



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ENTRE ALUMNAS DE
UNA ESCUELA PREPARATORIA PRIVADA Y UNA PREPARATORIA
PÚBLICA EN PACHUCA DE SOTO, HIDALGO**

TESIS

Licenciatura en Nutrición

P R E S E N T A

P.L.N. Cintia Reyes Hernández

No. cuenta: 174116

Bajo la Dirección de:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Profesor investigador



Pachuca de Soto, Hidalgo., septiembre de 2012.

ABREVIATURAS

AN: Anorexia nervosa.

APA: Asociación Psiquiátrica Americana, por sus siglas en Inglés, *American Psychiatric Association*.

APA: Asociación Americana de Psicología, por sus siglas en Inglés, *American Psychological Association*

BN: Bulimia nervosa.

CAR: Conductas alimentarias de riesgo.

CBCAR: Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

FRATAP: Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes.

IMC: Índice de masa corporal.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria.

TANE: Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 LA ALIMENTACIÓN.....	3
2.2 HÁBITOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA.....	3
2.3 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR).....	4
2.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).	4
2.4.1 ANOREXIA NERVOSA (AN).	5
2.4.2 BULIMIA NERVOSA (BN).	5
2.4.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TANE).....	7
2.5 ETIOLOGÍA DE LOS TCA.....	8
2.6 FACTORES DE RIESGO.....	8
2.6.1 FACTORES PSICOLÓGICOS.....	9
2.6.2 FACTORES FAMILIARES.....	9
2.6.3 FACTORES SOCIOCULTURALES.....	9
2.6.4 LA ADOLESCENCIA.	10
2.7 EPIDEMIOLOGÍA DE TCA.....	11
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
4. JUSTIFICACIÓN.....	18
5. OBJETIVOS.....	22

5.1	OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2	OBJETIVOS PARTICULARES.....	22
6.	HIPÓTESIS.....	22
7.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
7.1	TIPO DE ESTUDIO.....	23
7.2	MUESTRA.....	23
7.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
7.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
7.5	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	23
7.6	VARIABLES DE ESTUDIO.....	24
7.7	INSTRUMENTO.....	30
7.8	PROCEDIMIENTO.....	32
7.9	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
7.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
8.	RESULTADOS.....	34
9.	DISCUSIÓN.....	65
10.	CONCLUSIONES.....	73
11.	RECOMENDACIONES.....	74
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
13.	ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

TABLA 1. PUNTOS DE CORTE DEL IMC-P PARA ADOLESCENTES MUJERES..	25
TABLA 2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO BREBE PARA MEDIR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.	91
TABLA 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DEL FRATAP-M.....	91
TABLA 4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO HACIA LA FIGURA CORPORAL	92
TABLA 5. PRUEBA T DE STUDENT RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO HACIA LA FIGURA CORPORAL	64
FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD.....	34
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD Y TIPO DE ESCUELA.....	35
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PERCENTILAR	36
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PERCENTILAR POR TIPO DE ESCUELA.....	37
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CLASE SOCIAL.....	38
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CLASE SOCIAL POR TIPO DE ESCUELA.....	39
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CUESTIONARIO BREVE PARA MEDIR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CBCAR)	40
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CBCAR POR TIPO DE ESCUELA ..	41

FIGURA 9. CBCAR FACTOR I. ATRACÓN-PURGA	42
FIGURA 10. CBCAR FACTOR I. ATRACÓN-PURGA POR TIPO DE ESCUELA.....	43
FIGURA 11. CBCAR FACTOR II. MEDIDAS COMPENSATORIAS.....	44
FIGURA 12. CBCAR FACTOR II. MEDIDAS COMPENSATORIAS POR TIPO DE ESCUELA.....	45
FIGURA 13. CBCAR FACTOR III. RESTRICCIÓN.	46
FIGURA 14. CBCAR FACTOR III. RESTRICCIÓN POR TIPO DE ESCUELA.	47
FIGURA 15. FRATAP FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD	48
FIGURA 16. FRATAP FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD POR TIPO DE ESCUELA.....	49
FIGURA 17. FRATAP FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL	50
FIGURA 18. FRATAP FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA	51
FIGURA 19. FRATAP FACTOR III. DIETA RESTRINGIDA	52
FIGURA 20. FRATAP FACTOR III. DIETA RESTRINGIDA POR TIPO DE ESCUELA .	53
FIGURA 21. FRATAP FACTOR IV. TIEMPOS DE COMIDA	54
FIGURA 22. FRATAP FACTOR IV. TIEMPOS DE COMIDA POR TIPO DE ESCUELA.....	55
FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL	56
FIGURA 24. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA	57

