



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

Distribución de Factores de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria Relacionados con el Índice de Masa Corporal e Indicadores Dietéticos en Estudiantes de 7na Preparatoria Privada de Pachuca, Hidalgo.

T E S I S

Que para obtener el título de
Licenciada(o) en Nutrición

P R E S E N T A

P.L.N. María Itzel Nayeli Bravo Quintero
No. cuenta: 100655

Bajo la Dirección de:
Dra. en Psicología Teresita de Jesús Saucedo Molina
Profesor investigador de tiempo completo del IC Sa



Pachuca, Hgo. 2008

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente todo su apoyo, comprensión, cariño, ternura y desvelos a mis padres que en todo momento están a mi lado para brindarme una palabra de aliento en los momentos más difíciles y celebrar mis alegrías en los momentos de triunfo. Por orientarme cuando pierdo el camino y con sabiduría dar siempre un consejo, por exigirme más cuando saben que lo puedo lograr y alentarme cuando la meta es difícil de alcanzar.

A mis hermanos que siempre me brindan su amistad y ayuda cuando siento que el cansancio me invade y los caminos se cierran.

A mis tíos, abuelitos y primos que me han enseñado el gran valor de la familia y que pase lo que pase nunca me dejaran sola y aunque algunos ya no están conmigo estoy segura que en donde estén comparten este gran triunfo.

A todas esas personitas que sin tener un lazo sanguíneo me han brindado su apoyo y me han acompañado en este largo camino de la escuela, que hicieron amenas las largas noches de desvelo preparándonos para un examen o haciendo algún trabajo. Gracias amigos por las lágrimas y alegrías compartidas.

A mis profesores que con dedicación compartieron sus conocimientos y siempre estaban dispuestos a brindar su ayuda, en especial a mi asesora de tesis, Dra. Teresita gracias por escucharme y por los consejos y conocimientos impartidos .

Este pequeño paso que he dado pero que es muy importante para mí quiero compartirlo con ustedes y agradecerles por que han sido pieza importante en mi formación profesional y como persona, muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO TEORICO	9
2.1 Conducta Alimentaria	9
2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
2.2.1 Anorexia Nervosa	10
2.2.2 Bulimia Nervosa	11
2.2.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados	12
2.3 Aspectos epidemiológicos	13
2.3.1 Panorama Internacional	13
2.3.2 Panorama Nacional	13
2.3.3 Panorama Estatal	14
3. ETIOLOGÍA	15
3.1 Factores de riesgo	15
3.1.1 Factores biológicos	15
3.1.1.1 Pubertad	15
3.1.2 Factores psicológicos	16
3.1.2.1 Adolescencia	17
3.1.2.2 Imagen corporal	18
3.1.2.2.1 Satisfacción/Insatisfacción	18
3.1.2.2.2 Distorsión perceptiva	19
3.1.2.3 Conductas alimentarias de riesgo	20
3.1.2.3.1 Preocupación por el peso y la comida	21
3.1.2.3.2 Dieta restringida	21
3.1.2.3.3 Atracón	21
3.1.3 Factores familiares	21
3.1.4 Factores socioculturales	22

4. ESTADO NUTRICIO	23
4.1 Evaluación del estado nutricio	24
4.1.1 Evaluación clínica	24
4.1.2 Evaluación antropométrica	24
4.1.2.1 Índice de Masa Corporal	25
4.1.3 Evaluación bioquímica	26
4.1.4 Evaluación dietética	27
4.1.4.1 Cuestionario sobre la frecuencia de consumo	27
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
6. JUSTIFICACIÓN	29
7. OBJETIVO GENERAL	31
7.1 Objetivos Específicos	31
8. HIPÓTESIS	32
9. DISEÑO METODOLÓGICO	32
10. RESULTADOS	45
11. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	81
12. CONCLUSIONES	91
13. REFERENCIAS	95
ANEXOS	103
Instrumento completo en su versión para hombres y mujeres	

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) afectan en mayor proporción a la mujer y en especial a ciertos grupos en riesgo como adolescentes, bailarinas o atletas. Datos internacionales señalan que aumento la prevalencia de anorexia entre mujeres del 0.5 al 3.7%; y la bulimia del 1.1 al 4.2%, y que 4% de las mujeres de entre 12 y 18 años sufren algún tipo de TCA. La encuesta sobre conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 12 a 19 años del Distrito Federal en 1997 mostró que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres presentan actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Por otro lado, hay pocos estudios en Hidalgo, uno de ellos realizado en secundarias reportó que 57% de las mujeres y 61.1% de los hombres presentan insatisfacción con la imagen corporal; 37.2% de las mujeres y 23.2% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida; el seguimiento de dieta restringida presentó porcentajes semejantes en hombres y mujeres (6% y 5.2% respectivamente). Con base en lo anterior la presente investigación estableció como objetivo evaluar la distribución de factores de riesgo (psicológicos y socioculturales) para TCA relacionados con el Índice de Masa Corporal (IMC) e indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca mediante un estudio transversal, descriptivo y correlacional. La muestra se conformó por 492 estudiantes hombres y mujeres a quienes, para medir los factores de riesgo, se les entregó un instrumento multidimensional autoaplicable que evalúa conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, insatisfacción con la imagen corporal y actitudes hacia el cuerpo; se tomaron mediciones de peso y talla (previa estandarización) y los indicadores dietéticos se evaluaron mediante un cuestionario de frecuencia de consumo. Dentro de los resultados encontrados se reportó que están presentes diversos factores de riesgo asociados a TCA como: insatisfacción con la imagen corporal, influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal, atracón-purga, restricción, interiorización y creencias; los cuales están relacionados con el IMC y los indicadores dietéticos ya que se identificó un patrón de alimentación deficiente, poco equilibrado y con escasa variedad de alimentos.

Palabras clave: Adolescencia, IMC, conductas alimentarias de riesgo.

ABSTRACT

The Eating Disorders (ED) affects more women and especially to certain risk groups such as adolescents, athletes or dancers. International data indicate that increasing the prevalence of anorexia among women from 0.5 to 3.7% and bulimia from 4.2 to 1.1% and 4% of women between 12 and 18 years suffer from some type of ED. The survey on risk eating behaviors in students 12 to 19 years in the Federal District in 1997 showed that 0.9% of men and 2.8% of women have attitudes and risk eating behaviors. On the other hand, there are few studies in Hidalgo, one of them conducted in secondary reported that 57% of women and 61.1% of men have body image dissatisfaction, 37.2% of women and 23.2% of men expressed eliminate time food; monitoring restricted diet presented similar percentages for men and women (6% and 5.2% respectively). Based on the foregoing, the present investigation established to assess the distribution of risk factors (psychological and social) for ED related Body Mass Index (BMI) and dietary indicators of students at a private school in Pachuca through a study of cross descriptive and correlational. The sample was formed by 492 men and women students who, for measuring risk factors, were given a multidimensional instrument that assesses self-risk eating behaviors, sociocultural factors, dissatisfaction with body image and attitudes toward the body were taken weight and height measurements (after standardization) and dietary indicators were assessed by a food frequency questionnaire. Among the results obtained are reported to be present several risk factors associated with ED as: dissatisfaction with body image, influence of advertising, discomfort with body image, binge-purging, restriction, interiorization and beliefs, which are related with BMI and dietary indicators was identified as a pattern of poor nutrition, unbalanced and with little variety of food.

Keywords: Adolescents, BMI, risk eating behaviors.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un proceso propio del ser humano, tanto social como psicológico que comprende la transición de niño a adulto e incluye cambios sexuales, hormonales, psicológicos así como en su composición corporal (Casanueva y Morales, 2001; Mitchell, 2000).

En estudios recientes se han detectado conductas alimentarias de riesgo especialmente en población adolescente, en donde las mujeres hacen suya una figura ideal delgada y en el caso de los hombres un cuerpo musculoso (Gómez-Pérez-Mitré *et al.*, 2001; Lora, 2003), y debido a la preocupación por este hecho modifican su estilo de vida lo cual influye en sus hábitos alimentarios, creando conductas alimentarias inapropiadas que se tornan riesgosas al omitir comidas, ayunar o seguir dietas restrictivas, aumentar su actividad física, entre otros, provocando así alteraciones en su salud (Casanueva y Morales, 2001; Saucedo-Molina, 1999).

Por ello el objetivo de dicha investigación fue conocer la distribución de los factores de riesgo para TCA y su relación con el IMC e indicadores dietéticos, de manera especial en estudiantes de una preparatoria del sector privado, lo cual permite identificar sujetos en riesgo, para así hacer hincapié en que la prevención de estos factores es fundamental para disminuir los TCA en los adolescentes.

Debido a la problemática mencionada anteriormente en la presente investigación se tocan los siguientes apartados que ayudan a comprender ampliamente esta temática:

- Capítulo 2: Conducta alimentaria, Trastornos de conducta alimentaria y Aspectos epidemiológicos.
- Capítulo 3: Factores de riesgo
- Capítulo 4: Estado Nutricio

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conducta Alimentaria

Para entender que es la conducta alimentaria se tiene que definir a la alimentación, que es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita; así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales indispensables para la vida humana plena; no sólo se refiere a la ingestión de alimentos propiamente dicha, se trata de una conducta que se ve influida por factores ajenos a la persona más que por las necesidades del individuo, o por el valor nutricional y las características específicas de un alimento (Bundell, 1991), por ello el comer es una actividad cotidiana, importante e imprescindible en la vida de todos los seres humanos de manera que los excesos, las deficiencias, y los desequilibrios crean problemas fisiológicos y psicológicos (Acosta *et al.*, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior la conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003). Es una conducta psico-social resultado de la influencia de la sociedad y los medios de comunicación que reflejan esos valores. La conducta alimentaria puede transformarse en conductas de riesgo (dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas, entre otras) afectando directamente la salud de quienes las presentan (Lora, 2003).

2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En los últimos 25 años la Anorexia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE) han despertado gran interés debido a que por su alta prevalencia y su frecuente morbilidad han llegado a ser un grave problema sanitario en algunos países (García-Camba, 2002).

Los TCA son considerados procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones en el comportamiento de la ingesta de alimentos, en un intento por

controlar el peso, cuya base y fundamento de dichos efectos, se halla en la alteración psicológica. Se trata de conductas derivadas del miedo-pánico absurdo y obsesivo a estar gordos(as), tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas como: selección, restricción y manipulación alimentarias; vómitos; hiperactividad de desgaste físico; uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas; ayunos.

Estas conductas las llevan a cabo con la finalidad de controlar el peso, intencionadas al inicio, y más tarde se van haciendo obsesivas (Chinchilla, 2003), muchas de estas conductas son comunes a la AN y a la BN, y otros son exclusivos de una u otra enfermedad. Los TCA están relacionados con: trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez. Además en muchas ocasiones adoptan formas clínicas enmascaradas que conducen a errores o retrasos en el diagnóstico, este problema se observa hasta en el 50% de los casos (Whitehouse *et al.*, 1992).

2.2.1 Anorexia Nervosa

Es un TCA caracterizado por una considerable pérdida de peso autoinducida por el enfermo a través de una conducta ingestiva anómala. La persona se impone una dieta rigurosa con restricción de los alimentos con alto contenido calórico, presenta una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas para adelgazar. Se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal, hay pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% esperado para la edad y la altura, amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, aunque ésta no siempre se presenta), miedo a ganar peso o ser obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Según García-Camba (2002) hay dos subtipos:

- a) Tipo restrictivo en el que el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- b) Tipo compulsivo/purgativo en el que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

El anoréxico restrictivo puede asumir la forma de un adolescente perfeccionista, demasiado consciente y adaptable, en tanto que el anoréxico compulsivo/purgativo puede mostrar rebeldía, inestabilidad emocional e impulsividad (Wonderlich *et al.* 1990). Según Kathleen y Escott-Stump (1998) los signos fisiológicos de este trastorno son: Depleción de depósitos de grasa, consunción muscular, amenorrea, queilosis, descamación, sequedad de la piel, hirsutismo, cabello fino, seco y quebradizo, alopecia, degradación de uñas, acrocianosis, hipotensión postural, deshidratación, edema, bradicardia, hipotermia, estreñimiento e insomnio.

2.2.2 Bulimia Nervosa

TCA caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz conocidos como atracones, un atracón se caracteriza por comer en un periodo corto de tiempo una cantidad importante de comida, más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de personas, durante estos episodios la persona pierde totalmente el control, suelen darse a partir de la media tarde y genera sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensadores (vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes o diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo), al igual que en la AN se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporales (García-Camba, 2002); para diagnosticarla deben presentarse dos episodios de comida compulsiva por semana en los últimos tres meses según el Manual Estadístico de Trastornos Mentales versión IV de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002). García- Camba señala que hay dos subtipos:

- a) Tipo purgativo en el paciente recurre a los vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas.
- b) Tipo restrictivo en el que la compensación se lleva a cabo por medio del ayuno y el ejercicio excesivo, pero no suele haber vómitos autoinducidos, ni abuso de laxantes, diuréticos o enemas (García-Camba, 2002).

Los signos fisiológicos de este trastorno son: daño de los dientes, irritación de la faringe, inflamación esofágica y grietas, daño en labios, ruptura de vasos sanguíneos de la cara, el abuso de laxantes puede ocasionar hemorragia rectal, deshidratación y desequilibrio de electrolitos (en particular hipocalcemia), fístula de porción superior de vías gastrointestinales, daño renal y miopatías reversibles. Estas personas generalmente tienen un peso cercano al normal pero tienen miedo a incrementarlo (Kathleen y Escote, 1998).

2.2.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE)

La categoría TANE se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica (APA, 2002), algunos ejemplos son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

- El trastorno por atracón cuyo cuadro se caracteriza por atracones de comida recurrentes sin la conductas compensatorias propias de la bulimia (García-Camba, 2002).

2.3 Aspectos epidemiológicos

2.3.1 Panorama Internacional

Existen diversos estudios epidemiológicos en donde las cifras de prevalencia no siempre concuerdan debido a la falta de uniformidad en las condiciones del estudio y los criterios para inclusión de casos en las muestras, lo que si es un hecho es que los TCA afectan más a la mujer y en especial a ciertos grupos en riesgo como son los adolescentes, bailarinas o atletas. Un estudio revela que 5% de las universitarias tienen problemas de anorexia en tanto que el 20% tienen algunos síntomas bulímicos (Halmí *et al.*, 1981). Se tienen datos en los que se señala que la prevalencia de la anorexia entre mujeres es del 0.5 al 3.7% y de la bulimia es del 1.1 al 4.2%, también se cuenta con el dato de que 4% de las mujeres de entre 12 y 18 años sufren algún tipo de TCA (Rodríguez *et al.*, 2001). En algunas poblaciones se han observado frecuencias de 10% para la práctica de atracones (Becker *et al.*, 2003) y en la mayoría de las investigaciones relativas al tema de la alimentación realizadas en el continente Americano y Europeo, se ha observado que la mayor incidencia de este tipo de trastornos se presenta en mujeres adolescentes y jóvenes, de nivel socioeconómico medio y alto (Acosta, 2005).

2.3.2 Panorama Nacional

En México se conocen casos de TCA por lo menos desde la década de los 70's (Morales, 1971), la mayor parte de los estudios en México se han realizado en población estudiantil; así, un trabajo en estudiantes universitarias reportó una prevalencia de 8.3% de TCA (Mancilla *et al.*, 1993); otro estudio en el estado de Morelos en estudiantes entre 11 y 24 años de edad reporta una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (preocupación por engordar, atracones o sensación de falta de control al comer; sobreestimación del peso corporal, conductas

alimentarias restrictivas y conductas alimentarias purgativas) de 5% en las mujeres y de 1.1% en varones (Escobar, 2004). Por otro lado, la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en estudiantes de 12 a 19 años del Distrito Federal en 1997 mostró que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres presentan actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Posteriormente, en otro estudio donde se analizaron las tendencias de 1997 al 2003 de las conductas alimentarias de riesgo se encontró que han incrementado su frecuencia, y se observó que los grupos más afectados son los varones 12 y 13 años y mujeres de 18-19 años (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006).

En 1997, 1.3% de los hombres presentaban conductas alimentarias de riesgo y para el año 2003 aumentó a un 3.8%; en el caso de las mujeres 3.4% de ellas presentaron dichas conductas en 1997, cifra que aumentó a un 9.6% en el 2003 (Unikel-Santoncini, 2006). También se cuenta con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el año 2002, en el que se encontró una prevalencia nula de AN y una prevalencia de BN alguna vez en la vida de 0.6% para hombres y 1.8% para mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2003). En cuanto al análisis por grupos de edad se ha observado que conforme aumenta la edad en las mujeres hay mayor porcentaje de sujetos que muestran conductas alimentarias de riesgo, mientras que la tendencia en los hombres es inversa, y otro factor que influye es la escolaridad del padre de familia ya que a mayor grado de estudios aumenta la presencia de conductas alimentarias de riesgo (Unikel, 2006). Finalmente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) a 25 mil 56 adolescentes de 10 a 19 años arrojó que 3.2% de ellos practicó alguna conducta de riesgo en los últimos tres meses, y el 18.3% de los encuestados manifestaron preocupación por engordar o perder el control para comer.

2.3.3 Panorama Estatal

En el estudio realizado en la ciudad de Pachuca, Hidalgo a estudiantes de secundaria de 11 a 15 años (Saucedo-Molina *et al.*, 2007) en una muestra

probabilística de 2194 púberes de los cuales el 48% fueron hombres y el 52% mujeres, se encontró una insatisfacción con la imagen corporal de 57% en mujeres y 61.1% en hombres, también se registró un 18.6% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 7.8% en hombres; de igual manera el 10.9% de las mujeres y el 3.3% de hombres manifestaron influencia de la publicidad de productos para adelgazar; 37.2% de las mujeres y 23.2% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida; mientras que en el seguimiento de la dieta restringida los porcentajes fueron semejantes en hombres y mujeres (6% y 5.2% respectivamente), y el último dato registrado fue que solo las mujeres manifestaban preocupación por el peso y la comida (11.1%).

Desafortunadamente en el estado de Hidalgo aún no se cuenta con estudios epidemiológicos de la distribución de los TCA.

3. ETIOLOGÍA

3.1 Factores de riesgo

Ha resultado difícil especificar la etiología de los TCA debido principalmente a su origen multicausal, en donde se ven involucrados diferentes factores de riesgo, que son aquellos que tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste o desequilibrio que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad (Gómez Pérez-Mitré, 2000). Dentro de los factores de riesgo que intervienen en la etiopatogenia de los TCA están:

3.1.1 Factores Biológicos

3.1.1.1 Pubertad

Es la primera etapa de la adolescencia, un proceso fisiológico obligatorio para todo mamífero y el periodo posnatal de máxima diferenciación sexual en el que se producen cambios en las características sexuales secundarias, se modifican el tamaño y la composición corporales (Casanueva y Morales, 2001). Se lleva a cabo el desarrollo físico donde se produce una intensa actividad hormonal; en las mujeres

aparece la menstruación y en los varones la primera eyaculación sin aptitud para procrear, aparece el vello púbico, se da un rápido aumento de la estatura, incremento en el peso, en los varones hay mayor desarrollo muscular, fuerza física, aumenta el ancho de la espalda, cambio de voz, pilosidad en el rostro, entre otros (Salinas, 2003 y Krauskopf, 1994), y en las mujeres el primer cambio notable es la formación del botón mamario con elevación de la papila y crecimiento de la areola, previo a una elevación inicial de los pechos, aumenta la grasa subcutánea, se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis y a la acumulación de grasa en esta zona. Por otro lado podemos decir que la pubertad es una etapa trascendental en el ciclo de la vida en la que se dan importantes cambios, físicos y psicológicos, los cambios físicos pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes, esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes (Unikel *et al.*, 2002).

3.1.2 Factores psicológicos

Se han realizado estudios de la personalidad con el fin de determinar si en efecto los pacientes con TCA presentan alteraciones consistentes de la personalidad. En la AN los trastornos de la personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, se señala que tienen baja autoestima, son depresivos, perfeccionistas e irritables, que tienen escasa comunicación con los demás y dificultad para concentrarse. En el caso de la BN las personas se caracterizan por tener un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, además de una notable impulsividad lo que nos lleva a concluir que personas con algunos rasgos de personalidad como obsesivos y ansiosos son más vulnerables a desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (García-Camba, 2002). Además en un estudio realizado la depresión y las fobias, incluyendo la social, era la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Aguinaga *et al.*, 2000).

3.1.2.1 Adolescencia

La adolescencia es un proceso psicosocial propio del ser humano y que comprende todos aquellos cambios que constituyen la transición de niño a adulto, se extiende desde la pubertad alrededor de los 12-13 años, hasta que el individuo ha alcanzado la madurez psicológica aproximadamente entre los 19-20 años, se acompaña de una serie de ajustes que eventualmente le permiten aceptar las transformaciones morfológicas, buscar un nuevo concepto de identidad y realizar un plan de vida (Marshall y Tanner, 1986), estos cambios psicosociales van acompañados de modificaciones en los hábitos de alimentación (Casanueva y Morales, 2001).

En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural. Los retos en la adolescencia son alcanzar la madurez biológica y sexual más saludable, desarrollar la identidad personal, evitar infecciones y traumas, desarrollar independencia y autonomía en su contexto social y cultural y la elección de una pareja estable, a veces incluso con contacto sexual (Papalia y Wendkos, 1997; Casanueva y Morales, 2000 y Norma Oficial para la atención a la salud de la adolescencia, 2006).

En un estudio realizado por Leal, Weise y Dood (1995), donde se analiza la importancia del desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal, se considera a la adolescencia como un factor importante para el desarrollo adecuado de dicha imagen; se observó que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico. Por ello, es importante considerar la adolescencia como un factor de riesgo, ya que está demostrada la preocupación de los jóvenes con respecto a su peso corporal y a su figura, incluso a edades muy tempranas, hecho que se ve aumentado en las niñas, incluso en todas las edades las mujeres manifiestan tener más insatisfacción con su peso que los hombres.

3.1.2.2. Imagen corporal

Se define como la configuración global; conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; es decir cómo percibe su cuerpo y qué sentimientos le provoca el propio, se elabora durante toda la vida y se asocia a cambios físicos (como los que se presentan en la pubertad), biológicos y psicológicos (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Las investigaciones en torno a la imagen corporal, en el campo de los TCA, se han enfocado en dos componentes principales: distorsión o alteración de la imagen corporal, que se relaciona con la exactitud de la estimación corporal en su totalidad y/o en sus partes; y la satisfacción/insatisfacción corporal que se refiere a la autoevaluación, sentimientos o actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo y/o partes del mismo (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Como ya se mencionó, estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes, muestran que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, particularmente con las conductas compensatorias; así mismo, se encontró que las personas con estos trastornos tienden a sobrestimar su tamaño corporal, mostrando así una mayor insatisfacción (Rieder y Ruderman, 2001). En otros estudios también se han documentado los problemas con la imagen corporal; particularmente a las mujeres se les recuerda continuamente el “poder” de la delgadez, rechazando los alimentos y apegándose a las conductas compensatorias (Hill, 1993).

3.1.2.2.1 Satisfacción/Insatisfacción

Una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de TCA es el grado de insatisfacción, el cual se ha estudiado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como en población general, y en la mayoría de los estudios se ha observado que las mujeres están menos satisfechas con su imagen corporal, siendo

el peso la principal fuente de insatisfacción (Thompson, 1990). Se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicológicas (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; Cash y Deagle, 1995).

Hoy en día la figura corporal perfecta en mujeres, es sumamente delgada, con un pecho bien desarrollado, mientras que los hombres buscan un cuerpo más denso y musculoso (López y Sallés, 2005 y Mancilla *et al.*, 2006). La difusión de este modelo va unida inevitablemente a la promoción, aparición o potenciación de la insatisfacción corporal que acontece cuando el individuo internaliza este cuerpo ideal, y mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de este. Esta discrepancia que existe entre el modelo estético corporal asumido y la imagen corporal propia percibida se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal, la cual antecede casi de inmediato a la mayoría de los TCA (Mancilla, *et al.*, 2006).

En 1993 se realizó una encuesta en EUA la cual mostraba que la imagen corporal se ha vuelto más negativa tanto en hombres como en mujeres, pero que las mujeres muestran conductas más negativas hacia la imagen corporal que los hombres (Cash y Henry, 1995). Un estudio realizado por Morandé (1999) precisó que 45% de sus pacientes con AN presentaban una marcada insatisfacción, especialmente con sus muslos y nalgas, lo que conducía al uso y abuso anormal de los alimentos. Y en el caso de la BN las investigaciones muestran que las mujeres con este trastorno evidencian mayor insatisfacción con el tamaño de su cuerpo, que las mujeres sin ningún trastorno (González *et al.*, 2002).

3.1.2.2.2 Distorsión perceptiva

Se refiere al grado de exactitud, o en este caso de no exactitud, con la que el paciente estima sus dimensiones corporales. La distorsión de la imagen corporal no se refiere al cuerpo que el individuo enfermo ve, sino al que imagina tener, una representación mental del cuerpo, el cual no acepta, lo que puede propiciar la toma de estrategias con el propósito de perder el peso “excedido”, sobresaliendo las conductas compensatorias y restringidas, actitudes que dan pie a TCA (Toro, 2000;

García-Camba, 2002). En general las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario, sin embargo para el individuo resulta bastante claro y real, tanto que supera a su percepción visual directa de su cuerpo real, definitivamente esta preocupación por la imagen corporal ocupa un lugar privilegiado en sus pensamientos y todo lo demás, es decir las otras características personales pasan a un segundo plano (Toro, 2000; Mancilla *et al.*, 2006).

