor nutritivo e) recomendaciones médicas f) recomendaciones del nutricionista g) otros motivos
- 28. Considera usted que su alimentación ha variado al ingresar a la universidad?** Si _____ no _____ no sabe : _____ **29. Si ha variado considera usted que la razón ha sido:** a) disponibilidad de tiempo por el estudio b) recursos económicos c) poca variedad en comidas d) dietas especiales e) problemas de salud f) otras consideraciones g) NA
- 30. Molestias de salud percibidas por los hábitos alimenticios:** a) gastritis b) dolor de cabeza y migraña c) problemas de colon d) azúcar baja o alta e) problemas de tiroides f) dolores abdominales y de estómagos g) anemias h) dolor en otras partes i) úlceras j) otros
- 31. Al momento de no poder consumir el tipo de comida adecuada por algún motivo en la universidad, que tipo de alimento ingiere?** _____ **32. Como considera sus hábitos alimenticios?** a) Adecuados para su edad y exigencias físicas b) deficientes para sus necesidades.
- 33. En situaciones de stress parciales, problemas económicos, problemas familiares, problemas académicos) tu:** a) ingieres alimentos con mayor frecuencia o cantidad b) ingieres alimentos con menor frecuencia y cantidad c) ingieres alimentos de igual forma d) no ingieres ningún alimento
- 34.Cuál es la situación que te induce a consumir más alimentos?** A) problemas familiares b) problemas con mi pareja c) problemas de estudio d) problemas económicos e) ninguna de las anteriores
- 35.Cuál es la situación que te induce a consumir menos alimentos?** A) problemas familiares b) problemas con mi pareja c) problemas de estudio d) problemas económicos e) ninguna de las anteriores
- 36. En cuanto a la actividad física semanal, con qué frecuencia realizas ejercicio?** A) 1 a 2 veces por semana b) 3 a 4 veces por semana c) 5 o más veces por semana d) no realizo ejercicio
- 37. Tu peso ha cambiado en comparación con el que tenías antes de ingresar a la universidad?** A) Ha disminuido b) ha aumentado c) se mantuvo
- 38. La facultad de odontología dispone de lugares donde se puede consumir alimentos saludables?** Si _____ no _____
- 39. En esta universidad se realizan jornadas y campañas para**

fomentar hábitos alimenticios saludables entre los estudiantes? Si_____ no_____

40. Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno? Si_____ no_____ 41.

Le preocupa que hay perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

Si_____ no_____ 42. Ha perdido recientemente más de 7kg en un periodo de 3

meses? Si_____ no_____ 43. Cree estar gordo(a) aunque los demás digan que

50. Que dulces o chucherías prefieres consumir?	
51. que alimentos preparados prefieres consumir(comidas rápidas, enlatados, congelados , etc.	
52. Que bebidas prefieres consumir?	
53. Que frutas prefieres consumir?	
54. que verduras prefieres consumir	
55. Que raíces, tubérculos o carbohidratos prefieres consumir?	
56. Que lácteos prefieres consumir?	

está demasiado delgado(a)? si_____ no_____

44. Usted diría que la comida

domina su vida? Si_____ no_____

Variantes antropométricas y de rendimiento académico

Código del estudiante _____

45. promedio académico general _____

46. ha reprobado alguna asignatura? Si_____ no_____

47. cuántas veces ha reprobado? a)1-2 b) 3-4 c) más de 4
d) NA

48. medición del peso en kg _____ 49. medición de la talla en cms _____

Escriba a continuación los tipos de alimentos según su preferencia

57. marque con una X todos los alimentos que consume con mayor frecuencia en cada una de las comidas principales al día.