3.1.2.3 Conductas alimentarias de riesgo

Actualmente existe gran preocupación por alcanzar la delgadez o un estándar físico difícil de lograr y que provoca insatisfacción de las personas con su cuerpo; hoy en día es cada vez más común encontrar modificaciones en las conductas alimentarias, que de acuerdo a diversos factores se han convertido en conductas de riesgo (Rimm y Stampfer, 1995).

Actualmente se difunde un ideal de delgadez que para la mayoría de las personas no es sano alcanzar, para lograrlo recurren frecuentemente a la práctica de dietas restringidas e hipocalóricas, así como ayunos voluntarios, esto desemboca en TCA (Acosta *et al.*, 2005). En un estudio se confirma que la realización de dietas restrictivas en forma prolongada y estricta constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, las cifras de este estudio indican que el riesgo de sufrir dichos trastornos en chicas que hacían dieta moderada era 5 veces superior al que presentaban las chicas que no hacían dieta y cuando la dieta era estricta el riesgo se multiplicaba por 8 (Patton *et al.*, 1999).

Otras conductas de riesgo comunes son: preocupación por engordar, conductas purgativas como vomitar después de comer, usar laxantes, diuréticos o enemas. pastillas para bajar de peso, ayunos y ejercicio excesivo (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006).

3.1.2.3.1 Preocupación por el peso y la comida

Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual ésta determinado por sus creencias y valores, e implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere (Acosta, 2000, citado en Saucedo-Molina 2003).

3.1.2.3.2 Dieta restringida

Se define como la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”; así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Huon y Strong, 1998). También se conoce como dieta cosmética.

3.1.2.3.3 Atracón

Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido. Los episodios de ingestión voraz se asocian con: 1) comer más rápido de lo normal; 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno y 3) comer grandes cantidades de comida. (APA, 2002).

3.1.3 Factores familiares

Hay diferentes estudios en los que se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con TCA, es decir se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con incapacidad para establecer relaciones de ayuda mutua. Este estudio también ha mostrado que los familiares de pacientes con bulimia tienen mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y madres con alteraciones de la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar (García-Camba, 2002). Para Minuchin (1978), las familias con trastorno de alimentación se caracterizan tanto por la tendencia a evitar el conflicto y la sobreprotección, como por la dificultad de los padres para asumir en primera persona

el liderazgo dentro de la familia. Suele ser típico que cada uno de los padres sienta la necesidad de justificar sus propias decisiones, además el paciente descubre el poder que le confiere su síntoma en el juego familiar.

3.1.4 Factores socioculturales

Actualmente el anhelo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura. La delgadez extrema significa en la sociedad el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptado socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgado ha hecho que la delgadez se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez y los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida. En la mujer, además, se ha apuntado que su creciente rol profesional actual puede conllevar exigencias de imagen que resultan divergentes con respecto a su rol doméstico. Es conocida también la asociación de determinadas profesiones (gimnastas, bailarinas) en el desarrollo de TCA (Aguinaga *et al.*, 2000). Así mismo dentro de los factores socioculturales se ha investigado la relación que la publicidad de productos para adelgazar y mejorar la figura tiene sobre el seguimiento de conductas alimentarias de riesgo. Un estudio realizado por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (2004) que consistía en desarrollar y evaluar un modelo capaz de predecir la dieta restringida en púberes mexicanas, mostró que la influencia de la publicidad actúa como una variable fundamental para la explicación de la dieta restringida.

4. ESTADO NUTRICIO

Se define como el resultado de la ingesta, asimilación, digestión, absorción, metabolismo y utilización de los alimentos, el cual está determinado por la cantidad y calidad de los nutrientes que se obtienen al alimentarse, a consecuencia de las interacciones metabólicas entre estos nutrientes y por los requerimientos nutricios del organismo, así como la magnitud en que estos logran satisfacer las necesidades de cada individuo y es consecuencia de interacciones de tipo biológico, psicológico y social (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001).

El estado nutricional se ve gravemente afectado en los TCA, por ejemplo en la AN se afectan prácticamente todos los sistemas y muchos de los síntomas y signos físicos de los pacientes derivan de la propia desnutrición, pero curiosamente aunque ésta es a veces muy avanzada hay relativa escasez de sintomatología física (Bhaji y Mattingly, 1988). La mortalidad de la AN está entre el 5 y 10 por ciento, y es consecuencia de alteraciones electrolíticas graves, infecciones, complicaciones del propio tratamiento o suicidio, el cuadro clínico de la anorexia es similar a los de desnutrición importante, pero la diferencia es que en la AN se conserva un buen nivel de energía, de hecho la hiperactividad física es uno de los síntomas más característicos de la AN (García-Camba, 2002). Algunas de las complicaciones médicas en la BN son: pancreatitis, caries dental, inflamación de la garganta, anomalías electrolíticas, deshidratación, estreñimiento, ruptura/rompimiento del esófago y hemorroides. Por todo esto, es importante evaluar el estado nutricional lo cual se puede hacer mediante diversos métodos para conocer las características de la dieta, identificar la presencia y gravedad de los signos asociados con alteraciones del estado nutricional, estimar las proporciones corporales asociadas al estado nutricional, estimar las concentraciones disponibles de diversos nutrientes o metabolitos y valorar aspectos anatómicos y funcionales asociados al estado nutricional (Elaine y Feldman, 1990).

4.1 Evaluación del estado nutricional

La evaluación del estado nutricional se mide por medio de indicadores e incluye aspectos clínicos, bioquímicos, antropométricos y dietéticos (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001), y se utilizan una serie de métodos que tienen alcances y limitaciones específicos y que se emplean principalmente para conocer las características de la dieta, identificar la presencia y gravedad de los signos asociados con las alteraciones del estado nutricional, estimar proporciones corporales asociadas al estado nutricional, estimar las concentraciones disponibles de diversos nutrientes o metabolitos relacionados y valorar aspectos anatómicos y funcionales asociados al estado nutricional (Elaine y Feldman, 1990). Los puntos más importantes a considerar en cualquier evaluación son:

4.1.1 Evaluación clínica

Esta incluye cuando menos la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. Permite identificar manifestaciones anatómicas de alteraciones nutricionales, así como la presencia y gravedad de los signos asociados con alteraciones del estado nutricional. Algunas de sus ventajas son su bajo costo, rapidez con la que se puede llevar a cabo y que es un método no invasivo; pero algunas desventajas son su subjetividad, que tiene limitada certeza diagnóstica, así como que muchos de los signos sólo aparecen en casos graves y que es inespecífica sobre todo en lo que se refiere a los signos clínicos de deficiencias. (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001)

4.1.2 Evaluación antropométrica

La evaluación del estado de salud implica una adecuada apreciación del estado de nutrición y ésta a su vez requiere de una estimación de la composición corporal. La evaluación antropométrica estima proporciones corporales asociadas al estado nutricional. Permite identificar alteraciones pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a este. Una forma de evaluar la composición corporal es dividir al organismo en dos compartimentos: masa grasa y masa libre de grasa (en ella se consideran al agua, las proteínas y minerales óseos), algunas de las ventajas de

esté método son su bajo costo, la rapidez con que se puede llevar a cabo, el que permita generar patrones de referencia, que sea susceptible de expresión numérica y que no es invasivo; por otro lado sus desventajas son el hecho de que solo permite evaluar crecimiento, bajo peso, sobrepeso u obesidad; requiere de gran capacitación, experiencia y control de calidad y por último que el equipo no siempre es portátil.(Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001).

4.1.2.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC, también conocido como Índice de Quetelet es uno de los criterios más importantes y más usados para conocer el estado nutricional de las personas adultas, considerando cuatro factores elementales: el peso actual, la estatura, el sexo y la edad de la persona; además de ser un indicador antropométrico que resulta de la división de la masa en kilogramos, entre el cuadrado de la estatura expresada en metros (Mel *et al.*, 2002).

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa(kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})}$$

Los parámetros de normalidad o recomendables se clasifican de acuerdo a los valores encontrados para púberes y adolescente a partir de los puntos de corte percentilares señalados por el National Center for Health Statistics (CDC, Growth Chasis: United States, 2006).

A este indicador se le ha asociado con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, ya que el peso corporal es un predictor de riesgo, esto quiere decir que cuando se presenta un IMC mayor, éste se traduce en un alejamiento de la figura “ideal” promovida por la sociedad y los medios de comunicación, quienes han estigmatizado a la obesidad e incluso al sobrepeso, y no por razones de salud sino por consideraciones psicológicas y estéticas (Madrigal-Fritsch, *et al.*, 1999; Unikel *et al.*, 2002; Toro, 2006).

En el estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997), en una muestra de preadolescentes mexicanas de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, cuya edad promedio era de 10.8 años, se observó que las niñas seleccionaron como figura ideal una más delgada que su IMC real, tendencia que aumenta con la edad. También se encontró que una tercera parte de la muestra respondió que le gustaría pesar menos de lo que pesaba, aunque se encontrara en el rango de delgadez o emaciación. Por otra parte, igualmente se ha encontrado que en adolescentes mexicanos de 13 a 18 años de escuelas públicas, privadas y de ballet (Unikel *et al.*, 2000), existe una visión negativa hacia la gordura, ya que la consideran una condición antiestética, no deseable, causante de problemas psicológicos y de salud, con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida.

En un estudio realizado por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002) que consistía en analizar la relación que hay entre el IMC y la práctica de conductas alimentarias de riesgo, se encontró que hombres y mujeres con sobrepeso presentan mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo para disminuir su peso, y que las mujeres son las que recurren con más frecuencia a la dieta y el ayuno, uso de pastillas y diuréticos. En los resultados se observó que existe una mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo a medida que aumenta el IMC tanto en hombres como en mujeres.

4.1.3 Evaluación bioquímica

Permite identificar alteraciones presentes y subclínicas, así como riesgos posteriores y en algunos casos permite una evaluación funcional del estado nutricional. En términos generales sólo se le debe utilizar en el caso de sospecha de alguna deficiencia nutricional; así como también en alteraciones asociadas con problemas de exceso. Aunque inicialmente la evaluación bioquímica es más sensible que otros procedimientos para evaluar el estado nutricional, especialmente a vitaminas y nutrientes inorgánicos; es difícil establecer puntos de corte universales dado que existe una gran gama de técnicas de laboratorio para determinar un mismo nutriente (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001).

4.1.4 Evaluación dietética

Al concluir el día, cada persona ha comido una serie de alimentos aislados y platillos que en conjunto forman lo que se conoce como “dieta”, la cual constituye la unidad de la alimentación, esta debe contener todos los nutrimentos en las cantidades que cubran las necesidades del organismo. Tomando en cuenta lo anterior se puede definir a la evaluación dietética como uno de los procedimientos empleados para realizar una evaluación del estado nutricional completa; la cual permite identificar alteraciones de la dieta antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso; se espera que una encuesta dietética sea representativa de la dieta típica de un individuo. (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001) El estado de salud está ligado de forma importante a la dieta, los indicadores dietéticos se clasifican de acuerdo a distintas características: a) miden la alimentación pasada a través de recordatorios, b) miden la alimentación presente y c) miden la frecuencia con la que se consumen los alimentos, tal es el caso del cuestionario de frecuencia de consumo que será utilizado en dicha investigación (Elaine y Feldman, 1990).

4.1.4.1 Cuestionario sobre la frecuencia de consumo

Este método solicita información sobre cuantas veces al día, semana o mes se come algún alimento en particular, puede ser específico y dar información sobre una deficiencia o exceso en particular. Es cuantitativo cuando incluye preguntas sobre la cantidad de alimentos y cualitativo si marca una porción determinada para cada alimento. La cantidad de alimentos que puede incluir el cuestionario va de los 15 a 250 alimentos, los cuales se seleccionan de acuerdo con el objetivo del estudio; aporta información global sobre la ingestión en un periodo amplio de tiempo, es decir, permite evaluar el patrón de alimentación de un individuo y puede ser auto-administrado, y puede emplearse para corroborar la información obtenida a partir de otros métodos de evaluación dietética. Es útil en estudios con poblaciones grandes debido a que proporciona datos específicos y concretos. Algunas desventajas de dicho método son que depende de la memoria del sujeto por lo que no se

recomienda aplicar a niños o personas con problemas de memoria y que la evaluación puede realizarse en días poco representativos de la dieta del entrevistado. (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los TCA actualmente son un problema cada vez más frecuente tanto en países desarrollados como subdesarrollados; su etiología es multicausal puesto que se ha identificado la intervención de varios factores de riesgo que favorecen su aparición y mantenimiento tales como: biológicos, un ejemplo de este es lo que ocurre en la pubertad ya que debido a los cambios físicos, psicológicos y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, los púberes dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás por ello en esta etapa se es susceptible a desarrollar algún TCA (Unikel *et al.*, 2002); psicológicos, se han encontrado algunos patrones de personalidad en los sujetos que padecen estos trastornos como la obsesividad, el perfeccionismo, la impulsividad e inestabilidad en las relaciones interpersonales (García-Camba, 2002); familiares, en cuanto a este factor se sabe que la dinámica familiar disfuncional, conflictiva, desorganizada, crítica, autoritativa y sobreprotectora ejerce una influencia negativa sobre los hábitos de alimentación; y socioculturales, dentro de este último podemos mencionar el ejemplo de los medios de comunicación que promueven la imagen de mujeres muy delgadas como el cuerpo ideal, lo que en nuestra población es difícil de lograr debido a las características anatómicas de las personas mexicanas, razón por la que para alcanzar esta imagen se someten a dietas restringidas para llegar a ese peso corporal que venden los medios (Kathleen y Escott-Stump, 1998); los cuales ejercen fuerte influencia sobre la población en general para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez (Gómez-Peresmitré, 1993). Es así como al combinarse estos factores la persona aumenta el riesgo de desarrollarlos.

En base a lo anterior surgen como preguntas de investigación las siguientes:

- ¿Se presentan factores de riesgo asociados a TCA en estudiantes de preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo?

De estar presentes:

- ¿Cómo se distribuyen?
- ¿Existe alguna relación entre los factores de riesgo, el IMC e indicadores dietéticos?
- ¿Estos factores de riesgo están presentes en mayor magnitud en mujeres que en hombres?

La importancia de dar respuesta a estas preguntas se debe a que existe una falta de información acerca de la prevalencia y el comportamiento de estos factores en este grupo de edad en el estado. También es importante estudiarlos, debido a su relación con la aparición de los trastornos alimentarios, y a que su surgimiento ocurre generalmente entre los 14 y 18 años, afectando de manera importante el estado nutricional de quienes los padecen, por sus complicaciones clínicas altamente incapacitantes, mismas que en ocasiones culminan con la muerte, además de conllevar un tratamiento largo y costoso.

6. JUSTIFICACIÓN

El estudio de los factores de riesgo asociados a TCA en México es un área relativamente nueva, pero que ha despertado gran interés debido a su creciente prevalencia. Como se mencionó anteriormente el estudio de Unikel (2006) muestra un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo (1.3% de hombres en 1997 a 3.8% en 2003; 3.4% de mujeres en 1997 a 9.6% en 2003). De acuerdo con la ENSANUT realizada en el 2006 a 25 mil 56 adolescentes de 10 a 19 años, los hallazgos revelaron que 18.3% de los encuestados manifestaron preocupación por engordar, haber comido demasiado y perder el control para comer; en tanto que el 3.2% habían realizado

dietas, ayuno o ejercicio en los últimos tres meses, el seguimiento de estas conductas alimentarias afecta a las mujeres en mayor proporción, sobre todo en las edades de 16 a 19 años.

El primer estudio sobre factores de riesgo asociados a TCA llevado a cabo por Saucedo-Molina y colaboradores (2008) en púberes, hombres y mujeres de la ciudad de Pachuca de 11 a 15 años de edad arrojó los siguientes resultados: la insatisfacción con la imagen corporal fue de 57% en mujeres y 61.6% en hombres; 18.6% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 7.8% en hombres; el 37.2% de la mujeres y 23.2% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida; en el seguimiento de la dieta restringida los valores fueron semejantes en hombres y mujeres (6% y 5.2%) y por último solo las mujeres registraron preocupación por el peso y la comida (17.2%).

En cuanto a los factores socioculturales, se ha confirmado la hipótesis de que los sujetos con algún TCA muestran una mayor preocupación con respecto a ellos al compararlos con sujetos normales y que esto es mucho mayor en mujeres (Grifits *et al.*, 1999). Estos factores comprendidos en la “cultura de la delgadez” en donde se valora la figura delgada para las mujeres (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina y Unikel, 2001), y la musculosa para los hombres, son interiorizados al intentar imitar los modelos estéticos dominantes, así como por la precepción de mensajes verbales, que provienen tanto de los propios familiares y amigos como de los medios masivos de comunicación (Saucedo-Molina y Cantú, 2001), mismos que pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores de los TCA (Toro y Vilardell, 1987).

El presente trabajo responde las preguntas de investigación planteadas con el fin de identificar qué factores biológicos, socioculturales y psicológicos están presentes en estudiantes de una preparatoria privada de 14 a 19 años de edad de Pachuca, Hidalgo; lo que contribuye a enriquecer la incipiente información sobre el comportamiento de los mismos en el estado y sobre todo iniciarla dentro de estudiantes adolescentes de preparatoria, que como ya se mencionó es una de las etapas del desarrollo en donde existe una mayor incidencia y prevalencia de TCA, lo

cual es muy importante pues en la actualidad en Hidalgo no se cuenta con investigaciones que proporcionen un panorama amplio sobre dicha problemática en este grupo etario.

Por otro lado, los hallazgos provenientes del presente trabajo, aportan los cimientos para realizar una detección temprana de los factores de riesgo para TCA y así desarrollar programas de prevención y de promoción para la salud, con el propósito de evitar el incremento de factores de riesgo y en consecuencia la aparición de TCA. Es por esto que se debe dar la importancia adecuada a esta problemática para conocer más acerca de la distribución y la relación que tienen con el IMC e indicadores dietéticos.

7. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la distribución de los factores de riesgo asociados a TCA y la relación que hay entre estos, el Índice de Masa Corporal e Indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria del sector privado de Pachuca de Soto Hidalgo.

7.1 Objetivos específicos

Evaluar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo, la distribución de:

- Factores socioculturales.
- Conductas alimentarias de riesgo.
- La insatisfacción con la imagen corporal.
- El IMC
- La frecuencia de consumo de alimentos.

Identificar la relación entre:

- Factores socioculturales e IMC.
- Conductas alimentarias de riesgo e IMC
- Insatisfacción con la imagen corporal e IMC
- Factores socioculturales e indicadores dietéticos

- ❏ Conductas alimentarias de riesgo e indicadores dietéticos
- ❏ Insatisfacción con la imagen corporal e indicadores dietéticos

8. HIPÓTESIS

- ❏ A mayor IMC mayor presencia de factores de riesgo.
- ❏ A mayor IMC mayor insatisfacción con la imagen corporal.
- ❏ A mayor IMC mayores modificaciones en los indicadores dietéticos.
- ❏ A mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor seguimientos de conductas alimentarias de riesgo.
- ❏ A mayor insatisfacción de la imagen corporal mayor influencia de factores socioculturales.
- ❏ A mayor insatisfacción con la imagen corporal mayores modificaciones en los indicadores dietéticos.
- ❏ Existe mayor presencia de factores de riesgo en mujeres que en hombres.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio de campo, transversal, descriptivo y correlacional.

9.2 Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística representada por 492 adolescentes (49% hombres y 51% mujeres), con edades de 14 a 19 años, con una media de edad de 15.97 (DE ± 1.06) estudiantes de una preparatoria del sector privado de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Criterios de inclusión

- ❏ Que sean alumnos de la preparatoria.
- ❏ Que se encuentren en el rango de edad de 14 a 19 años.
- ❏ Que contesten el instrumento de evaluación.

Criterios de exclusión

- Que no sean alumnos de la preparatoria.
- Que no se encuentre en el rango de edad de 14 a 19 años.
- Que no contesten el 90% del instrumento de evaluación.

Criterios de eliminación

- Que dejen de asistir a la institución donde se realizó la investigación.

9.3 Definición de variables

9.3.1 Sociodemográficas

Sexo

Definición conceptual: “Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables”. (Comisión de Derechos Humanos del D.F., 2007).

Edad:

Definición conceptual: “La edad de un individuo se determina con el número de años y/o meses de vida cumplidos. La fecha de nacimiento es el dato que hay que obtener y al relacionarlo con la fecha en que se realiza la medición; por medio de una resta se obtiene el número de años y meses cumplidos” (Peláez, Torre y Ysunza, 1993, en Jiménez, 2007, p. 18).

Clase Social

Definición conceptual: “Grupo de personas que poseen un lugar históricamente determinado en el seno de la sociedad y que se distinguen por su modo de vida” (Lucena, 2003, p. 252).

Definición operacional: Para fines de este trabajo, se incluyó en el cuestionario las siguientes opciones de respuesta para estratificar dicha variable: 1) Alta, 2) Media alta, 3) Media, 4) Media baja, 5) Baja, y 6) Pobre.

Es importante señalar que estas variables fueron preguntadas dentro del Instrumento que se utilizó para esta investigación.

9.3.2 Factores de riesgo

9.3.2.1 IMC

Definición conceptual: “El Índice de Masa Corporal, también conocido como Índice de Quetelet (Lambert Adolphe Jacques Quételet), es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. Se utiliza como indicador nutricional desde principios de 1980, y es la razón que se establece al dividir el peso corporal de un individuo expresado en kilogramos entre la estatura expresada en metros, elevada al cuadrado” (Orientación Alimentaria, Glosario de Términos, 2001, p. 22).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

Los sujetos se clasificaron de acuerdo a los valores encontrados para población adolescente a partir de los puntos de corte percentilares señalados por el National Center for Health Statistics (CDC, Growth Charts: United Status, 2000).

Tabla 1. Puntos de corte del IMC P para adolescentes mujeres		
Categoría	*Percentil	**Valor
Desnutrición	<5	<15.7446
Bajo peso	>5 <15	15.7446-16.9605
Normal	>15 <85	16.9605-24.4347
Sobrepeso	>85 <95	24.4347-27.1835
Obesidad	>95	>27.1835

Tabla 2. Puntos de corte del IMC P para adolescentes hombres		
Categoría	*Percentil	**Valor
Desnutrición	<5	<15.7541
Bajo peso	>5 <15	15.7541-17.0357
Normal	>15 <85	17.0357-25.3555
Sobrepeso	>85 <95	25.3555-28.1904
Obesidad	>95	>28.1904

9.3.2.2 Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual: “Son aquellas que consideran patrones de consumo de alimentos distorsionados, como son atracones o episodios de ingesta excesiva, el seguimiento de una dieta de forma anómala, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, realizar ejercicio físico en exceso, vómito autoinducido y ayunos” (Unikel *et al.*, 2000, p.141). Dentro de esta variable se consideraron las siguientes conductas:

Preocupación por el peso y la comida

Definición conceptual: “Se presenta cuando existe la presión por ser más delgados o cuando se tiene insatisfacción con el cuerpo y por lo general se empieza a observar con más atención lo que se come, situación que se presenta con más frecuencia en las mujeres” (Huon, 1996, citando en Jiménez, 2007, p. 21).

Dieta restringida

Definición conceptual: “Tendencia repetitiva de autoprivación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal” (Gómez Pérez-Mitré, 2000, citado en Jiménez, 2007, p. 22).

Conducta alimentaria normal

Definición conceptual: “No solo se refiere a la ingestión de alimentos, es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos y que se ve

influenciada por factores ajenos a la persona” (Saucedo-Molina, 2003, en Jiménez, 2007, p. 21).

Tiempos de comida

Definición conceptual: “Realización de la ingestión de alimentos a lo largo del día en sus diferentes tiempos, es decir, desayuno, comida y cena” (Saucedo-Molina *et al*, 2008, p. 233).

Conductas purgativas

Definición conceptual: “Consiste en el uso de diuréticos, laxantes, enemas o pastillas con el propósito de perder peso” (Unikel-Santoncini, 2006, p.19).

Atracones

Definición conceptual: “Se define como una ingestión voraz en un tiempo discreto de tiempo (1 o 2 horas) de una cantidad de comida exagerada para cualquier sujeto en su misma situación” (Morales, 2002).

9.3.2.3 Factores socioculturales

Definición conceptual: “Impacto a través de los medios de comunicación que promueven un modelo estético corporal delgado como ideal, que favorecen los cambios en las conducta alimentarias de acuerdo a valores estéticos, con la finalidad de que el cuerpo refleje una extremada delgadez” (Toro, Salamero y Martínez, 1994, p. 149).

Influencia de la publicidad

Definición conceptual: “Mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura y el cuerpo, emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación” (Ritter, 1998 en Escamilla, 2006, p. 31).

Malestar con la imagen corporal

Definición conceptual: “Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación y de los pares, que promueve estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littlton y Ollendick, 2003, p.55).

Definición operacional: Tanto las conductas alimentarias como los factores socioculturales fueron evaluados a través de tres cuestionarios validados y confiabilizados por Saucedo-Molina (2003) y por Unikel (2006). Las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro categorías: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3) y siempre (4). Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas a excepción de la variable tiempos de comida, ya que en ésta, a mayor puntuación, es menor el problema.

9.3.2.4 Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal

Definición conceptual: “Es una de las dos dimensiones de la imagen corporal considerada factor de riesgo para el desarrollo de TCA, y se define como la discrepancia que existe entre el modelo estético corporal (delgadez para las mujeres y musculatura en los hombres) asumido y la imagen corporal propia percibida y se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal” (Mancilla, *et al*, 2006, en Zaragoza, 2008, p. 12).

Definición operacional: Esta variable fue medida por medio de una escala de nueve figuras desde una muy delgada hasta una obesa. Diferencia entre figura actual y figura ideal, diferencias positivas o negativas se interpretan como insatisfacción, cuanto más grande sea esta diferencia mayor será el grado de insatisfacción, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez Pérez-Mitré *et. al.*, 2001).

9.3.2.5 Cuestionario de frecuencia de consumo

Definición conceptual: “Es un cuestionario en el que el sujeto reporta la frecuencia habitual de consumo de alimentos durante un periodo determinado por medio de una lista de alimentos, puede ser específico y dar información acerca de una deficiencia o exceso en particular, es cuantitativo si incluye preguntas sobre la cantidad de alimentos y cualitativo si marca una porción determinada para cada alimento” (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001, p. 601).

Definición operacional: Se utilizó un cuestionario diseñado especialmente para esta población con una lista de 122 alimentos de los diferentes grupos considerados de consumo frecuente con seis opciones de respuesta (nunca, una vez al mes, una vez a la quincena, una vez a la semana, dos o tres veces por semana, cuatro o seis veces por semana y diario).

9.4 Instrumento

Consistió en un cuestionario multidimensional autoaplicable que evaluó lo siguiente:

- Factores socioculturales (influencia de la publicidad, malestar por la imagen), y conducta alimentaria normal y tiempos de comida (Saucedo-Molina, 2003).
- Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal mediante nueve figuras corporales que van desde una muy delgada hasta una muy obesa.
- Conductas alimentarias de riesgo a través de un cuestionario breve (Unikel-Santoncini *et. al.*, 2004).
- Actitudes hacia el cuerpo, mediante preguntas que miden la interiorización del ideal de delgadez y de la importancia sobre el propio cuerpo (Unikel *et al.*, 2006).
- Frecuencia de consumo mediante un listado de 122 alimentos de consumo cotidiano.

La mayoría de las preguntas contaron con 4 opciones de respuestas (nunca, casi nunca, muchas veces y siempre). Dichas secciones que conforman el instrumento se describen a continuación.

9.4.1 CIMEC 12

Instrumento para hombres

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX en una muestra de 674 púberes varones de 10 a 15 años con una media de 12.3 (DE 1.23), alcanzando un valor de alfa de Cronbach = 0.7973. En la Tabla 3 se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial.

Tabla 3	
Resultados del análisis factorial del instrumento para hombres	
Factor 1	
Influencia de la publicidad	
Reactivo	Carga factorial
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas	0.845
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.744
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.823
Te interesan los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar	0.828
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.690
Factor 2	
Malestar por la imagen corporal	
Reactivo	Carga Factorial
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas	0.705
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.511
Te gustaría tener el cuerpo de Rambo, o los Guardianes de la Bahía o Arnold Schwarzeneger	0.766
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso	0.737
Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.667
Factor 3	
Conducta alimentaria normal	
Reactivo	Carga factorial
Cuidas que tu dieta sea nutritiva	0.642
Comes lo que es bueno para tu salud	0.692
Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra	0.548
Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	0.567
Procuras comer verduras	0.667
Factor 4	
Tiempos de comida	
Reactivo	Carga factorial
Acostumbras realizar tus tres comidas	0.808
Acostumbras cenar o merendar	0.767
Acostumbras desayunar	0.679

Instrumento para mujeres

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX en una muestra de 632 púberes mujeres de 10 a 15 años con una media de 12.3 (DE 1.23), alcanzando un valor de alfa de Cronbach = 0.892. En la Tabla 4 se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial.

Tabla 4. Resultados del análisis factorial del instrumento para mujeres	
Factor 1 Influencia de la publicidad	
Reactivo	Carga factorial
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas	0.633
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.686
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.742
Te interesan los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar	0.748
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.695
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura	0.732
Factor 2 Malestar por la imagen corporal	
Reactivo	Carga Factorial
Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas	0.737
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.684
Te gustaría tener el cuerpo de Britney Spears o Thalía	0.714
Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma	0.426
Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.618
Factor 3 Conducta alimentaria normal	
Reactivo	Carga factorial
Cuidas que tu dieta sea nutritiva	0.642
Comes lo que es bueno para tu salud	0.692
Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra	0.548
Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	0.567
Procuras comer verduras	0.667
Factor 4 Tiempos de comida	
Reactivo	Carga factorial
Acostumbras realizar tus tres comidas	0.808
Acostumbras cenar o merendar	0.767
Acostumbras desayunar	0.679

9.4.2 Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo en hombres y mujeres

Se probó el cuestionario en una muestra de 78 pacientes mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria que acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP). La edad promedio fue de 20.2±4.3 años, con

un IMC promedio de 21.2 ± 5.2 , el grupo se comparó con una muestra de estudiantes de nivel medio y medio superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México ($n=468$) con una edad promedio de 19.3 ± 3.9 y un IMC promedio de 21.6 ± 3.4 . Se realizó un análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, el cuestionario tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.83$) y fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV, consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), en la Tabla 5 se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial (Unikel-Santoncini, 2004).

Tabla 5.	
Resultado del análisis factorial del cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo, Ciudad de México, 2002.	
Item	Cargas factoriales
Factor 1. Atracón-purga	
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0.37
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no parar de comer)	0.816
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0.714
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso	0.558
Factor 2. Medidas compensatorias	
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso	0.785
9. He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso	0.791
10. He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso	0.770
Factor 3. Restricción	
1. Me ha preocupado engordar	-0.730
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso	-0.618
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	-0.904

9.4.3 Cuestionario de actitudes hacia el cuerpo

Se aplicó el cuestionario a una muestra no probabilística de 408 mujeres con un rango de edad de 15 a 24 años y una media de 18.4 años (DE 2.7) que estudian el nivel medio superior y superior en escuelas públicas y privadas de la ciudad de México, y fue comparada con una muestra de 87 pacientes con trastornos

alimentarios en tratamiento con una edad media de 18.8 años (DE 2.4) de nivel medio superior y superior. Se realizó un análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, el cuestionario tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.93$) y consta de 15 preguntas que miden las actitudes hacia el cuerpo, incluye aspectos psicosociales y socioculturales relacionados con el desarrollo de los TCA, también incluye preguntas referentes a la importancia que le dan al peso, la aceptación por otras personas, conseguir pareja o encontrar ropa adecuada. En la Tabla 6 se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial (Unikel *et al.*, 2006).

Tabla 6.		
Análisis factorial y de consistencia interna		
Pregunta	Carga factorial	
	Factor 1. Interiorización	Factor 2. Creencias
2.Me deprime sentirme gorda	0.807	
3.Estar delgada es un logro muy importante para mí	0.838	
4. Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura que deseo	0.762	
6. El peso corporal es importante para sentirme bien	0.614	
8.Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy	0.769	
13.El aspecto físico es importante para sentirme bien	0.688	
15.Cuando estoy delgada me siento en control	0.893	
1.Las mujeres delgadas son más femeninas		0.640
5.El peso corporal es importante para ser aceptada		0.675
7.El peso es importante para conseguir pareja		0.817
9.Estar gorda es sinónimo de imperfección		0.425
10.Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa		0.450
11.Cuando estas gorda los hombres no se te acercan		0.882
12.Las mujeres gordas son menos femeninas		0.756
14.El peso corporal es importante para conseguir ropa		0.464

La versión completa del instrumento se muestra en los anexos.

9.5 Materiales

- Báscula digital marca SECA
- Estadímetro portátil tipo escuadra marca SECA
- Papelería y artículos de oficina.

9.6 Procedimiento

- Se acudió a una escuela preparatoria del sector privado de la ciudad de Pachuca para la aplicación grupal del instrumento, previa autorización de los directivos de la institución.
- La aplicación se realizó en el auditorio del plantel en los días y horarios indicados por los directivos, y se contó con la colaboración voluntaria de los profesores para mantener el control de los grupos.
- Se inició con la presentación de los responsables del estudio, explicando el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, haciendo hincapié en la confidencialidad de la información.
- Se dieron las instrucciones necesarias para que realizaran el llenado del instrumento. Al finalizar dicha actividad se tomó el peso y talla de cada sujeto (previa capacitación y estandarización en estas medidas antropométricas del grupo de trabajo) registrando estos datos en su cuestionario.
- El peso se tomó con el mínimo de ropa (falda y blusa o pantalón y camisa según sea el caso), sin zapatos, en posición antropométrica. La báscula fue calibrada al inicio de cada sesión antropométrica.
- Para la obtención de la talla se instaló el estadímetro en una pared lisa y sin bordes, los sujetos fueron colocados descalzos y sin objetos en el cabello, en posición erecta, con la cabeza en el plano de Frankfurt, con las extremidades superiores colgando a los costados, los talones juntos y las puntas separadas formando un ángulo de 45° aproximadamente. Una vez concluida la recolección de datos se realizó el análisis de la información.

9.7 Consideraciones éticas

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, y de acuerdo al artículo 17, dentro de la clasificación de los riesgos de una investigación, la cual dice que son estudios prospectivos, que emplean registros de datos con procedimientos como: exámenes físicos, psicológicos de diagnóstico o de tratamiento rutinario como agudeza auditiva, ECG, secreciones externas, saliva, dientes desiguales, extracción de sangre de 450 ml. máximo en dos meses, excepto en embarazo, medicamentos de uso común con amplio margen terapéutico, autorizados para su venta y dosis, y vía de administración establecidas, se concluyó que esta investigación es un estudio de riesgo mínimo por lo que no requiere consentimiento por escrito (Ley General de Salud, 1984).

9.8 Análisis de datos

La captura y el análisis de los datos se realizaron con el Statistical Package Social Science (SPSS) versión 15.0 para Windows, y se elaboraron análisis descriptivos de porcentajes, medias, desviaciones estándar, así como, análisis de correlación de Pearson para determinar el grado de asociación entre las diferentes variables.

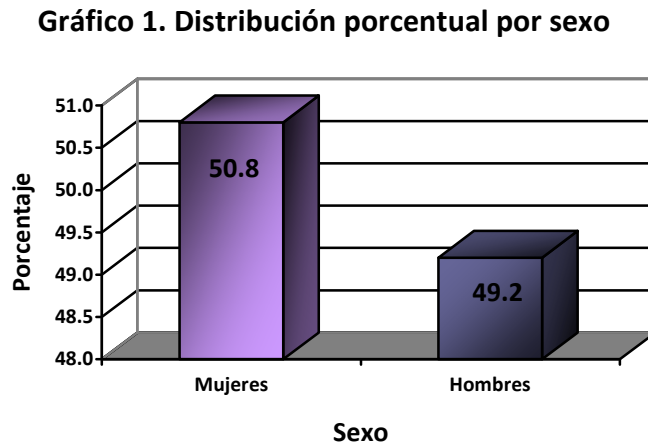
10.RESULTADOS

Se trabajó con una muestra de $n=492$ estudiantes de una preparatoria del sector privado en Pachuca, Hidalgo, cuyas características sociodemográficas se describen en las siguientes gráficas.

10.1 Distribución porcentual de Variables Sociodemográficas

10.1.1 Sexo

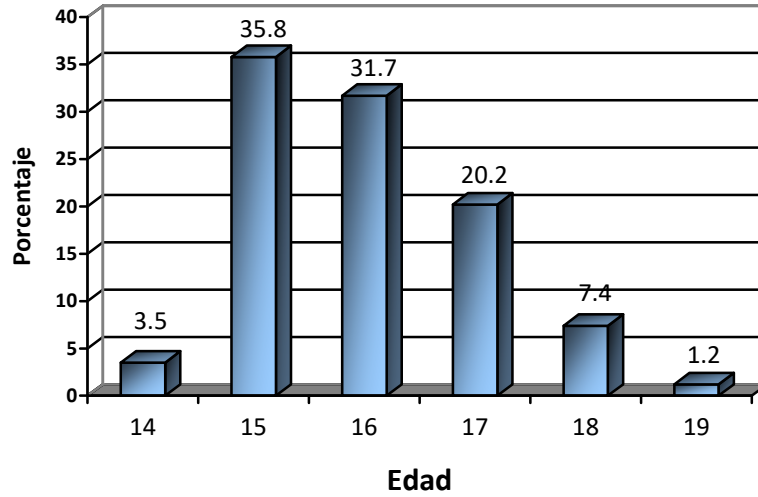
La distribución por sexo (Gráfico 1), permite observar que hay un 50.8% de mujeres ($n=250$), y 49.2% de hombres ($n=242$).



10.1.2. Edad

En la distribución por edad (Gráfico 2), se reportaron sujetos con un rango de edad de 16-20 años, con una media de 15.9, (± 1.06); donde los alumnos de 15 años obtuvieron los mayores porcentajes (35.8%), después siguieron los de 16 (31.7%); 17 (20.2%) y 18 (7.4%); los porcentajes con menores valores fueron para 14 y 19 años (3.5% y 1.2%).

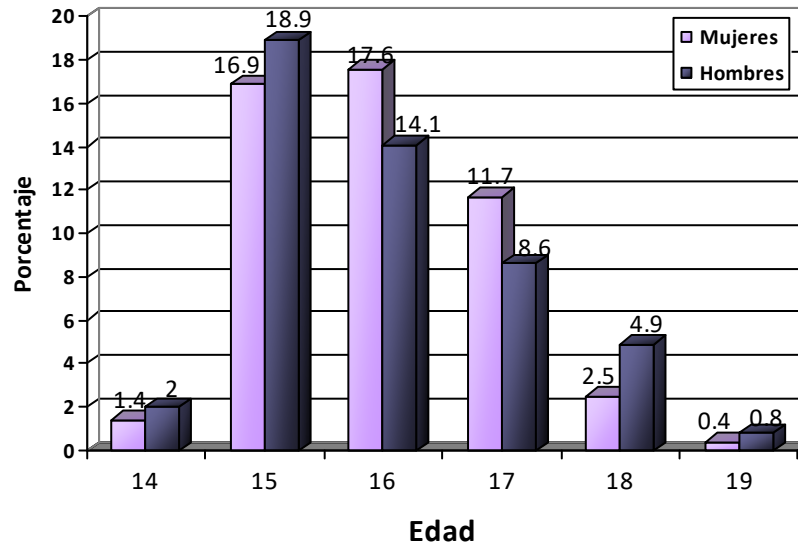
Gráfico 2. Distribución porcentual por edad



10.1.3. Edad por Sexo

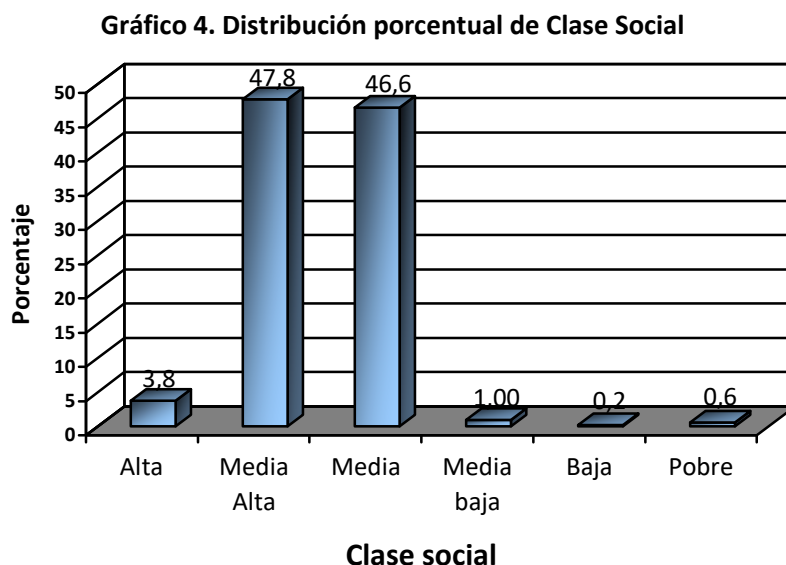
Para la distribución por edad y sexo (Gráfico 3), con predominio del sexo femenino sobre el masculino se encontró que 17.6% son mujeres y 14.1% son hombres de 16 años; 11.7% son mujeres y 8.6% son hombres de 17 años; 1.4% son mujeres y 2% hombres de 14 años. En donde el porcentaje de los hombres supero al de las mujeres en las edades de 15 años (mujeres 16.9% y hombres 18.9%); los de 18 años (2.5% mujeres y 4.9% hombres), y los de 19 años (menor de 0.4% mujeres y 0.8% hombres).

Gráfico 3. Distribución porcentual por edad y sexo



10.1.4. Clase Social

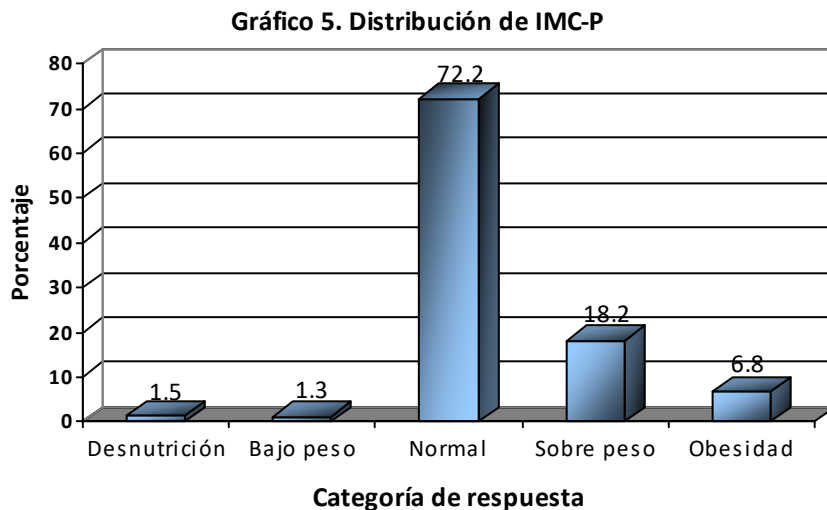
En la distribución de acuerdo a la clase social (Gráfico 4), se encontró 3.8% para la clase alta, 47.8% para la media-alta, siendo este el porcentaje más alto y 46.6% para la clase media; la clase media-baja fue de 1% y finalmente y con los porcentajes mas pequeños están la clase baja con 0.2% y pobre con 0.6%.



10.2 Distribución porcentual de la Evaluación Antropométrica

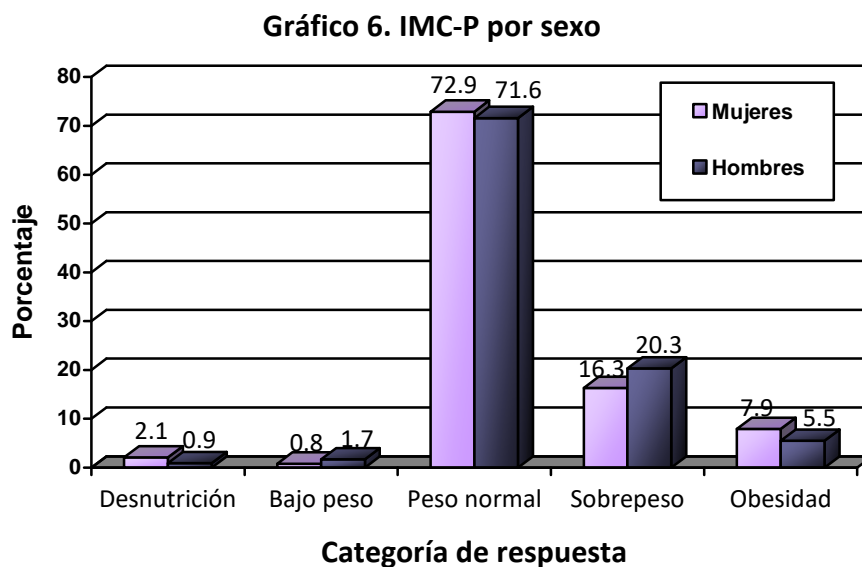
10.2.1 Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P)

De acuerdo a las categorías del IMC (Gráfico 5), el 72.2% se encuentra dentro de la normalidad, mientras que el 18.2% presenta sobrepeso, y el 6.8% obesidad. Los menores porcentajes fueron para bajo peso con 1.3% y desnutrición con 1.5%.



10.2.2 Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) por sexo.

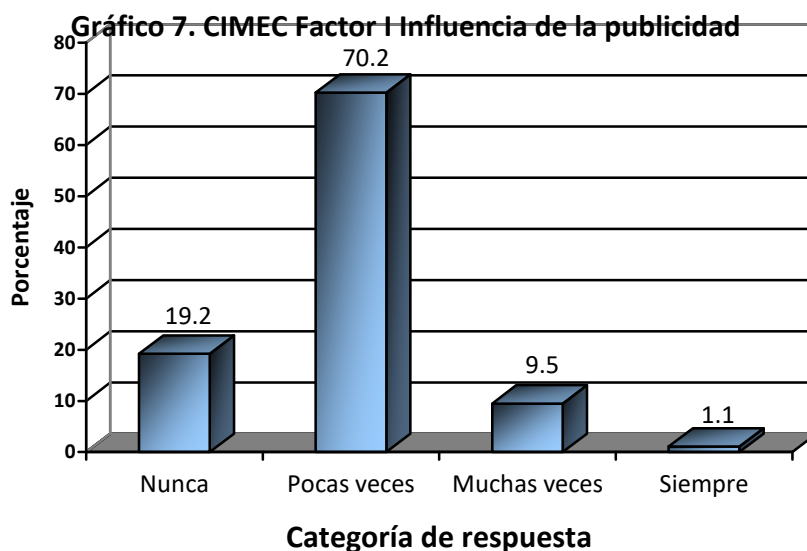
Los mayores porcentajes para ambos sexos (Gráfico 6) se encontraron en la categoría normal, sin embargo predominó el sexo femenino (mujeres 72.9% y 71.6% hombres); para las categorías de sobrepeso y obesidad los valores para el sexo femenino fueron de 16.3% y 7.9% respectivamente y para los hombres 20.3% y 5.5%. Los menores valores fueron para bajo peso y desnutrición, mujeres 0.8% y 2.1%, respectivamente y hombres 1.7% y 0.9%.



10.3 Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-12)

FACTOR I: Influencia de la Publicidad. (Gráfico 7)

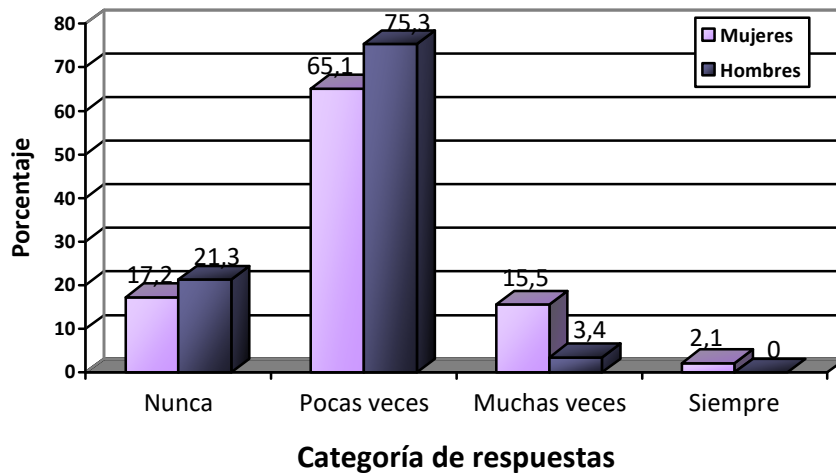
Se encontró en toda la muestra que 1.1% “siempre” se siente influenciado por la publicidad, mientras que al 9.5% lo hace “muchas veces” y el 19.2% “nunca” se siente influenciado por la publicidad. El porcentaje más alto fue para los que “pocas veces” sienten dicha influencia con 70.2%.



Comparación por Sexo. (Gráfica 8)

En cuanto a este factor se encontró que 2.1% de mujeres y 0% de hombres “siempre” se sienten influenciados por la publicidad, siendo estos los porcentajes más bajos; mientras que el 65.1% de mujeres y 75.3% de los hombres sienten esta influencia “pocas veces” y esta respuesta es la que presenta el porcentaje más alto, seguidos de los que contestaron “nunca” 17.2% de mujeres y 1.3% de hombres; por ultimo el 15.5% de las mujeres y 3.4% de los hombres se sienten “muchas veces” influenciados.