Grupos de alimentos	desayuno					almuerzo					Cena				
	diario	2-3 veces x semana	1 vez x semana	ocasional	nunca	Diario	2-3 veces x semana	1 vez x semana	ocasional	nunca	diario	2-3 veces x semana	1 vez x semana	ocasional	nunca
Cereales, raíces, tubérculos, plátanos															
Hortalizas y verduras															
Frutas															
Carnes															
Grasas															
Azúcares y dulces															
Elija una respuesta para cada una de las preguntas:															
											Siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso															
2. Evito comer cuando tengo hambre															
3. Me preocupo por los alimentos															
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer															
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños															
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos															
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz , papas)															
8. Siento que los demás quieren que yo coma mas															
9. Vomito después de haber comido															
10. Me siento extremadamente culpable después de haber comido															
11. Me preocupo por estar más delgado(a)															
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio															
13. Los demás piensan que estoy muy delgado															
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo															
15. Como más lento que los demás, o me demoro mas En terminar mis comidas															
16. Evito los alimentos que contienen azúcar															
17. como alimentos dietéticos															
18. siento que la comida controla mi vida															
19. Mantengo un control de mi ingesta															
20. Siento que los demás me presionan para comer															
21. Pienso demasiado en la comida															
22. Me siento culpable después de comer dulces															
23. Evita usted el consumo de pan															
24. Me gusta sentir el estómago vacío															
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas															
26. Tengo impulsos de vomitar luego de comer															

ANEXO 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONSENTIMIENTO INFOMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Intervención educativa para prevenir los malos hábitos alimenticios en estudiantes de odontología

INVESTIGADORES: Farith Damián González Martínez, Shyrley Díaz Cárdenas, Giselle Rico Sánchez, Alejandra Escobar Heilbron.

FECHA: _____

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación titulado intervención educativa para prevenir los malos hábitos alimenticios en estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena. Si usted decide participar debe firmar este consentimiento informado. Su firma quiere decir que se le ha explicado y ha entendido en que consiste la intervención a que será expuesto y sus posibles riesgos, incomodidades o molestias.

Este estudio es una investigación analítica liderada en la Universidad de Cartagena, con la aprobación los comités de investigación y el comité de ética institucional.

El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de una intervención educativa para promover los hábitos alimenticios saludables en estudiantes universitarios.

El estudio en el que usted está siendo invitado a participar consiste en: asistir a las charlas educativas, acceder a material gráfico, visual y auditivo, virtual o físico, además de realizar mediciones periódicas de peso y talla, además de

diligenciar un cuestionario con datos de conocimientos, actitudes y prácticas sobre su dieta diaria. Es importante que usted sepa que este procedimiento se considera sin riesgo según resolución 008430 de 1993.

Usted puede decidir no autorizar su participación en la investigación, o si desea retirarse del proyecto en cualquier momento, esta decisión no perjudicará la relación con los investigadores y no habrá ningún costo adicional para usted relacionado con el insumo que se ha invertido dentro del proyecto.

Los datos de este estudio serán publicados, la información publicada no incluirá el nombre del participante o cualquier otra forma de identificación. De requerirse no serán utilizados sin su expresa autorización.

Usted puede hablar con los investigadores en cualquier momento y hacer cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio dirigiéndose a los investigadores: Farith González Martínez Tel: 301 3680356 farithgm@hotmail.com; fgonzalezm1@unicartagena.edu.co

Yo, _____ declaro que me ha explicado en qué consistirá mi participación en el estudio y acepto participar en él.

Firma del participante o huella, si no sabe escribir. _____

Declaro que me ha dado una copia de este consentimiento informado. Me ha sido dada la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre la investigación y estas han sido respondidas. He entendido perfectamente los procedimientos en los cuales estaré participando y autorizo que los resultados del presente estudio sean publicados.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre _____ C.cNo. _____

Teléfono _____ Firma _____

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Javier Enrique Méndez Silva. C.C No. _____

Teléfonos: 3166911921. Firma: _____

DATOS DE LOS TESTIGOS

Nombre _____ C.C No _____

Teléfono _____ Firma _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

Nombre: _____ C.C No _____

Teléfono _____ Firma _____

ANEXO. 3 Fotografías del logo de la intervención educativa