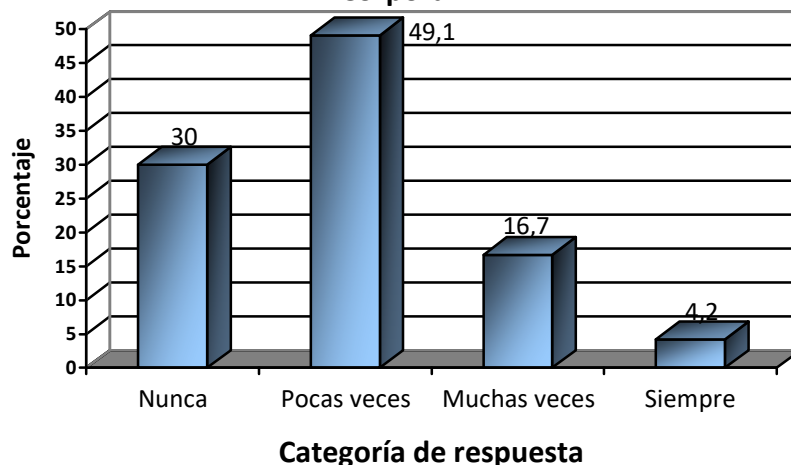
Gráfico 8. FACTOR I Influencia de la Publicidad por sexo



FACTOR II: Malestar con la Imagen Corporal. (Gráfico 9)

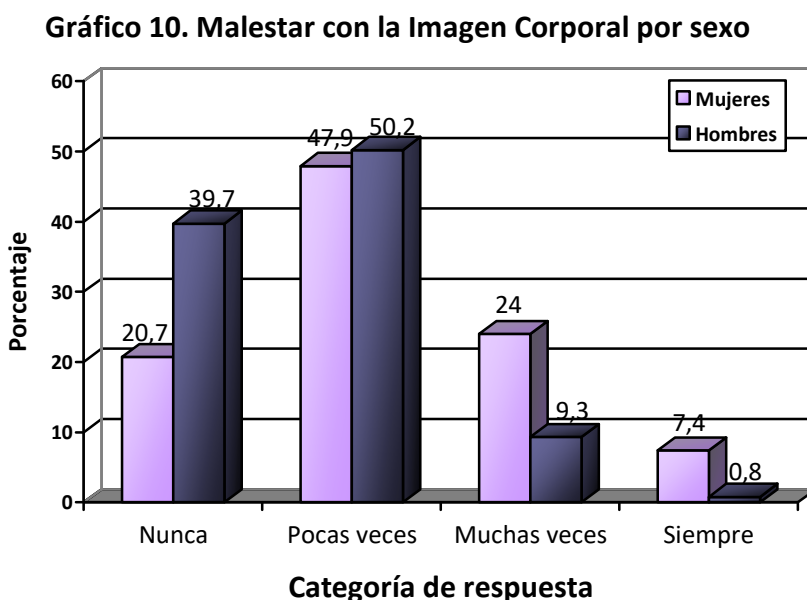
En esta distribución se encontró, que 4.2% “siempre” siente malestar con su imagen corporal, mientras que el 16.7% lo hace “muchas veces”. El mayor porcentaje fue 49.1% y corresponde a aquellos que “pocas veces” sienten malestar con su imagen corporal y 30 “nunca” siente malestar.

Gráfico 9. CIMEC Factor II Malestar con la Imagen Corporal



Comparación por Sexo. (Gráfico 10)

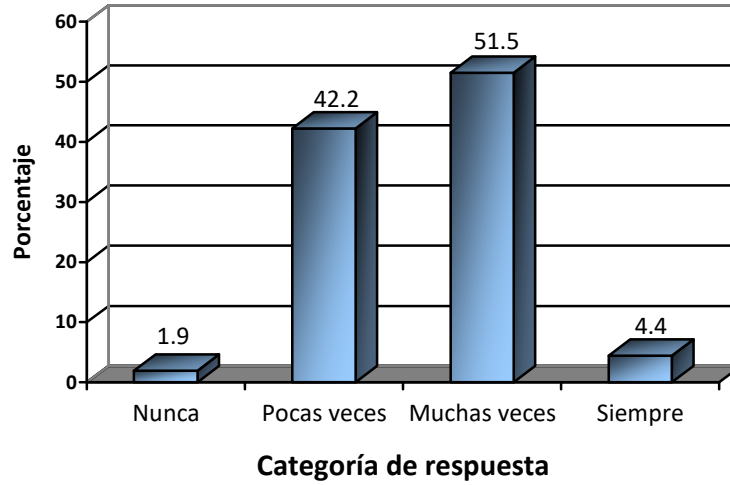
En esta distribución dentro de los que respondieron que “siempre” siente malestar con la imagen corporal, el sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje (7.4% mujeres y 0.8% hombres), al igual que en los que respondieron “muchas veces” (24% mujeres y 9.3% hombres), el mayor porcentaje tanto en mujeres como en hombres fue para la opción de respuesta “pocas veces” (47.9% y 50.2% respectivamente) y para la respuesta “nunca” se encontró que 20.7% de mujeres y 39.7% de hombres sienten malestar con la imagen corporal.



FACTOR III. Conducta Normal. (Gráfico 11)

En ésta distribución, aquellos que “nunca” presentan conducta alimentaria normal se encuentra el porcentaje más bajo siendo de 1.9%, el porcentaje más alto corresponde a la opción de “muchas veces” con el 51.5% seguida del 42.2% para la respuestas de “pocas veces”; y por ultimo se encuentra el 4.4% de los que siempre presentan conducta alimentaria normal.

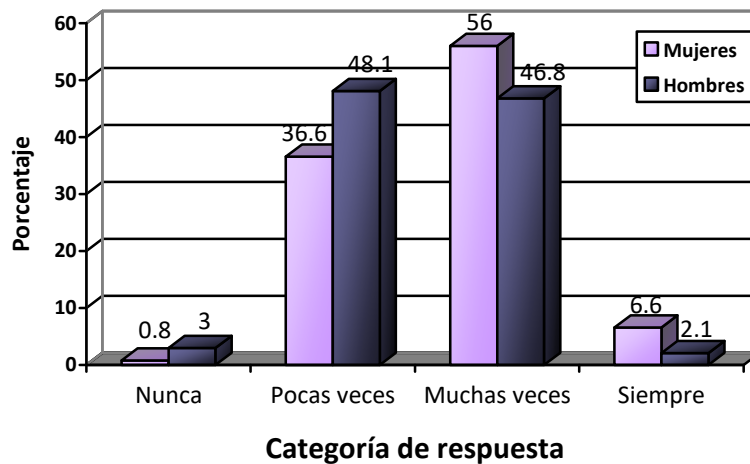
Gráfico 11. CIMEC Factor III Conducta alimentaria normal



Comparación por Sexo. (Gráfica 12)

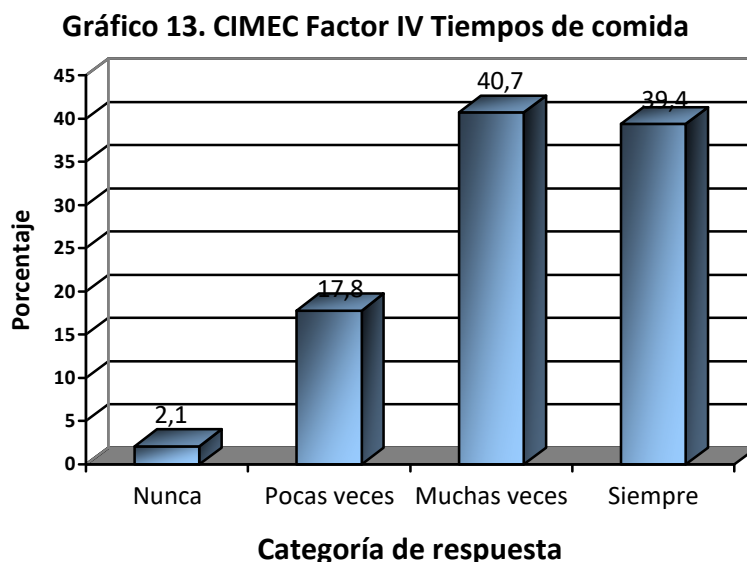
Con respecto a la distribución de este factor, los datos de la categoría de respuesta “nunca” son de los más pequeños (0.8% mujeres y 3% hombres) seguidos de la categoría “siempre” (6.6% mujeres y 2.1% hombres). En aquellos que contestaron “pocas veces”, predomino el sexo masculino (36.6% mujeres y 48.1% hombres), a diferencia de los que “muchas veces” presentan conducta alimentaria normal (56% mujeres y 46.8% hombres).

Gráfico 12. FACTOR III Conducta alimentaria normal por sexo



FACTOR IV: Tiempos de Comida. (Gráfico 13)

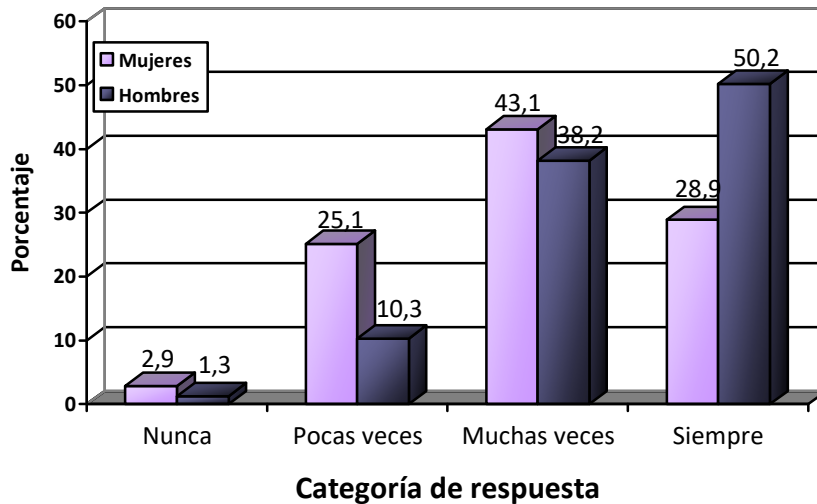
En esta distribución en la categoría de respuesta de quienes “nunca” eliminaron tiempos de comida se encuentra el porcentaje más bajo 2.1%, el porcentaje más alto corresponde a la respuesta “muchas veces” 40.7%; a la categoría de “pocas veces” corresponde el 17.8% y para finalizar se encontró que 39.4% eliminaron tiempos de comida.



Comparación por sexo. (Gráfico 14)

Dentro de este factor los porcentajes más bajos encontrados para ambos sexos se observan en la categoría de respuesta “nunca” (2.9% mujeres y 1.3% hombres) seguidas de la categoría “pocas veces” (25.1% mujeres y 10.3% hombres); el porcentaje más alto encontrado en el sexo femenino corresponde a la opción de respuesta de “muchas veces” (43.1% mujeres y 38.2% hombres); por el contrario el mayor porcentaje encontrado en hombres corresponde a la categoría “siempre” (28.9% mujeres y 50.2% hombres).

Gráfico 14. FACTOR IV Tiempos de comida por sexo



10.4 Cuestionario Breve para medir conductas alimentarias de riesgo.

Este cuestionario conformado por 10 preguntas, tiene un punto de corte de 10 en el que puntuaciones menores a 11 significan no riesgo y puntuaciones de 11 o mayores se interpretan en riesgo.

Con respecto a esta sección del instrumento, después de haber realizado la sumatoria para obtener la puntuación antes mencionada, los datos permitieron apreciar que el 4.1% de la muestra general presentó conductas alimentarias de riesgo, el resto, es decir el 95.9% no presentó estas conductas (Gráfico 15).

En la comparación por sexos (Gráfico 16), como era de esperarse, se hallaron mayores porcentajes de mujeres con conductas alimentarias de riesgo (6.1%) al compararlos con los hombres (2.1%). Por lo tanto, fue mayor el porcentaje de hombres que no las presentan (97.9%), que el de mujeres (93.9%).

Gráfico 15. Distribución porcentual de conductas alimentarias riesgo

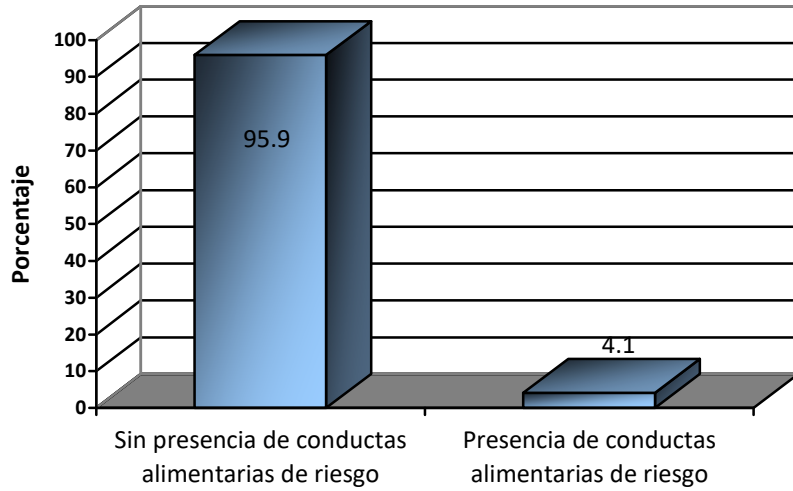
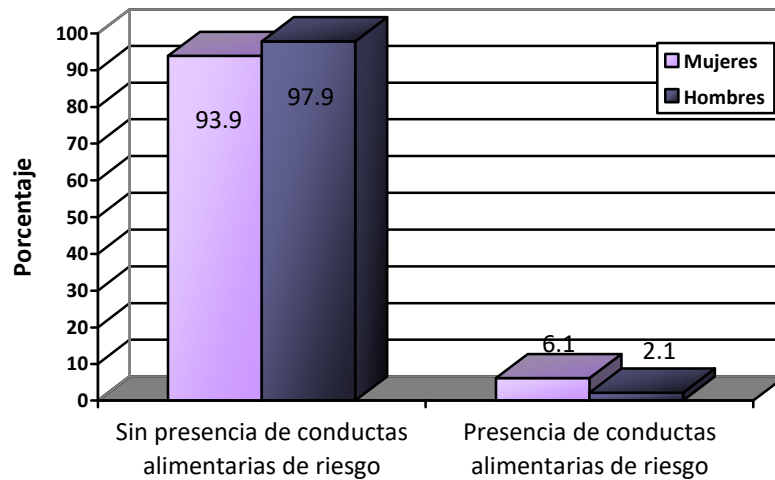


Gráfico 16. Distribución porcentual por sexo: conductas alimentarias de riesgo



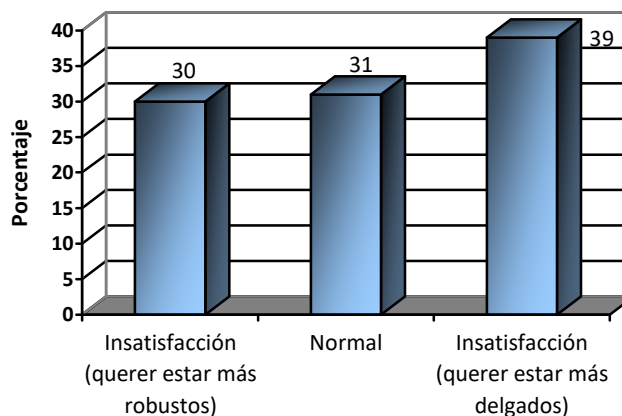
El cuestionario breve que evalúa conductas de riesgo, está conformado por tres factores: Atracón y purga; Medidas compensatorias y Conductas restrictivas. En la siguiente tabla se presenta la distribución en porcentajes de estos tres factores por sexo, a partir de la sumatoria de las categorías de mayor riesgo (con frecuencia y con mucha frecuencia).

Tabla 7. Distribución porcentual de los factores del cuestionario breve de conductas de riesgo		
	Mujeres	Hombres
ATRACON PURGA		
Con frecuencia y Con mucha frecuencia	0.8%	0.8%
MEDIDAS COMPENSATORIAS		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	1.2%	0.8%
RESTRICCIÓN		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	38.7%	12.5%

10.5 Distribución porcentual de satisfacción-insatisfacción con la Imagen corporal

En esta variable se halló que solamente el 31% del total de la muestra se encuentra satisfecho con su imagen corporal; cabe destacar que el 69% está insatisfecho con su imagen. De este valor, el 39% está insatisfecho en el sentido de querer tener una figura más delgada. Por otro lado, 30% de la muestra total está insatisfecho con la imagen corporal, pero en el sentido de querer estar más robusto o grueso. (Gráfico 17)

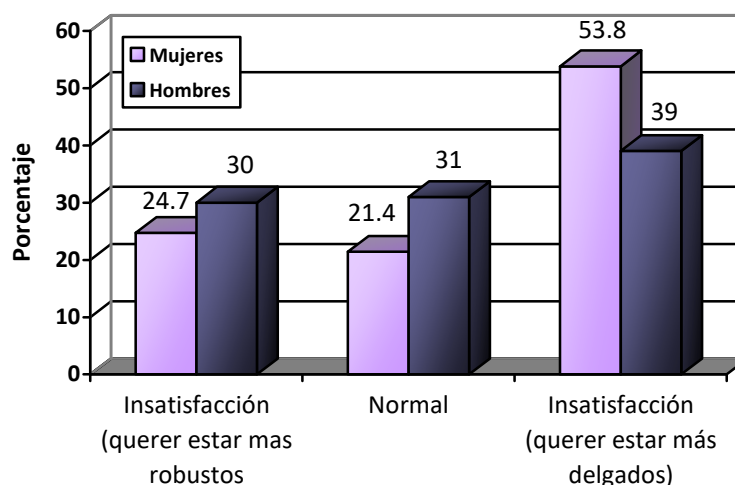
Gráfico 17. Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal



Comparación por sexo. (Gráfico 18)

Cuando se revisaron los datos provenientes de la satisfacción-insatisfacción por con la imagen corporal por sexos, fue claro apreciar que la satisfacción fue mayor en los hombres con 31%, ya que solo el 21.4% de las mujeres está satisfecha con ésta. El predominio de la insatisfacción al querer estar más robusto(a) o grueso(a), fue de los hombres con 30% sobre el de las mujeres 24.7%. En relación a la insatisfacción por querer estar más delgado(a), el valor más alto fue obtenido por las mujeres con 53.8% sobre un 39% de los hombres.

Gráfico 18. Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal por sexo



10.6 Distribución porcentual del Cuestionario de Interiorización

Este cuestionario consta de 15 preguntas, tiene un punto de corte de 37 en el que puntuaciones menores de 38 indican que no hay interiorización y puntuaciones de 38 o mayores se interpretan como interiorización.

Para aquellos que han interiorizado una figura delgada, (haciendo suya la idea de estar delgado, exaltando la esbeltez como una figura ideal perfecta) representaron el 15.5% de toda la muestra. Mientras que el 84.5% no lo ha hecho (Gráfico 19).

En la comparación por sexos se encontró que el porcentaje de las mujeres (20.8%) es lo doble que el de los varones (10%) que han registrado tal interiorización; mientras que el 79.2% mujeres y el 90% de hombres no tienen problemas con ésta (Gráfico 20).

Gráfico 19. Distribución porcentual Interiorización

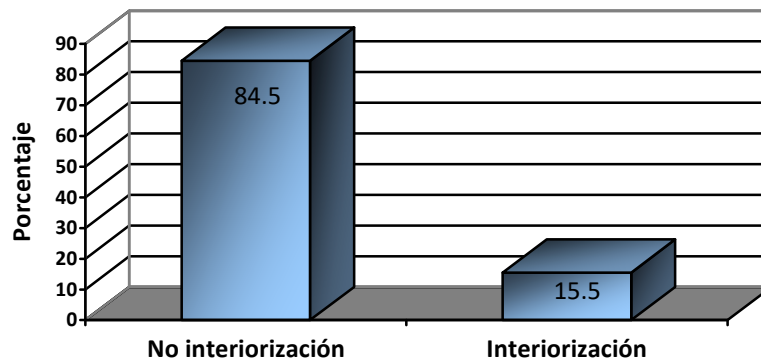
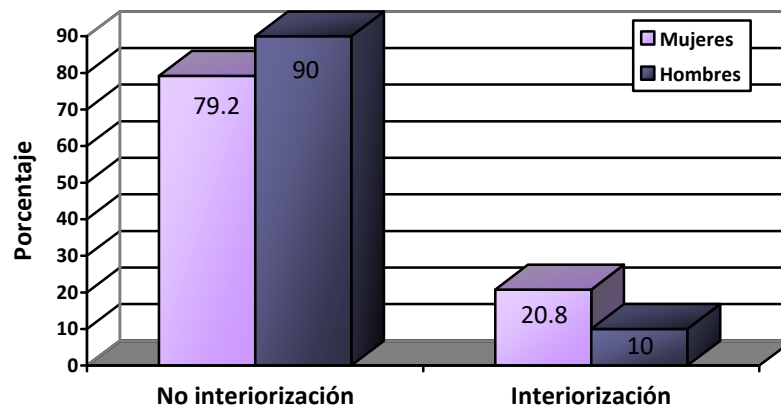


Gráfico 20. Distribución porcentual por sexo Interiorización



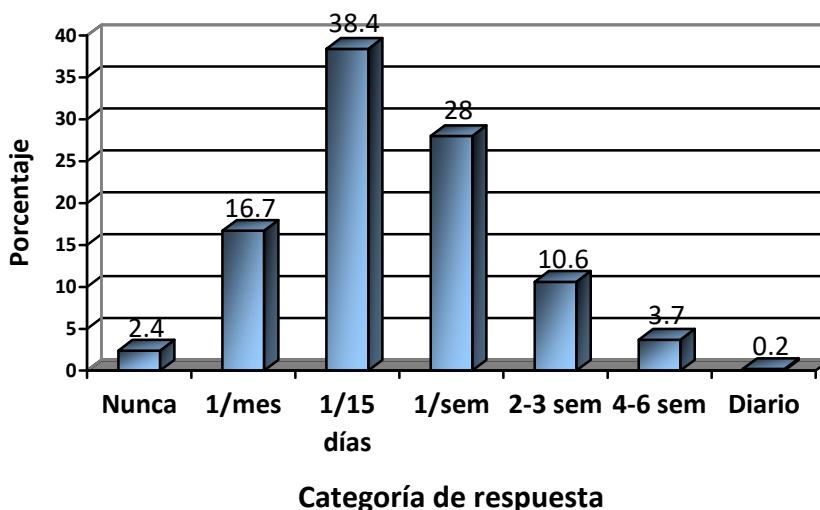
10.7 Frecuencia en el consumo de alimentos

10.7.1 Distribución por Grupos de Alimentos.

10.7.1.1 LECHE.

En la muestra total de la frecuencia de consumo los valores en las categorías de respuestas “nunca” (2.4%) y “diario” (0.2%) consume leche de ningún tipo fueron los más bajos, en la categoría “4-6 veces por semana” el consumo fue de 3.7%; mientras que el 16.7% lo hace una vez al mes. Los porcentajes más altos fueron para aquellos que consumen estos alimentos lácteos “una vez a la quincena”, y “una vez a la semana” con 38.4% y 28% respectivamente. Aquellos que lo hacen de “2-3 veces por semana” fueron el 10.6% (Gráfico 21).

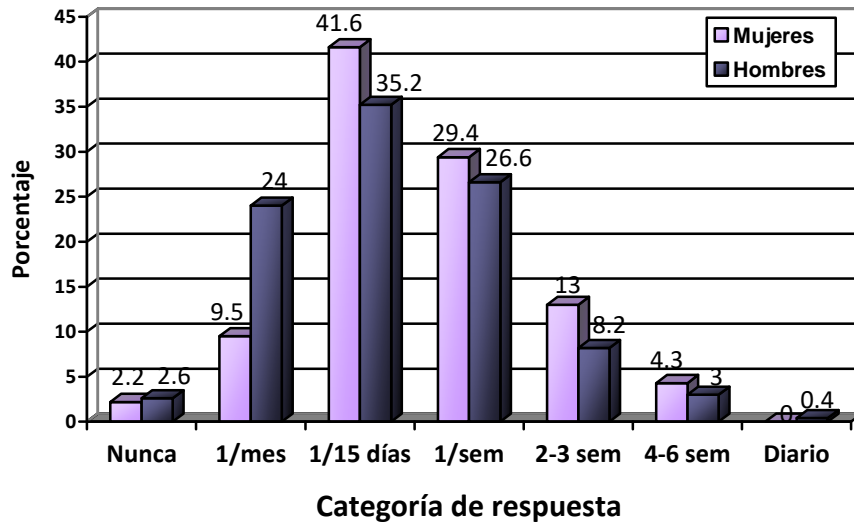
Gráfico 21. Distribución porcentual: Consumo de Leches



Comparación por Sexo. (Gráfico 22)

En las opciones de respuesta “nunca” y “1 vez al mes” los porcentajes de los hombres (2.6% y 24% respectivamente) fueron mayores que el de las mujeres (2.2% y 9.5%), por el contrario en las respuestas “1 vez a la quincena”; “1 vez a la semana” y “2-3 veces por semana” se observaron valores más altos (41.6%; 29.4% y 13%) en las mujeres que en los hombres (35.2%; 26.6% y 8.2%); en tanto que los valores más bajos corresponden, en ambos sexos a las categorías “4-6 veces por semana” y “diario” (4.3% y 0% en mujeres; 3% y 0.4% en hombres).

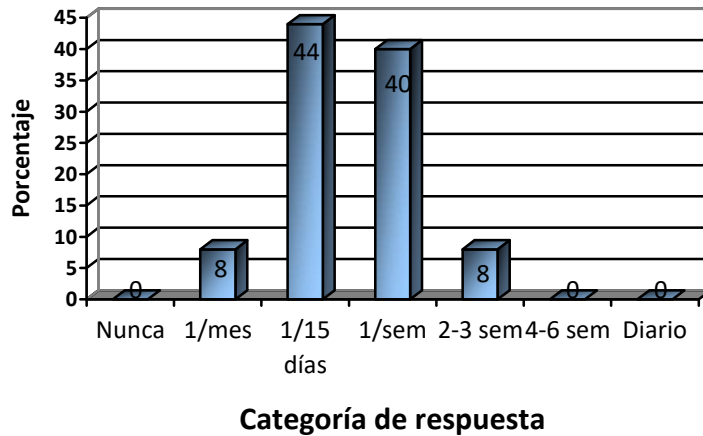
Gráfico 22. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Leches



10.7.1.2 CEREALES

Referente al consumo de cereales no se obtuvieron resultados en las categorías “nunca”, “4-6 veces por semana” y “diario”; el 8% “una vez al mes” los acostumbra; los porcentajes mas altos fueron para los que los consumen “una vez a la quincena” (44%), seguido de quienes los acostumbran “una vez a la semana” (40%) y por último el 8% los consume “2-3 veces por semana” (Gráfico 23).

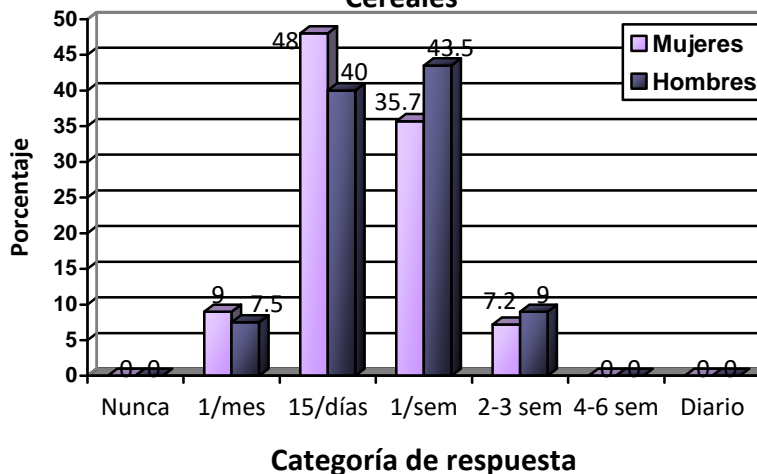
Gráfico 23. Distribución porcentual: Consumo de Cereales



Comparación por Sexo. (Gráfico 24)

En esta distribución se encontraron los valores más altos para ambos sexos en las opciones de respuesta “una vez a la semana” (35.7% mujeres y 43.5% hombres) y “una vez a la quincena” (48% mujeres y 40% hombres); los que acostumbran comer cereales “2-3 veces por semana” resultando un valor más alto en hombres (9%) que en mujeres (7.2%). Para los que los consumen “una vez al mes” preponderaron las mujeres (9%) sobre los varones (7.5%), en las categorías de respuesta “nunca”, “4-6 veces por semana” y “diario” no hubo ningún porcentaje.

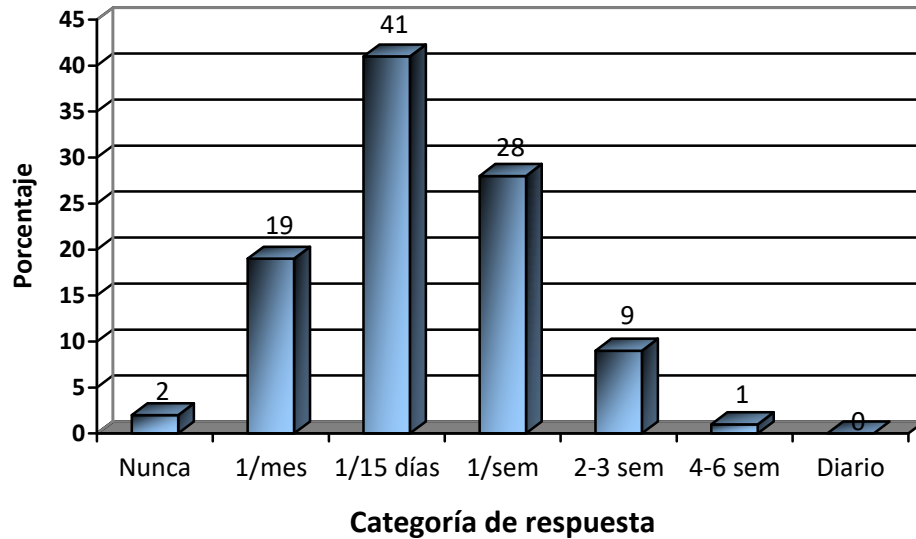
Gráfico 24. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Cereales



10.7.1.3 FRUTAS

En la siguiente gráfica el 2% corresponde a los que “nunca” consumen fruta, el 19% lo hace “una vez al mes”. Los porcentajes más altos fueron para quienes las consumen “una vez a la quincena” y “una vez a la semana” con 41% y 28% respectivamente. El 9% consume frutas “2-3 veces por semana” y el 1% “4-6 veces por semana” (Gráfico 25).

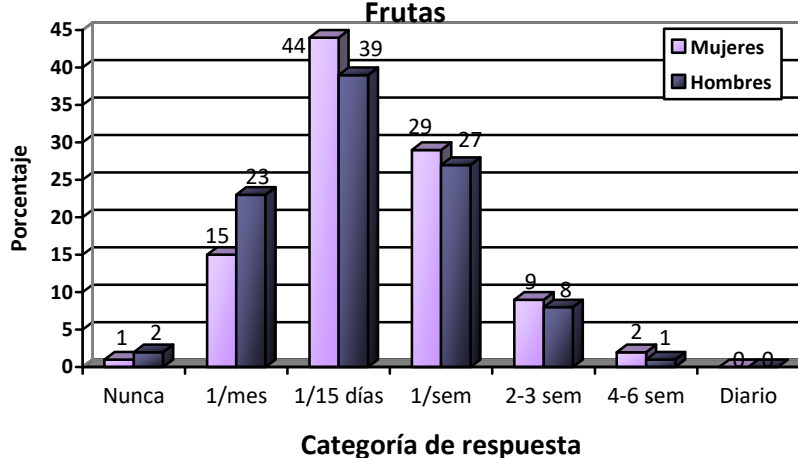
Gráfico 25. Distribución porcentual: Consumo de Frutas



Comparación por sexo. (Gráfico 26)

Con respecto al consumo de frutas por sexos, a través de los valores se observó que los más altos resultaron ser para las respuestas “una vez a la quincena” y “una vez a la semana”. Siendo para la primera mayor en mujeres (44% y 29%), que en hombres (39% y 27%). Para los que reportaron “nunca” y “1 vez al mes” consumir frutas el valor fue mayor en hombres (2% y 23%) que en mujeres (1% y 15%), por el contrario las personas que refirieron consumir “2-3 veces por semana” y “4-6 veces a la semana” frutas fueron mayores los porcentajes en mujeres (9% y 2%) que en hombres (8% y 1%), por último no se encontró que ninguna persona consuma frutas “diario”.

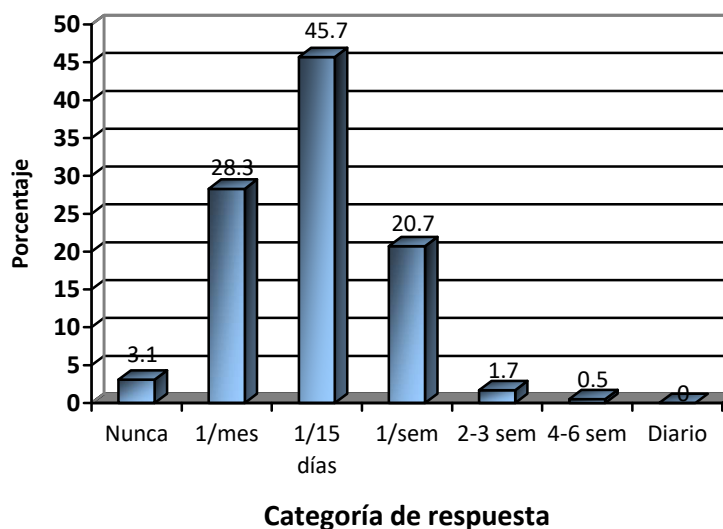
Gráfico 26. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Frutas



10.7.1.4 VERDURAS

Aquellos que respondieron que “nunca” comen verduras fueron el 3.1%, mientras que el 28.3% lo hace “una vez al mes” y el 45.7% “una vez a la quincena”, siendo éste el valor más alto. El 20.7% las acostumbra comer “una vez a la semana” y el 1.7% “2-3 veces por semana”. El valor más pequeño, 0.5%, correspondió a su consumo “4-6 veces por semana”, mientras que la categoría “diario” no presento ningún porcentaje (Gráfico 27).

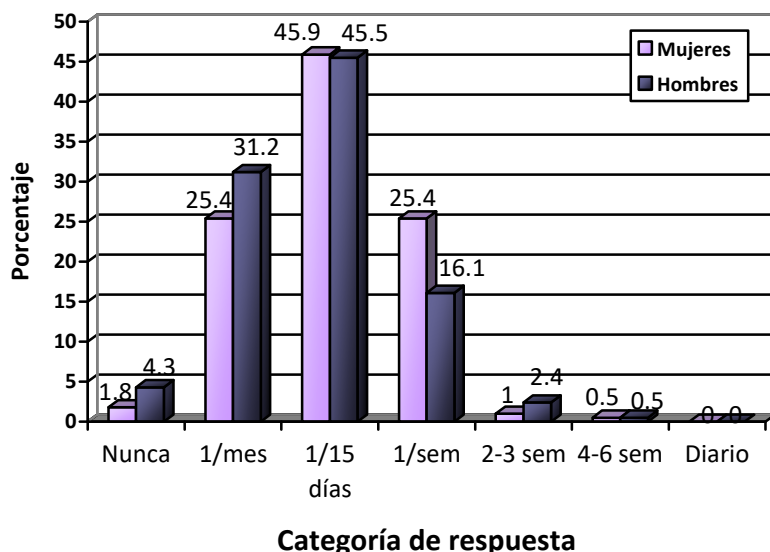
Gráfico 27. Distribución porcentual: Consumo de Verduras



Comparación por sexo. (Gráfico 28)

Observando la siguiente gráfica, es claro apreciar que los valores más altos, tanto para hombres (45.5%) como para mujeres (45.9%) cayeron en la categoría de “una vez a la quincena”. Prosiguiendo con la revisión de los datos, las mujeres consumen en un 25.4% estos alimentos “una vez a la semana”, mientras que los hombres lo acostumbran en un 16.1%. Pasando a la categoría de “una vez al mes” los hombres reportaron comerlas en un 31.2% contra un 25.4% de las mujeres. En la opción de “2-3 veces por semana” las mujeres las consumen un poco más que los hombres (1% y 2.4%, respectivamente). El 4.3% de los hombres y 1.8% de las mujeres “nunca” consumen este tipo de alimentos. Se debe señalar que en la opciones de respuesta “4-6 veces por semana” hombres y mujeres mostraron el mismo valor (0.5%) y “diariamente” no se registró ningún valor.

Gráfico 28. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Verduras

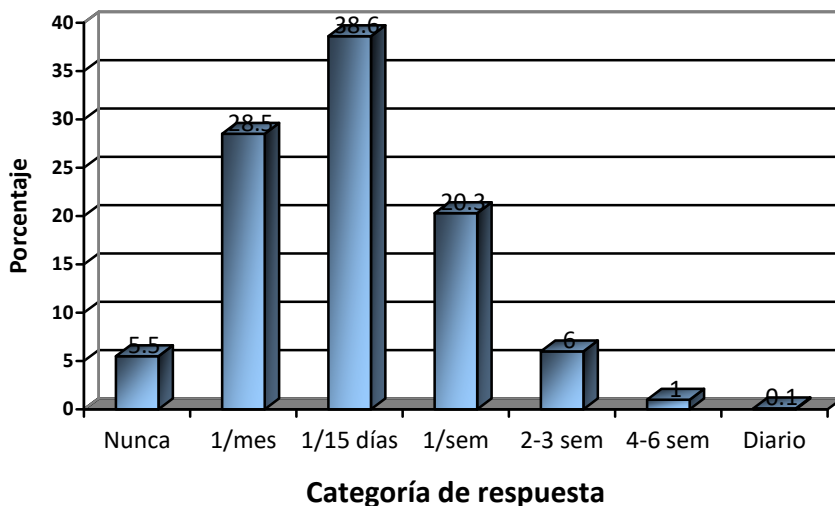


10.7.1.5 LEGUMINOSAS (Gráfico 29)

En la distribución de las leguminosas, el 5.5% corresponde a quienes “nunca” las consumen y el 28.5% de los que lo hacen “una vez al mes”. El porcentaje mas alto fue 38.6% de quienes las acostumbran “una vez a la quincena” y el 20.3% las

consumen “una vez a la semana”; mientras que el 6% lo hace “2-3 veces por semana”; Finalmente el 1% la come “4-6 veces por semana” y el 0.1% “diariamente”.

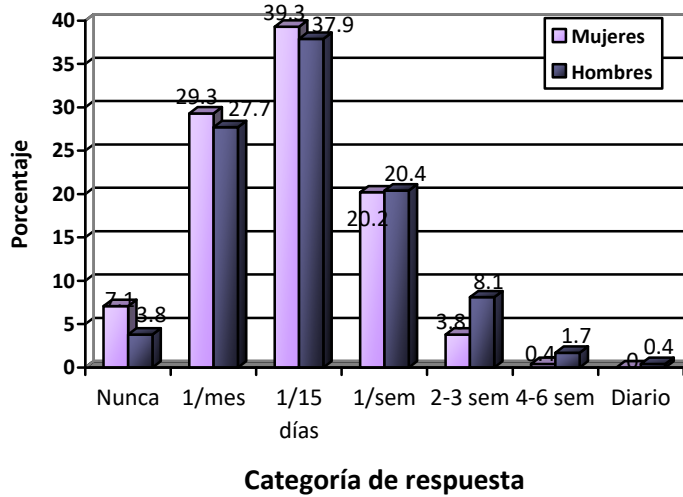
Gráfico 29. Distribución porcentual: Consumo de Leguminosas



Comparación por sexo. (Gráfico 30)

En este gráfico se observa que los valores más altos correspondieron a la categoría de “una vez a la quincena” en la que las mujeres alcanzaron un 39.3% y los hombres un 37.9%; en la categoría “una vez a la semana” ocurrió lo contrario ya que lo hombres obtuvieron un mayor valor, 20.4% contra un 20.2% de las mujeres. En la opción de respuesta “una vez al mes” las mujeres nuevamente registraron el valor más alto, 29.3% contra 27.7% de los hombres. En cuanto al consumo de las leguminosas “2-3 veces por semana” la cifra en los hombres (8.1%) fue mayor que el de mujeres (3.8%). En las opciones extremas, es decir “nunca” y “4-6 veces por semana” los valores fueron muy pequeños tanto en hombres (3.8% y 1.7%) como en mujeres (7.1% y 0.4%). Para la opción de respuesta “diariamente” solo se obtuvieron valores para los hombres (0.4%).

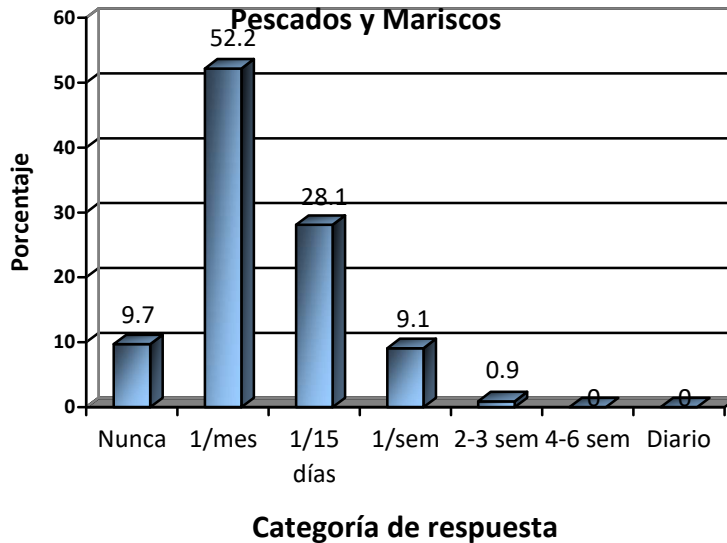
Gráfico 30. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Leguminosas



10.7.1.6 PESCADOS Y MARISCOS (Gráfico 31)

Quienes “nunca” consumen pescados y mariscos fueron el 9.7%, mientras que el 52.2% y 28.1% lo hacen “una vez al mes” y “una vez a la quincena”, siendo estos los porcentajes mas altos. El 9.1% lo hace “una vez a la semana” y el 0.9% “3-4 veces por semana”. Nadie acostumbra consumirlos “4-6 veces por semana” y “diariamente”.

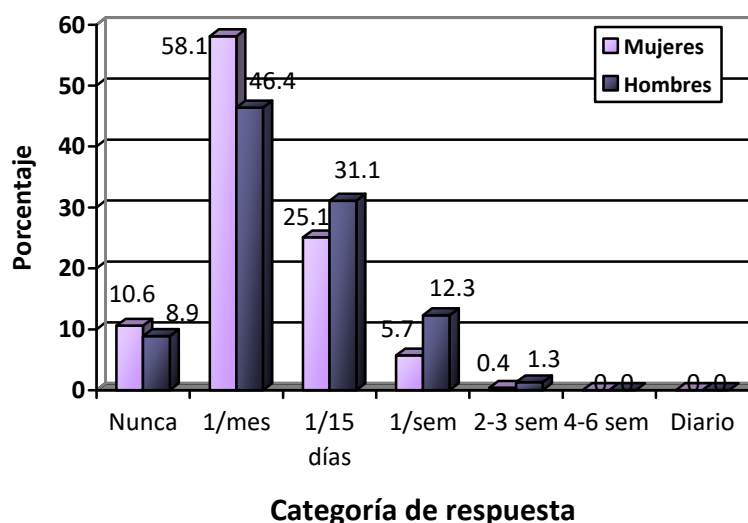
Gráfico 31. Distribución porcentual: Consumo de Pescados y Mariscos



Comparación por sexo. (Gráfico 32)

Con relación al grupo de alimentos de pescados y mariscos, fue claro apreciar que las mujeres (58.1%) los consumen “una vez al mes” con mayor frecuencia que los hombres (46.4%), al igual que en la categoría “nunca” (mujeres 10.6% y hombres 8.9%), pero ocurrió al contrario en la opción “una vez a la quincena” y “una vez por semana” (hombres 31.1% y 12.3%; mujeres 25.1% y 5.7%). El consumo de este tipo de alimentos “2-3 veces por semana” es muy pequeño tanto en hombres (1.3%) como en mujeres (0.4%). No se obtuvieron valores en las opciones de respuesta “4-6 veces por semana” ni “diariamente”.

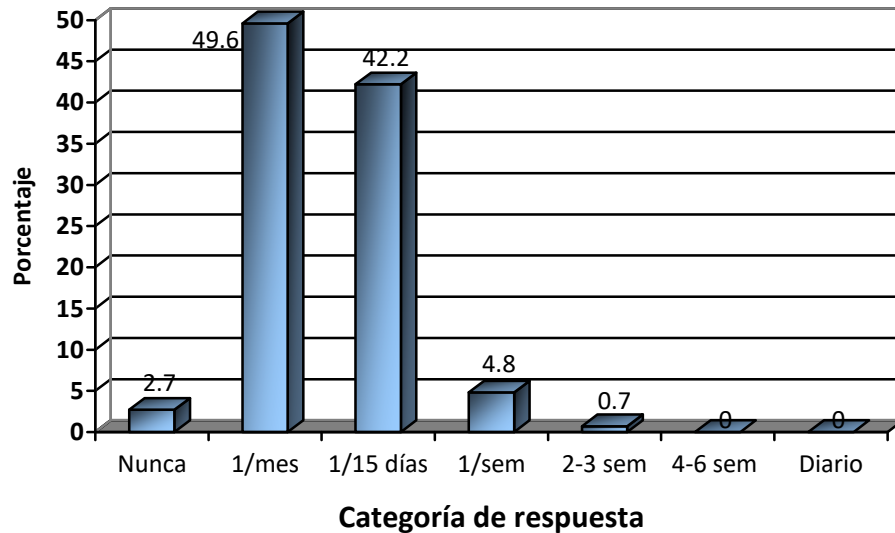
Gráfico 32. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Pescados y Mariscos



10.7.1.7 CARNES

Se encontró que el 2.7% “nunca” consume carne, el 49.6% lo hace “una vez al mes” porcentaje más alto de todos seguido del 42.2% “una vez a la quincena”. El 4.8% acostumbra comer carne “una vez a la semana” y el 0.7% “2-3 veces por semana”. Por último nadie refirió consumirla “4-6 veces por semana” ni diariamente (Gráfico 33).

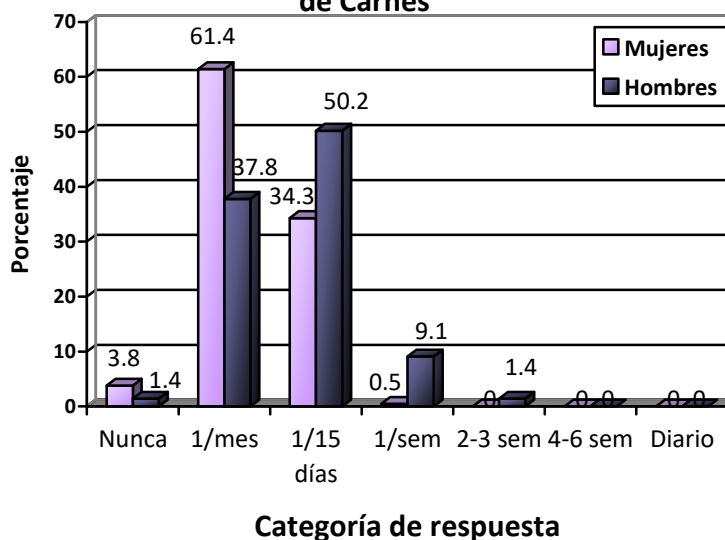
Gráfico 33. Distribución porcentual: Consumo de Carnes



Comparación por sexo. (Gráfico 34)

En la distribución de frecuencia en el consumo de este grupo de alimentos, los valores más altos, para mujeres (61.4%) pero no para hombres (37.8%) correspondieron a la opción “una vez al mes”, la opción “una vez a la quincena” se observó lo contrario hombres (50.2%) registraron un valor considerablemente mayor al de las mujeres (34.3%), al igual que en la opción “2-3 veces por semana” aunque con cifras muy pequeñas (hombres 9.1%; mujeres 0.5%). Prosiguiendo con la descripción, las personas que refirieron “nunca” consumir carnes “una vez al mes” fue mayor en mujeres (3.8%) que en hombres (1.4%), y en la opción de “2-3 veces por semana” solo registro valores para los hombres (1.4%), mientras que las opciones “4-6 veces por semana” y “diario” no arrojaron ningún porcentaje.

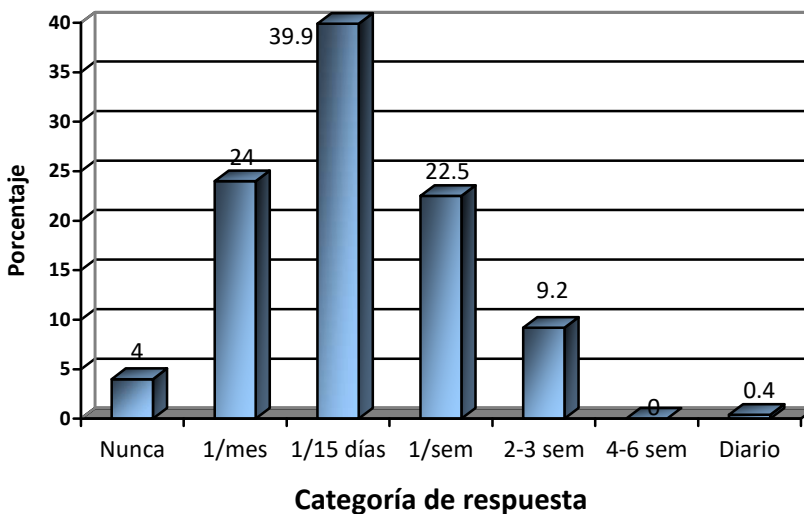
Gráfico 34. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Carnes



10.7.1.8 QUESOS

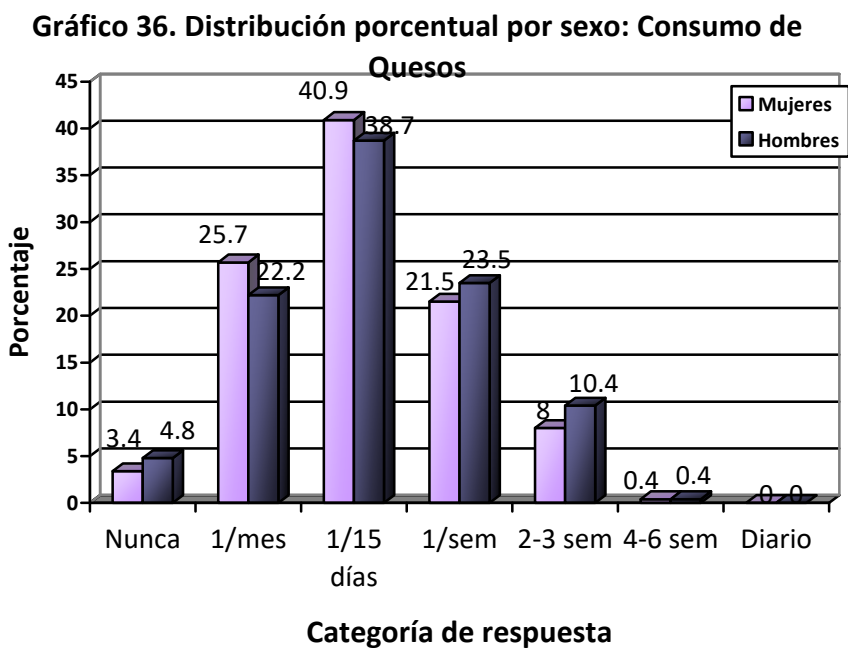
Aquellos que “nunca” comen quesos fueron el 4%; el 24% fue de quienes lo hacen “una vez por mes”. Los valores más altos correspondieron a “una vez por quincena” 39.9%, la categoría “una vez por semana” obtuvo el 22.5%. El 9.2% consume quesos de “2-3 veces por semana” y el 0.4% “diario”. Por último ninguna persona lo hace “4-6 veces por semana” (Gráfico 35).

Gráfico 35. Distribución porcentual: Consumo de Quesos



Comparación por Sexo. (Gráfico 36)

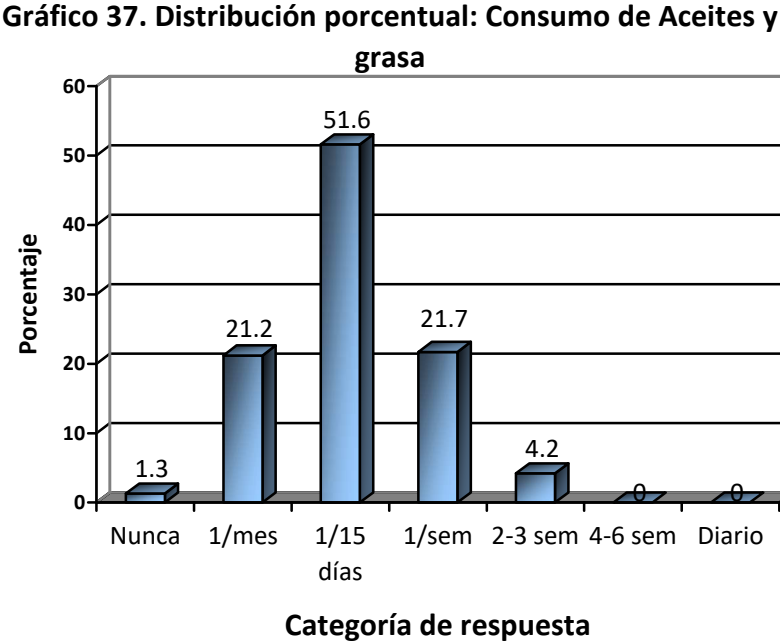
El consumo de quesos por sexos arrojó los siguientes valores: “una vez a la quincena” hombres 38.7%, mujeres 40.9%; “una vez a la semana” hombres 23.5%, mujeres 21.5%; “una vez al mes” fue mayor para mujeres con 25.7% que para hombres con 22.2%; mientras que en la opción de respuesta “2-3 veces por semana” los valores fueron mayores para los hombres (10.4%) que para el sexo femenino (8%). De “4-6 veces por semana” las cifras fueron iguales para mujeres y hombres 0.4%. Finalmente el consumo de quesos para la opción “nunca” los valores fueron 4.8% hombres, 3.4% mujeres y en la categoría “diario” no se presentaron valores en ambos sexos.



10.7.1.9 ACEITES Y GRASAS

En cuanto al consumo de estos alimentos se halló que el 1.3% “nunca” acostumbra ingerir aceites ni grasas, el 21.2% lo hace “una vez al mes”, mientras que el 51.6%, valor más alto lo hace “una vez a la quincena”. El 21.7%, segundo valor más alto las consume “una vez a la semana” y el 4.2% “2-3 veces por semana”.

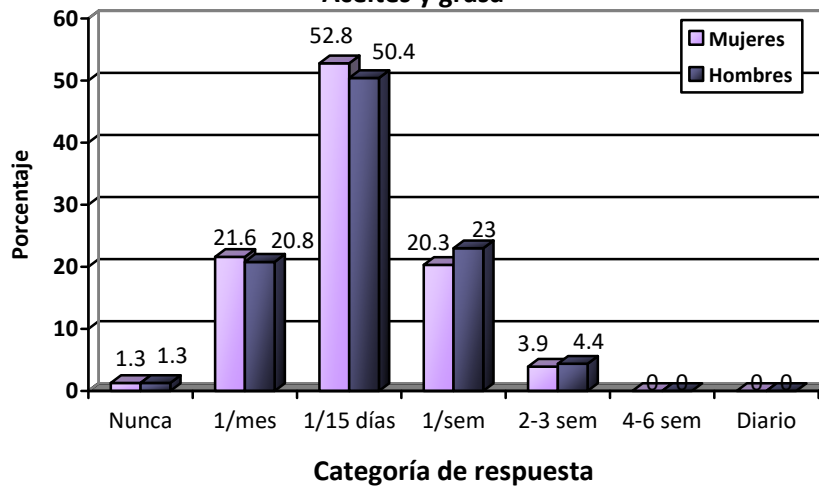
Por último nadie refirió consumirlas “4-6 veces por semana” ni diariamente (Gráfico 37).



Comparación por sexo. (Gráfico 38)

Al comparar el consumo de aceites y grasas entre hombres y mujeres se encontró que los mayores valores correspondieron a la opción respuesta “una vez a la quincena” con una cifra mayor para mujeres (52.8%) que para hombres (50.4%), caso contrario de los que las consumen “una vez a la semana” en donde fue mayor la cifra para hombres (23%) que para mujeres (20.3%). Aquellos que acostumbran consumir estos alimentos “una vez al mes” fueron más mujeres (21.6%) que hombres (20.8%), caso contrario para la opción “2-3 veces por semana” (hombres 4.4% y mujeres 3.9%). Los valores más pequeños fueron de los que “nunca” (1.3% mujeres y hombres) y en la categoría “4-6 veces por semana” y “diario” no presentaron ningún porcentaje.

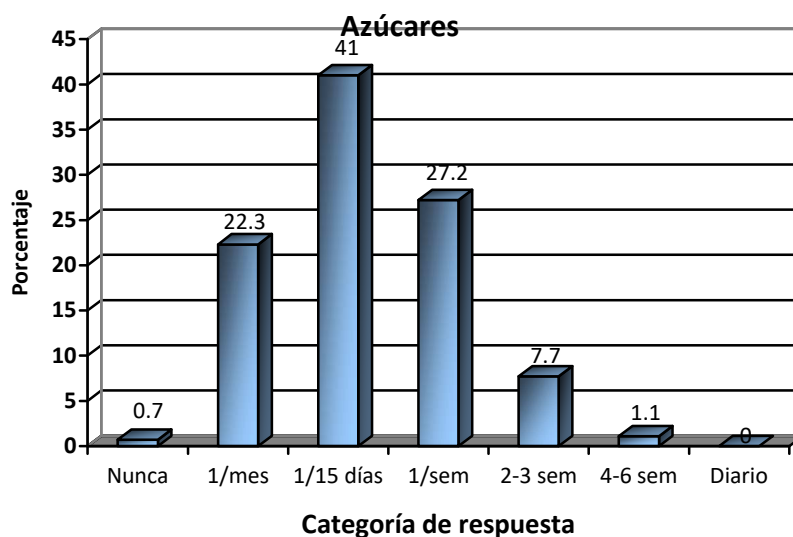
Gráfico 38. Distribución porcentual por sexo: Consumo de Aceites y grasa



10.7.1.10 AZÚCARES

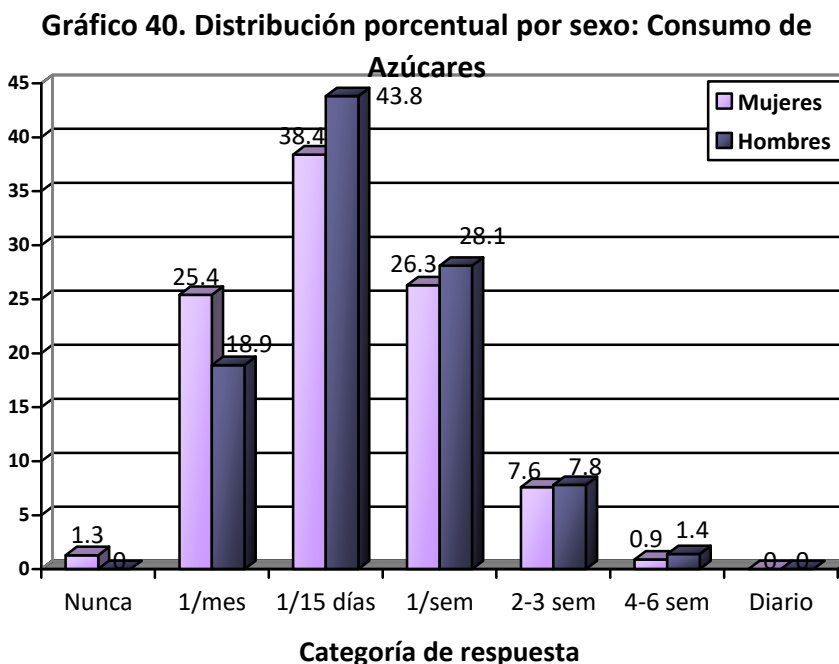
El valor más pequeño en esta distribución fue 0.7% que correspondió a quienes dijeron “nunca” consumir azúcares, el 22.3% lo hace “una vez al mes” y el 41% “una vez a la quincena”, siendo éste último el porcentaje mas alto. El 27.2% consume azúcares “una vez por semana” y el 7.7% de “2-3 veces por semana”. Se encontró también que el 1.1% lo hace “4-6 veces por semana” y el nadie refirió consumirla “diariamente” (Gráfico 39).

Gráfico 39. Distribución porcentual: Consumo de Azúcares



Comparación por sexo. (Gráfico 40)

En este gráfico se observó que los valores más altos estuvieron en la opción de respuesta “una vez a la quincena” en donde fue mayor la cifra de hombres (43.8%) que de mujeres (38.4%) seguidas de la categoría “1 vez por semana”, donde el sexo masculino (28.1%) fue igualmente más alto que el femenino (26.3%), en la opción “una vez al mes” los resultado de 25.4% de mujeres y 18.9% de hombres indicaron ingerir estos alimentos, de los que los acostumbran ingerirla “2-3 veces por semana” fue mayor el valor de los hombres (7.8%) que el de las mujeres (7.6%). Finalmente los valores del consumo de azúcares en las opciones “nunca” y de “4-6 veces por semana” fueron de 1.3% mujeres y 0% hombres para la primera y 0.9% mujeres y 1.4% hombres en la segunda. No se registró ningún valor en la opción “diariamente”.



10.8 RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Se realizó un análisis de correlación de Pearson el cual permitió determinar la fuerza de asociación entre dos variables, así como la dirección que toman éstas. Las variables analizadas fueron el IMC-P, Insatisfacción con la imagen corporal (ya sea por querer ser más delgados/as o más robustos/as), Influencia de la Publicidad, Malestar con la imagen corporal, Conducta Alimentaria Normal, Tiempos de Comida, Atracón-Purga, Medidas compensatorias, Restricción, Interiorización y Creencias; así como, los diez diferentes grupos de alimentos.

En la Tabla 8 que nos habla del comportamiento de la muestra total, se observa que hay una correlación media y estadísticamente significativa entre el IMC-P (sobrepeso y obesidad) y la Insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.455$; $p<0.01$), lo cual nos indica que a mayor IMC, mayor es la insatisfacción por la imagen corporal. Cabe mencionar que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el IMC-P (bajo peso y desnutrición) y ninguna de las demás variables, ya que la submuestra fue muy pequeña.

Asimismo, nuevamente se encontró correlación entre la variable Insatisfacción con la imagen corporal y Dieta restringida ($r=0.437$; $p=0.01$), lo cual indica que a mayor insatisfacción hay más conductas restrictivas; así como también entre las variables Insatisfacción con la imagen corporal y el consumo de Carnes ($r=-0.303$; $p=0.01$) que aunque esta sea negativa es estadísticamente significativa, lo cual indica que hay una relación inversa entre estas dos variables, es decir que a mayor insatisfacción con la imagen, menor consumo de carnes.

Resulta interesante resaltar la correlación que existe entre la variable Influencia de la Publicidad y Malestar con la imagen corporal ($r=0.421$; $p=0.01$), esto indica que a mayor influencia de la publicidad es mayor el malestar con la imagen corporal; así mismo sucedió entre la Influencia de la Publicidad y Restricción ($r=0.415$; $p=0.01$), lo cual significa que a mayor influencia de la publicidad hay más

conductas restrictivas y de igual manera sucede con Influencia de la Publicidad e Interiorización ($r=0.408$; $p=0.01$), que significa que a mayor influencia de la publicidad mayor interiorización, es decir la importancia que le dan al peso corporal para sentirse bien.

Otra de las variables que reportó valores significativos fue la de Malestar con la imagen corporal al relacionarla con Restricción ($r=0.430$; $p=0.01$) que nos indica que a mayor malestar con la imagen corporal hay más conductas restrictivas; al igual que la asociación entre Malestar con la imagen corporal e Interiorización ($r=0.572$; $p=0.01$) la cual reportó una de las correlaciones más fuertes de la muestra, lo que nos indica que a mayor malestar con la imagen corporal mayor es la interiorización de una figura delgada y lo mismo sucedió entre Malestar con la imagen corporal y Creencias ($r=0.382$; $p=0.01$), que significa que a mayor malestar con la imagen corporal mayor importancia le dan al peso para sentirse valiosos.

En cuanto a la correlación que existe entre la variable de Restricción e Interiorización se encontró que es altamente significativa, siendo esta, uno de los valores más altos que se encontraron ($r=0.590$; $p=0.01$), lo que indica que a mayor presencia de conductas restrictivas, se le da mayor importancia al peso corporal para sentirse valiosos o aceptados por otras personas.

Otro dato interesante fue la correlación existente entre las variables de Interiorización y Creencias ya que ambas son los dos factores que se evalúan en el cuestionario de actitudes hacia el cuerpo, reportando el valor más alto y significativo en este análisis de la muestra total ($r=0.690$; $p=0.01$).

Y por último, la correlación que igualmente reporto valores estadísticamente significativos fue la que se hizo entre las variables Creencias y Restricción ($r=0.303$; $p=0.01$), lo que nos indica que mientras mayor importancia le den los sujetos al peso para sentirse aceptados mayor será la presencia de conductas restrictivas.

Tabla 8. Matriz de Relación entre variables: Muestra Total

VARIABLES	Grado de correlación						
	IMC-P	Insatisf	Influencia de la publicidad	Malestar con la imagen corporal	Restricción	Interiorización	Creencias
Insatisfacción	.455**						
Malestar con la imagen corporal			.421**				
Restricción		.437**	.415**	.430**			.303**
Interiorización			.408**	.572**	.590**		
Creencias				.382**		.649**	
Carnes		-.303**					

*Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.05

**Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.01

En la siguiente tabla, la cual nos muestra las correlaciones existentes en la submuestra de mujeres de igual manera se obtuvo una relación con valores estadísticamente significativos entre el IMC-P (sobrepeso y obesidad) y la Insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.513$; $p=0.01$); no se encontraron asociaciones significativas entre el IMC-P (bajo peso y desnutrición) y ninguna de las demás variables debido al tamaño de la muestra; sin embargo si se encontró una relación negativa entre el IMC-P (sobrepeso y obesidad) y el consumo de Azúcares ($r=-0.313$; $p=0.01$), esto quiere decir que hay una relación inversa, por lo tanto, a mayor IMC hay menor consumo de este grupo de alimentos.

De igual manera se encontraron niveles de asociación significativos entre la variable Influencia de la publicidad y Malestar con la imagen corporal con una buena asociación ($r=0.517$; $p=0.01$), esto significa que a mayor influencia de la publicidad mayor es el malestar que sienten estos sujetos con su imagen corporal; al igual que entre las variables Influencia de la publicidad y Restricción ($r=0.527$, $p=0.01$), lo cual se interpreta como un aumento en las conductas restrictivas cuando hay mayor influencia de la publicidad; otra correlación significativa encontrada fue entre la Influencia de la publicidad y la Interiorización ($r=0.507$, $p=0.01$), esto nos indica que

aquellas personas que están más influenciados por la publicidad; han interiorizado una figura delgada; por otro lado la asociación entre las variables Influencia de la publicidad y Creencias ($r=0.414$, $p=0.01$) nos indica que a mayor influencia de la publicidad es mayor la creencia sobre el hecho de que una mujer delgada es más aceptada socialmente.

En cuanto a la variable Malestar con la imagen corporal se encontró que había correlación estadísticamente significativa ($p=0.01$) al asociarla con: Restricción ($r=0.499$), esto nos indica que a mayor malestar con la imagen corporal estos sujetos presentan más conductas restrictivas; algo semejante se encontró entre las variables Malestar con la imagen corporal e Interiorización ($r=0.626$, $p=0.01$) lo cual indica que a mayor malestar con la imagen corporal hay una mayor interiorización de aspectos psicosociales referentes al ideal de delgadez y dicha asociación también se obtuvo entre el Malestar con la imagen corporal y Creencias ($r=0.540$, $p=0.01$), esto quiere decir que a mayor malestar con la imagen corporal estos sujetos le dan mayor importancia al peso corporal para sentirse aceptados.

También se puede observar en esta tabla niveles de correlación bajos pero estadísticamente significativos entre las variables Conducta normal y Tiempos de comida ($r=0.332$; $p=0.01$) lo cual significa que mientras más normal sea su conducta alimentaria realizan correctamente sus tiempos de comida; de igual manera hubo asociación entre las variables Conducta normal y Verduras ($r=0.367$; $p=0.01$), esto nos dice que mientras mayor conducta normal presenten mayor es el consumo de este grupo de alimentos.

En cuanto a la correlación entre la variable Atracón-purga y Creencias ($r=0.305$; $p=0.01$) podemos decir que a mayor presencia de estas conductas mayor es la importancia que le dan al peso corporal para ser aceptados.

Al realizar la correlación entre las variables Restricción e Insatisfacción con la imagen corporal se obtuvieron valores igualmente significativos ($r=0.358$; $p=0.01$) por ello se puede decir que a mayor presencia de conductas restrictivas mayor es la insatisfacción con la imagen corporal; por otro lado, también hay asociación significativa entre Restricción e Interiorización ($r=0.597$, $p=0.01$); lo cual se interpreta diciendo que a mayor presencia de conductas restrictivas es mayor la interiorización de una figura delgada; y en cuanto a la correlación entre Restricción y Creencias ($r=0.417$; $p=0.01$), se afirma que a mayor presencia de conductas restrictivas es mayor la importancia que le dan al peso corporal para ser aceptados.

Y por último, en el análisis de esta submuestra igualmente se encontró correlación estadísticamente significativa entre las variables Interiorización y Creencias ($r=0.753$; $p=0.01$), siendo esta la más alta, indicando que a mayor interiorización de una figura delgada, mayor impacto de factores socioculturales.

Tabla 9. Matriz de Relación entre variables: Muestra Mujeres							
VARIABLES	Grado de correlación						
	IMC-P	Influencia de la publicidad	Malestar con la Imagen corporal	Conducta Normal	Atracción purga	Restricción	Interiorización
Insatisfacción	.513**					.358**	
Malestar con la imagen corporal		.517**					
Tiempos de comida				.332**			
Restricción		.527**	.499**				
Interiorización		.507**	.626**			.597**	
Creencias		.414**	.540**		.305**	.417**	.753**
Verduras				.367**			
Azúcares	-.313**						

*Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.05

**Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.01

En la Tabla 10 se observan las asociaciones de la submuestra de hombres, en la que se reportan los valores con correlaciones estadísticamente significativas entre la variable IMC-P (sobrepeso y obesidad) y la variable Insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.420$; $p=0.01$) esto quiere decir que a mayor IMC los sujetos presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal; el valor más bajo de asociación reportado en esta submuestra, aunque también estadísticamente significativo, fue el encontrado entre el IMC-P (sobrepeso y obesidad) y Restricción ($r=0.361$; $p=0.01$), esto significa que a mayor IMC los hombres realizan más conductas restrictivas. También se analizaron las asociaciones entre el IMC-P (bajo peso y desnutrición) y las demás variables empleadas en este estudio y no se encontraron valores estadísticamente significativos debido al tamaño de la muestra.

En cuanto a la variable Influencia de la publicidad se observó que existe asociación significativa con Tiempos de comida ($r=0.401$; $p=0.01$) lo cual quiere decir que a mayor influencia de la publicidad los hombres realizan con mayor frecuencia sus tiempos de comida.

Referente a las variables Malestar con la imagen corporal e Interiorización se obtuvo correlación estadísticamente significativas entre estas ($r=0.389$; $p=0.01$) por lo que a mayor malestar con la imagen corporal en hombres mayor es la interiorización de factores psicosociales relacionados al desarrollo de TCA.

Otra asociación estadísticamente significativa fue la encontrada entre las variables Conducta alimentaria normal y Verduras ($r=0.385$; $p=0.01$), en cuanto esto entonces se dice que a mayor conducta alimentaria normal mayor es el consumo de este grupo de alimentos en los hombres.

También se observa correlación estadísticamente significativa en la Tabla 9 entre las variables Restricción e Insatisfacción ($r=0.406$; $p=0.01$); esto quiere decir que a mayor presencia de conductas restrictivas mayor es la insatisfacción que

tienen con la imagen corporal. Así mismo se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables Restricción e Interiorización ($r=0.494$; $p=0.01$) por lo tanto se confirma que a mayor presencia de conductas restrictivas los hombres presentan mayor interiorización de factores psicosociales relacionados al desarrollo de TCA.

Para finalizar con el análisis de correlaciones al igual que sucedió en las demás tablas se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables Interiorización y Creencias, siendo esta la más alta reportada en esta submuestra ($r=0.566$; $p=0.01$) lo cual quiere decir que a mayor interiorización de una figura delgada mayor impacto de factores socioculturales.

Tabla 10. Matriz de Relación entre variables: Muestra Hombres						
VARIABLES	Grado de correlación					
	IMC-P	Influencia de la publicidad	Malestar con la Imagen corporal	Conducta Normal	Restricción	Interiorización
Insatisfacción	.420**				.406**	
Tiempos de Comida		.401**				
Restricción	.361**					
Interiorización			.389**		.494**	
Creencias						.566**
Verduras				.385**		

*Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.05

**Correlación significativa a un nivel de confianza de 0.01

11. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base a los resultados descritos anteriormente, es importante resaltar que la información obtenida proviene de una preparatoria privada, lo cual permite corroborar si en realidad son una población en riesgo ya que así lo refiere Díaz en un estudio realizado en el 2003, el cual señala que los TCA afectan principalmente a jóvenes entre 12 y 25 años; existen varias investigaciones en el país referentes a la distribución de estos trastornos y sus factores de riesgo, principalmente en púberes y adolescentes (Unikel *et al*, 2004, 2006; Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré 2004, 2005), pero aún no se ha realizado investigación en estudiantes de preparatorias privadas en el estado de Hidalgo, lo cual da mayor interés a este estudio.

En esta investigación los sujetos expresaron la clase social de la cual se sienten parte obteniendo un 47.8% para quienes refirieron ser de clase media alta y 46.6% a la clase media, siendo estos los valores más altos; lo cual indica que su estrato social les resulta cómodo, gozando así de privilegios, en donde les es fácil proveerse en cantidad y tipo de alimentos. Por el contrario en un estudio realizado por Jiménez (2007) en estudiantes de primer ingreso de una universidad pública de Pachuca, Hidalgo arrojó el valor más alto en la clase social media baja (69%).

En cuanto al IMC-P se encontró que el 72.2% de la muestra esta dentro de la normalidad, y aunque una proporción importante de esta cae en dicha categoría el 69% de los sujetos manifestó estar insatisfecho con su imagen corporal, externando preferencia por la delgadez (39%), datos similares a los reportados por Saucedo-Molina (2008) en púberes hidalguenses, en donde a pesar de que el 73% tiene un IMC-P normal, el 59% esta insatisfecho con su imagen corporal y de estos el 40% muestran tendencia preferente por la delgadez. Hecho que se confirma al realizar la asociación entre estas dos variables pues resulto ser estadísticamente significativa ($r=0.455$; $p=0.01$) lo cual nos indica que a mayor IMC-P hay mayor insatisfacción con la imagen corporal. En la muestra general también se reporta que el 18.2% de los

sujetos tienen sobrepeso y el 6.8% obesidad; en la comparación por sexos se registró mayor porcentaje de hombres con sobrepeso (20.2%) que de mujeres (16.3%), pero en la categoría de obesidad no sucedió así pues las mujeres reportaron mayor porcentaje (7.9%) que los hombres (5.5%). Estos valores son más altos que los que observados en las categorías de desnutrición y bajo peso (1.5% y 1.3%); lo cual confirma los hallazgos de anteriores investigaciones en donde se observa que a mayor IMC hay mayor insatisfacción con la imagen corporal (Saucedo-Molina, 2008). Referente a la comparación por sexos de esta variable el 72.9% de las mujeres y el 71.6% de los hombres tienen un IMC normal; sin embargo, el 53.8% de las mujeres y el 39% de los hombres muestran insatisfacción corporal con tendencia a la delgadez, estas cifras se invirtieron en la insatisfacción corporal por querer ser más robustos en donde el 24.7% de las mujeres y el 30% de los hombres manifestaron esta preferencia. Como era de esperarse en las mujeres fue más fuerte la asociación entre las variables IMC-P e insatisfacción con la imagen corporal que en los hombres ($r=0.513$, $p=0.01$ y $r=0.420$, $p=0.01$ respectivamente) con lo que se puede decir que es mayor la insatisfacción que sienten las mujeres que los hombres al tener un IMC mayor. Lo cual coincide con otras investigaciones en donde las mujeres desean estar más delgadas y los hombres más robustos (Acosta y Gómez, 2003), aunque el hecho de que los hombres prefieran esta imagen corporal, no es precisamente por engordar sino por querer un cuerpo más musculoso (mesomorfo) (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000, 2001; en Saucedo-Molina, 2008).

Otro dato es la asociación que se observó en la submuestra de hombres entre el IMC-P y restricción ($r=0.361$, $p=0.01$), lo que nos indica que a mayor IMC realizan más conductas restrictivas como dietas o ejercicio para tratar de bajar de peso, hecho que concuerda con el reporte de Saucedo-Molina (2005) el cual menciona que aunque el IMC no predice de manera directa esta conducta, si tiene efectos de peso sobre la influencia de la publicidad aumentando así la probabilidad de que el sujeto presente conductas restrictivas.

En relación a la influencia de la publicidad en la muestra total esta variable tiene asociación estadísticamente significativa con las variables restricción ($r=0.415$, $p=0.01$) e Interiorización ($r=0.408$, $p=0.01$), lo que nos indica que la influencia ejercida por los medios de comunicación provoca en los jóvenes el desarrollo de conductas restrictivas y que hayan interiorizado esta figura de delgadez tal como lo señala Saucedo y-Cantú (2001) quienes señalan que hay una relación directa entre la sensibilidad a la influencia sociocultural de la delgadez emitida por los medios de comunicación y la severidad de los problemas alimentarios. Al realizar la comparación por sexos de este factor y tomando en cuenta las categorías de respuesta “muchas veces” y “siempre” en las mujeres predominó esta influencia con un 17.6% contra un 3.4% de los hombres. Esta cifra fue mayor en las mujeres que la reportada por Saucedo-Molina (2008) en púberes hidalguenses, siendo solo del 15.4%; y los hombres reportaron un 6.4%.

Otras cifras fueron las obtenidas en las correlaciones en la muestra de mujeres, ya que el factor de influencia de la publicidad es el que más asociación tiene con otros factores, por ejemplo, influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal ($r=0.517$, $p=0.01$); influencia de la publicidad y restricción ($r=0.527$, $p=0.01$); influencia de la publicidad e interiorización ($r=0.507$, $p=0.01$) e influencia de la publicidad y creencias ($r=0.414$, $p=0.01$), lo cual nos indica que las mujeres están fuertemente influenciadas por la publicidad de la cultura de la delgadez promovida en los medios de comunicación por ello tienden a presentar otros factores de riesgo como dieta restringida, fuertemente relacionados con los TCA, lo cual coincide con los resultados reportados por Saucedo-Molina y Gómez (2004) en un modelo de púberes mexicanas en el que la variable influencia de la publicidad también presenta efectos directos y de peso sobre otras variables como dieta restringida, malestar con la imagen corporal, insatisfacción y percepción de la imagen corporal. En el caso de los hombres solo hubo asociación estadísticamente significativa entre la variable influencia de la publicidad y tiempos de comida ($r=0.401$; $p=0.01$) lo cual quiere decir que a mayor influencia de la publicidad los hombres realizan con mayor frecuencia

sus tiempos de comida, este hecho puede indicar que en los hombres la influencia de la publicidad no ejerce un efecto sobre otras variables asociadas a conductas de riesgo, ya que como lo señalan Saucedo-Molina y Gómez (2005) los tiempos de comida actúan como un factor protector en este grupo ya que si realizan sus tiempos de comida y además tienen conducta alimentaria normal tienden a sentirse satisfechos con su imagen corporal.

Otro factor que debe ser discutido es el malestar con la imagen corporal, en el que la cifra que presentan las mujeres supera por mucho a la de los hombres (31.4% y 10.1% respectivamente) lo que indica que ellas sienten más envidia por los cuerpos delgados de los modelos, artistas o deportistas que aparecen en anuncios de televisión o en desfiles de modas. Uno de los factores que contribuye a la aparición de este malestar es la influencia de la publicidad, ya que la relación entre ambos factores resultó fuerte y estadísticamente significativa ($r=0.421$; $p=0.01$), lo cual indica que a mayor influencia de la publicidad, mayor es el malestar con la imagen corporal. Dichos resultados coinciden con los reportados por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (2004) quienes mencionan que la influencia de la publicidad es fundamental para explicar el malestar con la imagen corporal, puesto que los anuncios y programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de revistas, televisión y radio; así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y el control de la obesidad, tienen influencia sobre la valoración de su imagen dando pie a un malestar con la propia.

De igual forma se encontró asociación entre el malestar de la imagen corporal y la variable de restricción ($r=0.430$, $p=0.01$); malestar con la imagen corporal e interiorización ($r=0.572$, $p=0.01$) y malestar con la imagen corporal y creencias ($r=0.382$, $p=0.01$) en la muestra total, así como también se encontró asociación entre estas mismas variables pero en la submuestra de mujeres ($r=0.499$, $p=0.01$; $r=0.626$, $p=0.01$ y $r=0.540$, $p=0.01$ respectivamente), en tanto que en los hombres solo hubo asociación entre el malestar con la imagen corporal e interiorización ($r=0.389$,

$p=0.01$), con lo que al igual que con la influencia de la publicidad podemos concluir que el malestar con la imagen corporal es una variable que tiene impacto sobre otros factores y sobre todo en las mujeres como lo señalan Saucedo-Molina y colaboradores (2008).

Continuando con el factor de conducta alimentaria normal, es claro apreciar que 51.5% de los sujetos “muchas veces” y 4.4% “siempre” realizan conductas alimentarias consideradas como normales tales como: llevar una dieta nutritiva, comer cosas saludables o que contengan fibra (como las verduras), mejorar sus hábitos alimentarios y cuidar lo que comen para no subir de peso; cifras que se encuentran muy por encima de las encontradas por Portillo (2007) en escuelas secundarias de Pachuca, Hidalgo, en las que solo el 23.1% de los sujetos “muchas veces” y 1.2% “siempre” las realizan; en tanto que en esta investigación solo 1.9% “nunca” y el 42.2% “pocas veces” las realiza lo cual representa un factor de riesgo; en la misma investigación de Portillo las cifras reportadas para dichas categorías son de 15.3% y 50.7% respectivamente.

En la comparación por sexos es mayor el porcentaje de hombres (51.1%) que el de mujeres (37.4%) que nunca presentan una conducta alimentaria normal, cifras muy por debajo que las reportadas por Jiménez (2007), ya que el 70% de los hombres y 61% de las mujeres nunca llevan a cabo conductas alimentarias normales. Dentro de esta variable se observó que en las mujeres hubo asociación entre los tiempos de comida ($r=0.332$, $p=0.01$) y el grupo de alimentos de verduras ($r=0.367$, $p=0.01$), en tanto que en los hombres solo se presentó asociación entre la conducta alimentaria normal y las verduras ($r=0.385$, $p=0.01$), lo cual significa que tanto mujeres como hombres asocian al consumo de verduras con una buena alimentación.

El último factor de esta sección del instrumento es el de tiempos de comida, en el que se encontró que 19.9% de los sujetos “nunca” o “pocas veces” realizan sus

tiempos de comida (desayuno, comida y cena), lo cual indica que pueden estar recurriendo a la eliminación de algún tiempo de comida con el propósito de controlar su peso; en un estudio realizado por Saucedo-Molina (2008) reportó que 29% de púberes hidalgüenses hombres y mujeres no efectúa regularmente sus tiempos de comida y omiten principalmente la cena.

En el cuestionario de actitudes hacia el cuerpo en cuanto a la interiorización de una figura delgada, exaltando a la esbeltez como la figura ideal perfecta el 15.5% de la muestra total a hecho suyo este ideal mientras que el 84.5% no. De igual manera se encontró que las mujeres en especial han interiorizado más este modelo estético de delgadez que los hombres (20.8% y 10% respectivamente), esto concuerda con lo encontrado por Saucedo-Molina (2001) en cuyos estudios las púberes han expresado un mayor deseo por ser delgadas y que la mayoría de ellas (80%) les disgusta que les diga “gordas”, pues incluso lo consideran un insulto; este hecho provoca que las mujeres traten de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales (Thomson y Stormer en Unikel-Santoncini, 2006). Estos resultados pueden explicar que la variable de interiorización mostró asociación estadísticamente significativa con la influencia de la publicidad ($r=0.507$, $p=0.01$) y con malestar con la imagen corporal ($r=0.626$, $p=0.01$) en el caso de las mujeres; y para los hombres hubo correlación entre interiorización y malestar con la imagen corporal ($r=0.389$, $p=0.01$) ya que debido a la influencia de la publicidad los sujetos han interiorizado una figura delgada provocando así malestar con su imagen corporal.

En cuanto al análisis de correlación entre interiorización y creencias tanto de la muestra total ($r=0.649$, $p=0.01$) como por sexos ($r=0.753$, $p=0.01$ en mujeres y $r=0.566$, $p=0.01$ en hombres) se encontró asociación estadísticamente significativa; ambas correspondientes al cuestionario de actitudes hacia el cuerpo, esto significa que a mayor interiorización de una figura delgada hay mayor impacto de aspectos socioculturales, lo cual concuerda con lo reportado por Saucedo y Cantú (2001)

quienes señalan que para los púberes mexicanos de ambos sexos es importante la influencia sociocultural, definida como los mensajes e imágenes acerca del peso, la figura y ser atractiva(o) emitida por los medios de comunicación, y que esta influencia es mayor para los sujetos de sexo femenino.

A continuación se analizó el cuestionario breve que evalúa las conductas alimentarias de riesgo, encontrándose que 4.1% de la muestra total presenta estas conductas mientras que el 95.9% no las presenta. En cuanto al análisis de las mujeres, el 6.1% de ellas presentan estas conductas, en tanto que los hombres solo las presentan 2.1%.

En el factor de medidas compensatorias de esta sección del instrumento el 1.2% de las mujeres y 0.8% de los hombres han referido usar pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso, estos resultados están por encima de los reportados en la ENSANUT (2006) en la que 0.2% hombres y 0.6% de las mujeres refirieron ingerir medicamentos para bajar de peso. En el factor de restricción estas cifras se elevan drásticamente tanto en hombres como en mujeres, 12.5% y 38.7% respectivamente, y de igual forma superan a las reportadas en la Encuesta de Salud y Nutrición, ya que solo el 2.5% hombres y 3.9% mujeres presentaron conductas restrictivas, lo que indica que los adolescentes presentan preocupación por engordar y han hecho dietas y ejercicio con la finalidad de bajar de peso. Y en el factor atracón-purga las cifras encontradas fueron de 0.8% para ambos sexos. Estas cifras confirman los hallazgos obtenidos por Unikel y colaboradores (2006) quienes indican que las mujeres son las que se preocupan más por el peso y la comida y es más frecuentemente en ellas el seguimiento de dietas y la práctica de ayunos (4.1% y 5.2% respectivamente) en comparación con el 0.9% en ambos factores reportado por los hombres. Estos datos responden a la hipótesis de que hay mayor prevalencia de factores de riesgo en mujeres que en hombres.

Continuando con el análisis por sexo y por factores se encontró que el 0.8% tanto de hombres como de mujeres presentan episodios de ingesta de comida excesiva o han perdido el control sobre lo que comen y/o han vomitado después de comer o hecho ayunos para tratar de bajar de peso. En tanto que la ENSANUT indica que el 14.8% de los hombres y 21.9% de las mujeres han perdido el control para comer.

También se encontró que hay una relación estadísticamente significativa entre las variables insatisfacción con la imagen corporal y restricción ($r=0.437$, $p=0.01$) en la muestra total, lo cual indica que a mayor insatisfacción hay más conductas restrictivas; y las mujeres presentaron asociación significativa entre el factor atracón-purga y creencias ($r=0.305$, $p=0.01$) lo cual indica que ellas son más susceptibles a perder el control de lo que comen, vomitar después de comer o hacer ejercicio con la finalidad de bajar de peso cuando tienen influencia de factores socioculturales.

Continuando con el factor de restricción, igualmente reporto asociaciones estadísticamente significativas tanto en la muestra total como en la comparación por sexos en donde se observaron algunas similitudes importantes; hubo asociación entre restricción e interiorización en la muestra total ($r=0.590$, $p=0.01$) y restricción y creencias ($r=0.303$, $p=0.01$); en las mujeres se encontró correlación entre la restricción y la insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.358$, $p=0.01$); restricción e interiorización ($r=0.597$, $p=0.01$) y restricción y creencias ($r=0.417$, $p=0.01$), en tanto que en los hombres reportó asociación entre restricción e insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.406$, $p=0.01$) y restricción e interiorización ($r=0.494$, $p=0.01$). Aquí nuevamente podemos apreciar el impacto que tiene la variable restricción en otros factores y sobre todo en la submuestra de las mujeres, datos similares a los reportados en dos estudios realizados por Saucedo-Molina y Gómez (2004 y 2005) en púberes mexicanas y varones mexicanos quienes señalan que la dieta restringida esta asociada a diferentes factores que son puertas de entrada a los TCA.

Otro de los objetivos de esta investigación fue identificar si existe relación entre los factores de riesgo para TCA e indicadores dietéticos en base a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

En cuanto a los grupos de alimentos de leches, cereales, frutas, verduras y leguminosas las cifras reportadas son muy similares, ya que los datos encontrados en el consumo diario son muy bajos, y la mayoría reportó consumir los grupos de alimentos ya mencionados solo una vez a la quincena tanto en la muestra total como en la comparación por sexos. Esto indica que los sujetos tienen una dieta baja en hidratos de carbono, nutrimento del cual principalmente se obtienen el mayor aporte de energía, así como también es baja en fibra, vitaminas y nutrimentos inorgánicos en la dieta; esto concuerda con los resultados obtenidos en un estudio realizado en España en donde tanto hombres como mujeres evitan comer alimentos como harinas y pastas (Patton *et al.*, 1990 en García, 2007), ya que los consideran alimentos engordadores.

En lo referente al grupo de pescados y mariscos, el mayor porcentaje se obtuvo en la categoría de consumo de una vez al mes, en los grupos de carnes, quesos, aceites y grasa y azúcares el mayor porcentaje reportado fue en la categoría de una vez a la quincena y nadie reportó consumirlos diario. Aunque los hombres obtuvieron mayor porcentaje que las mujeres en el grupo de carnes, quizás debido a que el aporte de proteínas está relacionado a un incremento de la masa muscular (García, 2007), de manera interesante no hubo correlaciones con este grupo de alimentos esperadas.

Otro dato interesante es la correlación negativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y el grupo de carnes ($r=-0.303$, $p=0.01$) en la muestra total es decir que a mayor insatisfacción con la imagen, menor es el consumo de este grupo de alimentos puesto que asocian su consumo a un incremento de peso. Por otro lado en la submuestra de las mujeres también se reportó una asociación negativa entre el

IMC-P y el grupo de azúcares ($r=-0.313$, $p=0.01$) lo cual indica que la relación es inversa entre estas variables y por tanto se privan del consumo de este grupo de alimentos cuando su IMC-P es mayor comprobándose que existe una relación entre el IMC y el consumo de alimentos (García 2007).

12.CONCLUSIONES

Como ya se mencionó los TCA tienen consecuencias graves para la salud de los individuos, por lo que cualquier investigación referente a ellos es de gran importancia para conocer mejor su comportamiento y así se puedan desarrollar programas de detección temprana de los factores de riesgo que pueden conducir a ellos y sobre todo que sean dirigidos a poblaciones consideradas de riesgo.

Se concluye con este estudio que están presentes factores de riesgo asociados a TCA en estudiantes de preparatoria, siendo los principales:

- Insatisfacción con la imagen corporal
- Influencia de la publicidad
- Malestar con la imagen corporal
- Atracón-purga
- Restricción
- Interiorización
- Creencias

Esto debido a que se trata de una población en riesgo sobre todo por la edad de los sujetos pues se encuentran en una etapa de cambios importantes y esto los hace susceptibles a la influencia de la publicidad y de factores socioculturales relacionados con la cultura de la delgadez.

Todas las asociaciones entre el IMC-P fueron realizadas con las categorías de sobre peso y obesidad, en el caso de las categorías de bajo peso y desnutrición la muestra fue muy pequeña por lo que no fue posible obtener valores significativos.

También fue claro observar la relación que existe entre los factores de riesgo y el IMC-P, por lo que se concluye que a mayor IMC hay mayor influencia de la

publicidad, mayor malestar con la imagen corporal, mayor seguimiento de conductas restrictivas y mayor insatisfacción con la imagen corporal; y esto predominó en el sexo femenino.

Otro hallazgo fue que los sujetos pocas veces y nunca presentan una conducta alimentaria normal, y nunca realizan sus tiempos de comida lo cual puede explicar el alto porcentaje de la muestra que realiza dieta restringida, pues como del describió Saucedo-Molina (2003) ambos factores (conducta alimentara normal y tiempo de comida) actúan como protectores para esta conducta de riesgo.

La insatisfacción con la imagen corporal como ya se mencionó también está presente, por lo que se puede confirmar lo descrito en otras investigaciones (Toro, Cervera y Pérez, 1988; Toro y Salamero, 1996; Saucedo-Molina, 2006), en donde la insatisfacción con la imagen corporal representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de TCA, trayendo como consecuencia la practica de conductas inadecuadas como la restricción de alimentos para lograr el cuerpo ideal.

Por otro lado, los resultados arrojaron que el 15.5% de la población es susceptible de factores socioculturales referentes al ideal de delgadez y al estereotipo que esta ha creado de éxito y belleza en la sociedad actual y en mayor proporción el sexo femenino nuevamente sigue siendo más vulnerable en comparación con el masculino así como sucede con otros factores de riesgo.

Todo lo descrito anteriormente puede ser la explicación de las significativas asociaciones que presentan variables como el IMC-P, insatisfacción con la imagen corporal, influencia de la publicidad, conducta alimentaria normal, tiempos de comida, malestar con la imagen corporal, restricción, interiorización y creencias. Ya que la presencia o influencia de algún factor de riesgo

desencadena el desarrollo de otro y este a su vez provoca la aparición de otro y así sucesivamente, creando un círculo vicioso del cual es difícil salir.

Así mismo, se confirmó la relación entre el IMC-P e insatisfacción con la imagen corporal y los indicadores dietéticos, ya que porcentajes muy pequeños de la muestra refirieron consumir algunos de los grupos de alimentos diariamente, por lo que se puede concluir que a pesar de la accesibilidad que tienen los sujetos a gran variedad de alimentos debido a la posición económica desahogada a la que pertenecen, su dieta es inadecuada tanto en variedad como en cantidad de alimentos pues la mayoría de los sujetos solo acostumbran consumirlos una vez a la quincena o una vez al mes.

Al relacionar los diferentes grupos de alimentos con los demás factores del instrumento solo el grupo de carnes presento asociación inversa pero estadísticamente significativa con la variable de insatisfacción con la imagen corporal lo cual explica el escaso o casi nulo consumo diario de estos alimentos en la dieta, esto en la muestra total; en el caso de las mujeres también se encontró relación inversamente significativa entre el IMC-P y el grupo de azúcares lo cual concuerda con las cifras encontradas en el análisis de frecuencia de consumo donde es casi nulo el consumo de estos productos frecuentemente sobre todo por que estos se relacionan con un aumento de peso al consumirlos y como ya mencionó son ellas las que mayor preocupación muestran por el peso y la comida. Sin embargo también se observó en las mujeres que mientras más normal sea su conducta alimentaria mayor es el consumo de verduras; asociación que de igual forma se presento en los varones. Por lo que podemos concluir que a mayor IMC e insatisfacción con la imagen corporal mayor es la modificación en los indicadores dietéticos y específicamente los grupos de alimentos de carnes y azúcares pues su consumo esta asociado a erróneas ideas sobre el aumento de peso.

Para finalizar es importante resaltar que si se encontró la presencia de factores de riesgo para TCA y que están relacionados con el IMC, esto no precisamente indica que los jóvenes tengan un problema alimentario, sin embargo este hecho si aumenta la susceptibilidad de ellos a desarrollar algún trastorno; además se identificó un patrón de alimentación deficiente, poco equilibrado y con escasa variedad en alimentos, por lo que sería conveniente realizar programas sobre educación en nutrición para disminuir las erróneas ideas acerca del consumo de ciertos alimentos y así evitar problemas relacionados a una mala nutrición. Otro punto importante sería enfatizar la estrecha relación que existe entre la nutrición y la salud de las personas, para que no realicen prácticas inadecuadas que incluso puedan poner en riesgo su vida.

SUGERENCIAS

Conviene enfatizar que el estudio realizado se llevó a cabo en una institución privada por lo que sería importante hacer una investigación con el mismo enfoque pero en una institución pública y así poder hacer un comparativo entre ambos estudios; así como retomar los hallazgos encontrados para realizar programas educativos relacionados con la nutrición y factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria enfocados especialmente en este grupo etario.

13. REFERENCIAS

- Acosta, M. y Gómez, G. 2003. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *IJCHP*. 3(001):9-21.
- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G., y Pineda, G. 2005. Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *Intern Jour Psych Psychol Ther*. 5(003):223-232.
- Aguinaga, M., Fernández, L. y Varo, J. 2000. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 23(2):279-292.
- Asociación Psiquiátrica Americana, DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). 2002. Versión española de la cuarta edición. Masson, S. A. Barcelona. pp:553-564.
- Ávila, RH. Y Tejero, BE. 2001. Evaluación del Estado de Nutrición. En *Nutriología Médica*. Casanueva, Sauffer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (eds). Editorial Médica Panamericana, México, D. F. pp:593-672.
- Becker, AE., Burwell, RA., Navara, K y Gilman, SE. 2003. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: the view from Fiji. *Int J Eating Disord*. 53:963-974.
- Bhaji, S. y Mattingly, D. 1988. Medical aspects of anorexia nervosa. London: Wright.
- Bourges-Rodríguez, H. 2001. Los alimentos y la dieta. En: *Nutriología Médica*. Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (eds). Editorial Médica Panamericana, México, D. F. pp:470-513.
- Bundell, JE. 1991. The Biology of Appetite. *Clinical Applied Nutrition*. 1:21-31.
- Casanueva, E., Morales, M. 2001. Nutrición del adolescente. En: *Nutriología Médica*. Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (eds). Editorial Médica Panamericana, México, D. F. pp:85-101.
- Cash, TF. y Pruzinsky, T. 1990. Body images: development, deviance and change. Nueva York: Guilford.
- Cash, TF. y Deagle, E. 1995. The nature and extent of body –image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta- analysis. Manuscript submitted for publication.

Cash, TF. y Henry, PE. 1995. Womens body images: the result of a national survey in the U. S. A. *Sexs Roles*. 33:19-28.

Chinchilla, A. 2003. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa:revisión histórica. En: *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Masson, Barcelona, España. pp: 1-13.

Comisión de Derechos humanos del Distrito Federal (2007). ¿Qué es el Género? Disponible en: http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg_cuart

Davies, E. y Furnham, A. 1986. Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*. 59: 279-287.

Díaz, BM., Rodríguez, MF., Martín, LC., Hiruela, RM. 2003. Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención primaria a la salud*. 32(7): 403-409.

Elaine, B. y Feldman, MD. 1990. Historia Dietética. En: *Principios de Nutrición Clínica*. Ed. Manual Moderno, México. pp:68-77.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Escamilla, TT. 2006. *Distribución de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en Púberes Mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp: 4-71.

Escobar, A. 2004. *Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México*. Tesis de Maestría en Ciencias. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.

García, RA. 2007. *Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp:49-50.

García-Camba, E. 2002. Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad*. Masson, Barcelona, España. pp: 3-26.

Gómez, G. 1993. Variables congnotivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Revista mexicana de Psicología*. 3:95-112.

Gómez Pérez-Mitré, G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14: 31-40.

Gómez Pérez-Mitré, G. 1999. Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1): 153-165.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, AE. 1998. ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso?. *Revista Iberoamericana*. 6:37-46.

Gómez Pérez-Mitré, G. 2000. Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. Prevención primaria de factores de riesgo de trastornos alimentarios. IN-305599 (PAPIT) UNAM, 34507-H (CONACyT, México).

Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, AM., Jáuregui, J., Tafoya, SA. Y Unikel, C. 2000. Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. *Psicología Contemporánea*. 7: 4-15.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo-Molina, T. y Unikel, SC. 2001. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En: *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. Calleja, N y Gómez-Peresmitré (comp). México: Fondo de Cultura Económica. pp: 267-315.

González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. 2002. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología Chile*. 11(1):91-115.

Grifits, R., Beumont, J., Russell, J., Schotte, D., Thomtom, C., Touyz, S. y Varano, P. 1999. Sociocultural attitudes toward appearance in dieting disordered and non dieting disordered subjects. *European Eating Disorders Review*. 7(3):193-203.

Halmi, DB., Ecker, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. 1991. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 48:712-718.

Hu, FB., Rinn, E., Smith_Warner, SA., Feskanich, D., Stampfer, MJ., Ascherio, A., Sampson, L. y Willer, WC. 1999. Reproducibility and validity of dietary patterns assessed with a food frequency questionnaire. *American Journal of Clinic Nutrition*. 69:243-249.

Huon, GF. 1996. Health promotion and prevention of dieting-induced disorder. *Eating Disorder*. 4(1):27-32.

Huon, GF. Y Strong, G. 1998. The initiation and the maintenance of dieting: Structural Models for Large-scales longitudinal investigations. *Int J Eating Disord.* 23:361-369.

Jiménez, BR. 2007. *Distribución de la conductas alimentarias de riesgo y su relación con el IMC en estudiantes del primer ingreso del I.C.Sa. de la UAEH en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.* Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp:18-22.

Kathleen, L., Escott-Stump, S. 1998. Control ponderal y trastornos del consumo de alimentos. En: *Nutrición y dietoterapia de Krause.* 9 ed. MacGraw-Hill. México, D.F. pp:463-498.

Krauskopf, D. 1994. *Adolescencia y educación.* Segunda Edición]; San José, Editorial EUNED.

Leal, L., Weise, M. y Dood, D. 1995. The relationship between genders, symptoms of bulimia, and for stress. *Addictive Behaviour.* 20:105-109.

Ley General de Salud en material de investigación para la salud, 1984.

Littlton, LH. y Ollendick, T. 2003. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review Clinical Chile and Family Psychology.* 6(1):51-66.

López, JM. Y Sallés, N. 2005. Construcción actual del modelo estético. En: *Prevención de la Anorexia y la Bulimia.* López, JM. Y Sallés, N. Editorial Naullibres. Pp:73-103.

Lora, C. 2003. *Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres adultas de la Ciudad de México.* Tesis para obtener el grado de: Licenciado en Nutrición. México D. F. Escuela de Dietética y Nutrición.

Lucena, CN. 2003. *Diccionario Enciclopédico: El pequeño Larousse Ilustrado.* SEP/Ediciones Larousse. (ed). Lucena, C.N. y cols. México D.F. pp: 252.

Madrigal-Fritsch H.; Irala-Estévez, J.; Martínez-González, MA.; Kearney, J.; Gibney, M. y Martínez-Hernández, JA. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Méx.* 41(6); 479-486.

Mancilla, JM., Alvarez, G., López, X., Mercado, L, Manríquez, E. y Román, M. 1998. Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicol Ciencia Soc.* 2:34-58.

Mancilla, DJM., Gómez-Peresmitré, G., Rayon, AG., Franco, PK., Vázquez, AR., López, AX., y Acosta, GMU. 2006. Trastornos del Comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Mancilla, DJM. Editorial Manual Moderno. México. pp:123-167.

Marshall, W. y Tanner, J. 1986. Puberty. En: *Faulker, Tanner. Human growth : a comprehensive treatise*. 2a. ed. Plenum Press, EUA. Pp:171-176.

Martínez, ME., Toro, J. y Salamero, M. 1996. Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 23(5): 125-133.

Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Blanco, J., Fleiz, C. et. al. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26:1-16.

Mel, Z., Grummer-Strawn, LM., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, MI. y Dietz, WH. 2002. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*. pp:(7)597-985.

Morales, E. 1971. Aplicación de los principios de la metodología operante, en un caso de anorexia. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, México.

Morales, de la RJ. 2002. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. UANL. 3(3).

Morandé, G. 199. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, trastornos por hacer dieta. Anorexia y Bulimia nervosa. *Psyche*. 8(2):31-42.

National Center for Health Statics. CDS Growth Charts: United States. 2000. Dirección: <http://www.cdc.gov/nchs>: Fecha de consulta: 05/03/2008.

Norma Oficial para la atención a la salud de la adolescencia. (2006). *Acta Pediátrica*. 27(3); 121-123.

Papalia, DE. y Wendkos, OS. 1997. Desarrollo Físico e intelectual durante la adolescencia. En: *Desarrollo humano*. Papalia, DE. y Wendkos, OS. Sexta edición, Editorial Mc Graw Hill. pp 359-361.

Patton, CG., Johnson-Sabine, E., Word, K., Mann, AH., Wakeling, A. 1990. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls. A prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*. 20: 383-394.

Patton, CG., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, JB., y Wolfe, R. 1999. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 318:765-768.

Peláez, ML., Torre, P. y Ysunza, OA. 1993. Procedimiento para la toma de medidas antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" (INNSZ), Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC). (ed) Peláez, M.L., Torre, P., Ysunza, O.A. México D.F. pp: 29-39.

Portillo, NI. 2007. *Distribución de factores de riesgo relacionados con Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de púberes hombres de 11 a 15 años, de escuelas secundarias pertenecientes a la ciudad de Pachuca, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp: 27-45.

Rieder, M. y Ruderman, A. 2001. Cognitive factors associated with binge and purge eating behaviors: The interaction of body dissatisfaction and body image importance. *Cognitive Therapy Research*. 25(6):801-812.

Ritter, M. 1998. Mothers, daughters, culture and criticism. An examination of eating problems in adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: The Science and Engineering*. 58 (9-B); 5138.

Rodríguez, C., Fernández, B., Lalaguna, B., González, R., y González-Pinto, A. 2001. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. (4):2-8.

Salinas, GT. 2003. *Nociones de Psicología*. Lima (Per). Ed. Adunk SRL.

Saucedo-Molina, T. y Gómez-Peresmitré, G. 1998. Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. *Salud Pública de México*. 40(5):392-397.

Saucedo-Molina, T. 1999. Nutrición y alimentación en el Adolescente. En: *Alimentación en el primer año: nutrición y alimentación del preescolar; del escolar; del adolescente*. pp: 55-75.

Saucedo-Molina, T. y Cantú, N. 2001. Trastornos de la conducta alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *La Psicología Social en México*. 9: 129-134.

Saucedo-Molina, T. 2003. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Saucedo-Molina, T. y Gómez Pérez-Mitré, G. 2004. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 31(2): 69-74.

Saucedo-Molina, T., Escamilla, T., Portillo, I., Peña, A. y Calderón, Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*. 60(3): 231-240.

Thompson, JK. 1990. *Body images disturbance: Assesment and treatment*. Elmsford, N. Y.: Pergamon.

Toro, J. y Vilardel, E. 1987. Anorexia Nerviosa. *Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud*. Salud 2000. Martínez Roca. Barcelona.

Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. 1988. Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Epidemiology*. 23: 132-135.

Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. 1994. Assessment of sociocultural influences on the stetics body shape model in anorexia nervosa. *Acta phychical scan*. 89: 147-151.

Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Fleiz,BC., Alcanzar, ME. y Hernández, RS. 2000. Conductas alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. Datos de la Población Infantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. 52(2): 140-147.

Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J., y Fleiz, C. 2002. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 25(002):49-57.

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. y Carreño-García, S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*. 46(6):509-515.

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., y Medina- Mora Icaza, M. 2006. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Re. Invest Clín*. 58(1):15-27.

Unikel, C., Juárez, F. y Gómez, G. 2006. Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Mexican Female Students and Patients With Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 14:430-435.

Whitehouse, A., Cooper, J., Vize, C., Hill, C., Vogel, L. 1992. Prevalence of eating disorder en three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*. 42:57-60.

Wonderlich, SA., de Zwaan, M., Mitchell, JE., Peterson, C. y Crow, S. 2003. Psychological and dietary treatments of binge-eating disorder: conceptual implication. *Int J Eat Disord.* **S34**: S58-73.

Zaragoza, C. J. 2008. *Asociación entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de una institución privada de Pachuca Hidalgo.* Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp: 12-13.

ANEXOS

Instrumento completo en su versión para hombres y mujeres

P: _____
T: _____

No. Folio _____

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

A lo largo del instrumento notarás que se abarcan diferentes áreas de la salud, y resaltamos el hecho de que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues lo que más nos interesa es tu propia experiencia.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Te garantizamos que toda la información que nos des es **CONFIDENCIAL.**

GRACIAS

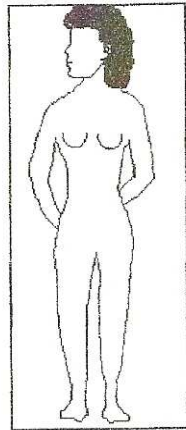
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Núm. de Matrícula:	Grado escolar:
1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	
2. ¿Colonia y municipio en donde vives?	
3. Peso actual: _____ Kilos	
4. Altura/Talla _____ centímetros	
5. Estado civil de tus padres:	
() Casados () Separados () Viudo/a () Solteros Otro _____	
6. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	
7. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?	
8. ¿Con quien vives?	
() Padres () Sola () Pareja () Amigos () Otros familiares Otro _____	
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?	
10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?	
11. ¿A qué clase social consideras que perteneces? :	
() Alta () Media-alta () Media () Media-baja () Baja () Pobre	
12. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual?	

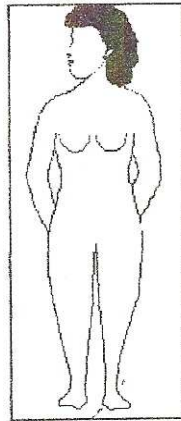
En la siguiente sección, marca con una (X) aquella opción, sólo una por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas "buenas" o "malas"

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Envidia en cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas				
2. Acostumbro comer				
3. Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.				
4. Cuido que mi dieta sea nutritiva.				
5. Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.				
6. Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena)				
7. Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión				
8. Procuero comer verduras.				
9. Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Dulce María o Madoña				
10. Acostumbro cenar o merendar				
11. Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas				
12. Como lo que es bueno para mi salud.				
13. Te molesta que te digan que estas llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma				
14. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.				
15. Me llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar				
16. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios				
17. Acostumbro desayunar				
18. Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad				
19. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.				
20. Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura				
21. Como con moderación.				
22. Envidia el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa				

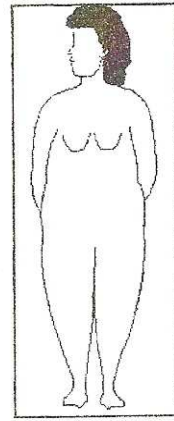
22. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



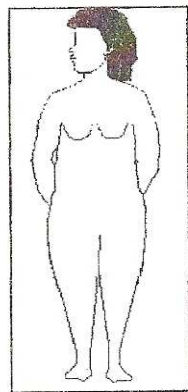
(A)



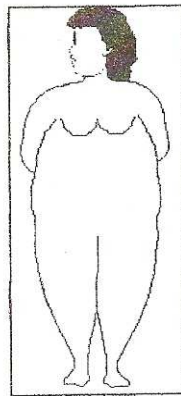
(B)



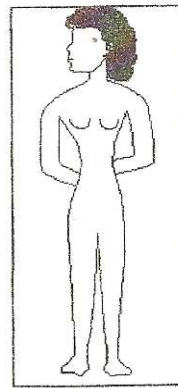
(C)



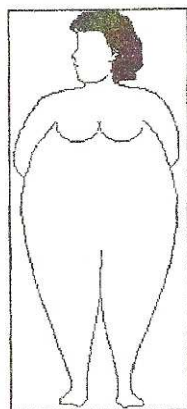
(D)



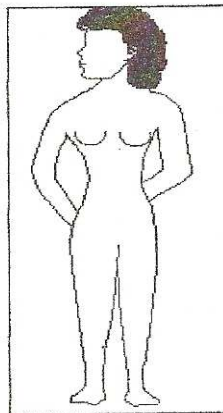
(E)



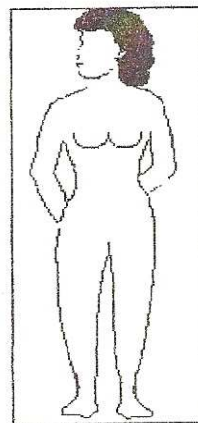
(F)



(G)



(H)

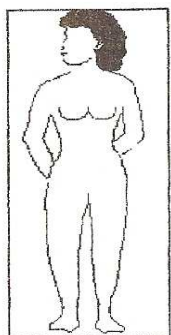


(I)

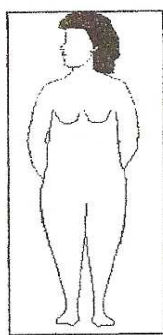
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. ó más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual(es)				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)				
11	Las mujeres delgadas son más femeninas				
12	Me deprime sentirme gorda				
13	Estar delgada es un logro muy importante para mí				
14	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
15	El peso corporal es importante para ser aceptada				
16	El peso corporal es importante para sentirme bien				
17	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
18	Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy				
19	Estar gorda es sinónimo de imperfección				
20	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa				
21	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan				
22	Las mujeres gordas son menos femeninas				
23	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
24	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
25	Cuando estoy delgada me siento en control				

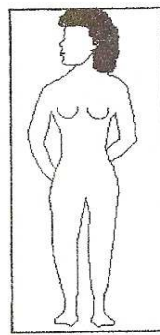
26. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más te gustaría tener.



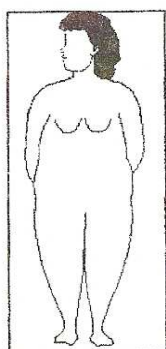
(A)



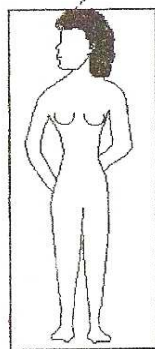
(B)



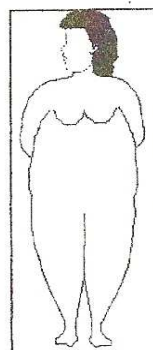
(C)



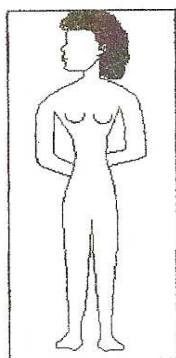
(D)



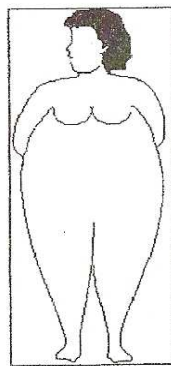
(E)



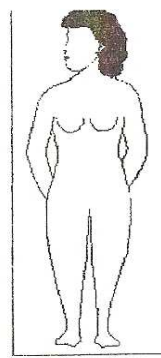
(F)



(G)



(H)



(I)

Ésta es la última sección del cuestionario y trata sobre la frecuencia con la que consumes determinados alimentos. No hay respuestas ni buenas ni malas, solamente te pedimos que seas muy honesta al contestar marcando con una (X) la opción que más refleje tu consumo actual.

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Acelga							
Betabel							
Brócoli							
Amaranto							
Arroz							
Avena o Granola							
Aceite							
Crema							
Mantequilla							
Durazno							
Guayaba							
Naranja							
Galletas dulces							
Pan Dulce							
Pays o Pasteles							
Atún							
Bistec de Res							
Frijoles							
Camarón							
Leche entera/Yogurt Natural							
Leche descremada/Yogurt Light							
Leche semidescremada							
Calabacita							
Cebolla							
Col							
Bollo para hamburguesa							
Elote							
Galletas saladas							
Leche Condensada							
Mermelada de fruta							
Miel de abeja							
Higo							
Mandarina							
Mango							
Papas fritas							
Tamal							
Lentejas							
Visceras(hígado, corazón, riñones)							
Mojarra							
Ostiones							
Coliflor							
Champiñón							
Chayote							
Cereal de caja sin azúcar							
Cereal de caja azucarado							
Hot Cake							
Manzana							
Cacahuete							
Almendra							

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Nuez							
Melón							
Papaya							
Pavo							
Pollo							
Requesón							
Chicharo							
Flor de calabaza							
Jícama							
Palomitas							
Bolillo o Telera							
Pan de caja							
Chorizo							
Trucha							
Barbacoa							
Lechuga							
Cecina							
Jitomate							
Nopal							
Papa cocida							
Tortilla de maíz							
Tortilla de harina							
Conejo							
Jamón							
Cerdo							
Quelites							
Rábano							
Romerito							
Cajeta							
Chocolate en Polvo							
Gelatina							
Pera							
Piña							
Plátano							
Pulpa de res							
Queso fresco							
Queso panela							
Zanahoria							
Tomate verde							
Pepino							
Hamburguesa preparada							
Huevo							
Morongua							
Ejote							
Queso Oaxaca							
Uva							
Garbanzo							
Toronja							
Tuna							
Sesos							
Sierra							
Chicharrón							
Sandía							
Ciruella							
Mamey							

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Pollo rostizado							
Queso amarillo							
Leche azucarada							
Yogurt con fruta							
Queso manchego							
Queso de puerco							
Salchicha							
Queso chihuahua							
Cajeta							
Pancita							
Pescado Blanco							
Pulpa de cerdo							
Manteca							
Margarina							
Mayonesa							
Refresco							
Salsa Catsup							
Chocolate en barra							

P: _____
T: _____

No. Folio _____

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XY (P)**

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

A lo largo del instrumento notarás que se abarcan diferentes áreas de la salud, y resaltamos el hecho de que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues lo que más nos interesa es tu propia experiencia.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Te garantizamos que la información que nos des es **CONFIDENCIAL**.

GRACIAS

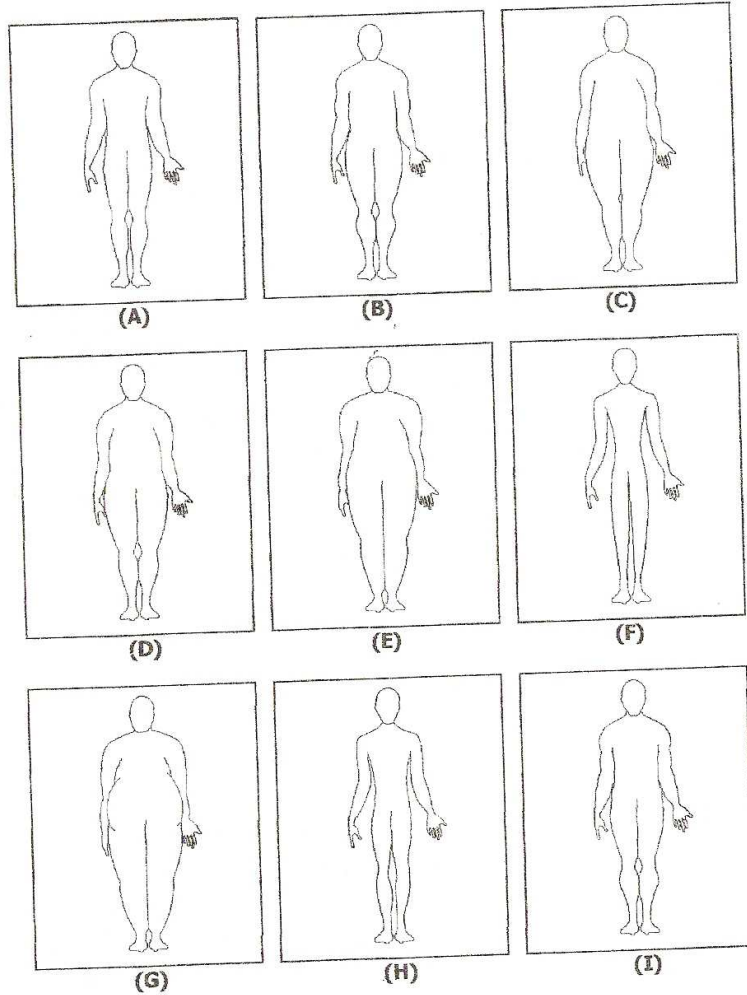
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Núm. de Matrícula:	Grado escolar:
1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	
2. ¿Colonia y municipio en donde vives?	
3. Peso actual: _____ Kilos	
4. Altura/Talla _____ centímetros	
5. Estado civil de tus padres:	
() Casados () Separados () Viudo/a () Solteros Otro _____	
6. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	
7. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?	
8. ¿Con quien vives?	
() Padres () Sola () Pareja () Amigos () Otros familiares Otro _____	
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?	
10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?	
11. ¿A qué clase social consideras que perteneces? :	
() Alta () Media-alta () Media () Media-baja () Baja () Pobre	
12. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual?	

En la siguiente sección, marca con una (X) aquella opción, solo una por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas "buenas" ni "malas".

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Envidia en cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas				
2. Acostumbro comer				
3. Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.				
4. Cuido que mi dieta sea nutritiva.				
5. Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.				
6. Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena)				
7. Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión				
8. Procuro comer verduras.				
9. Me gustaría tener el cuerpo de Rafa Márquez, Latin Lover o Brad Pit				
10. Acostumbro cenar o merendar				
11. Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas				
12. Como lo que es bueno para mi salud.				
13. Lllaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso				
14. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.				
15. Me llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar				
16. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios				
17. Envidia el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa				
18. Acostumbro desayunar				
19. Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad				
20. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.				
21. Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura				

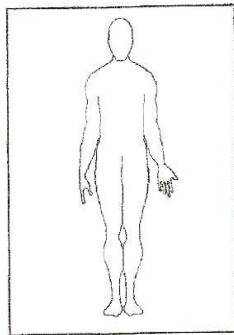
22. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



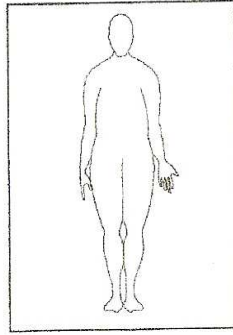
En los últimos 3 meses (marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual(es)				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)				
11	Las mujeres delgadas son más femeninas				
12	Me deprime sentirme gordo				
13	Estar delgado es un logro muy importante para mí				
14	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
15	El peso corporal es importante para ser aceptado				
16	El peso corporal es importante para sentirme bien				
17	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
18	Me siento gordo aunque los demás me digan que no lo estoy				
19	Estar gordo es sinónimo de imperfección				
20	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valioso				
21	Cuando estas gordo las mujeres no se te acercan				
22	Las mujeres gordas son menos femeninas				
23	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
24	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
25	Cuando estoy delgado me siento en control				

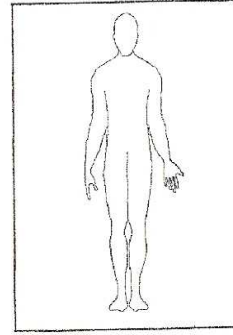
26. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con (X) aquella que más te gustaría tener.



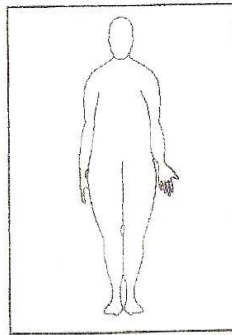
(A)



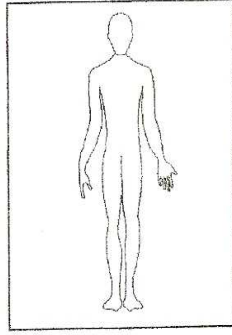
(B)



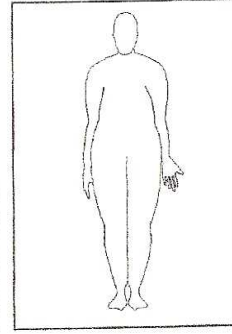
(C)



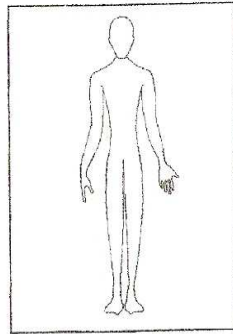
(D)



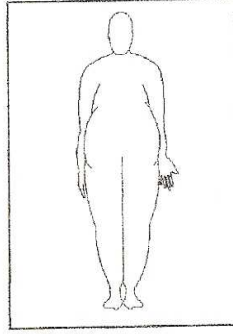
(E)



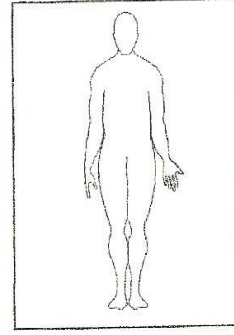
(F)



(G)



(H)



(I)

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Nuez							
Melón							
Papaya							
Pavo							
Pollo							
Requesón							
Chicharo							
Flor de calabaza							
Jícama							
Palomitas							
Bolillo o Telera							
Pan de caja							
Chorizo							
Trucha							
Barbacoa							
Lechuga							
Cecina							
Jitomate							
Nopal							
Papa cocida							
Tortilla de maíz							
Tortilla de harina							
Conejo							
Jamón							
Cerdo							
Quelites							
Rábano							
Romerito							
Cajeta							
Chocolate en Polvo							
Gelatina							
Pera							
Piña							
Plátano							
Pulpa de res							
Queso fresco							
Queso panela							
Zanahoria							
Tomate verde							
Pepino							
Hamburguesa preparada							
Huevo							
Morongá							
Ejote							
Queso Oaxaca							
Uva							
Garbanzo							
Toronja							
Tuna							
Sesos							
Sierra							
Chicharrón							
Sandía							
Ciruela							
Mamey							

Ésta es la última sección del cuestionario y trata sobre la frecuencia con la que consumes determinados alimentos. No hay respuestas ni buenas ni malas, solamente te pedimos que seas muy honesta al contestar marcando con una (X) la opción que más refleje tu consumo actual.

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Acelga							
Betabel							
Brócoli							
Amaranto							
Arroz							
Avena o Granola							
Aceite							
Crema							
Mantequilla							
Durazno							
Guayaba							
Naranja							
Galletas dulces							
Pan Dulce							
Pays o Pasteles							
Atún							
Bistec de Res							
Frijoles							
Camarón							
Leche entera/Yogurt Natural							
Leche descremada/Yogurt Light							
Leche semidescremada							
Calabacita							
Cebolla							
Col							
Bollo para hamburguesa							
Elote							
Galletas saladas							
Leche Condensada							
Mermelada de fruta							
Miel de abeja							
Higo							
Mandarina							
Mango							
Papas fritas							
Tamal							
Lentejas							
Visceras(hígado, corazón, riñones)							
Mojarra							
Ostiones							
Coliflor							
Champiñón							
Chayote							
Cereal de caja sin azúcar							
Cereal de caja azucarado							
Hot Cake							
Manzana							
Cacahuete							
Almendra							

Alimento	Nunca	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces x semana	4-6 veces x semana	Diario
Pollo rostizado							
Queso amarillo							
Leche azucarada							
Yogurt con fruta							
Queso manchego							
Queso de puerco							
Salchicha							
Queso chihuahua							
Cajeta							
Pancita							
Pescado Blanco							
Pulpa de cerdo							
Manteca							
Margarina							
Mayonesa							
Refresco							
Salsa Catsup							
Chocolate en barra							