FIGURA 25. ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL. FACTOR I. INTERIORIZACIÓN.....	58
FIGURA 26. ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL. FACTOR I. INTERIORIZACIÓN POR TIPO DE ESCUELA.....	59
FIGURA 27. ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL. FACTOR II. CREENCIAS	60
FIGURA 28. ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL. FACTOR II. CREENCIAS POR TIPO DE ESCUELA.....	61
FIGURA 29. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	62
FIGURA 30. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA	63

1. RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen hoy en día un problema de salud pública, por su creciente prevalencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas. Adolescentes del sexo femenino son el grupo más vulnerable. Estas patologías son de origen multicausal, en el que convergen múltiples factores de riesgo; los más estudiados son de tipo sociocultural, conductas alimentarias de riesgo, actitudes hacia el cuerpo e imagen corporal, satisfacción/insatisfacción. **Objetivo:** Evaluar y comparar la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA entre alumnas de una escuela preparatoria privada y una pública en Pachuca de Soto, Hidalgo. **Material y Métodos:** Estudio de tipo transversal, descriptivo y comparativo en una muestra de alumnas de escuelas preparatorias (N=240), de tipo privada (n=120) y pública (n=120); cuyo rango de edad es de 14 a 19 años ($X=15.73$; $DE \pm 1.058$). Se aplicó un cuestionario multidimensional que mide Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP), Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. Para la satisfacción/insatisfacción se empleó un continuo de nueve figuras corporales. Se realizaron análisis descriptivos de las variables de estudio; el comparativo fue mediante el estadístico *t* de *Student* (nivel de confianza al 95% y 238 grados de libertad). **Resultados:** En general ambas escuelas se comportaron de manera muy semejante; solo dos de los factores evaluados fueron significativamente superiores en la escuela preparatoria privada, respecto de la pública malestar con la imagen corporal ($p=0.004$) y dieta restringida ($p=0.009$). **Conclusión:** Este estudio demostró que el nivel socioeconómico ya no es determinante en el comportamiento de las adolescentes, puesto que fue muy similar en ambas. Se proponen programas de prevención primaria con características específicas para cada institución.

Palabras clave: TCA, Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), adolescentes, factores de riesgo.

2. ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (ED) are now a public health problem, by its increasing prevalence, severity of associated symptoms, resistance to treatment and they occur in an increasingly early ages. Female adolescents are the most vulnerable. These diseases are multicausal, in which multiple risk factors, the most studied are the sociocultural, risk eating behaviors, attitudes towards to the body and body. **Objective:** To evaluate and compare the prevalence of risk factors associated with eating disorders among high school students of a private and a public in Pachuca, Hidalgo. **Material and Methods:** A cross-sectional, descriptive and comparative sample of high school students (N = 240), private type (n = 120) and public (n = 120), whose age range is 14 to 19 ($X = 15.73$, $SD \pm 1,058$) who were applied a multidimensional questionnaire that measures risk factors associated to eating disorders in pubescent, Brief Questionnaire for Risky Eating Behaviors, Attitudes toward Body Figure Questionnaire. To the satisfaction/dissatisfaction employed a continuous of nine body figures. Descriptive analyzes were performed to study variables, the comparison was by Student's t statistic (confidence level 95% and 238 degrees of freedom). **Results:** In both schools the behaviour was almost the same; only two of the factors evaluated were significantly higher in the private school, than the public distress because of body image ($p=0.004$) and restricted diet ($p=0.009$). **Conclusion:** This study showed that socioeconomic status is no longer a determining factor in the behavior of adolescents. The risk factors are present in both types of schools. Proposed primary prevention programs with specific characteristics for each institution.

Keywords: Eating disorders, Eating Behaviors Risk (CAR), adolescent risk factors.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 LA ALIMENTACIÓN

La alimentación 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 satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales indispensables para la vida plena (Bourges-Rodríguez, 2008).

3.2 HÁBITOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA

Tomando en cuenta lo anterior, la NOM-043-SSA2-2005, define los hábitos alimentarios como el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Asimismo, la conducta es la manera o forma de comportarse de una persona, de modo que, la conducta alimentaria se define como el comportamiento normal de un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural relacionado con la ingesta de alimentos (Saucedo-Molina, 2003); es decir, no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades (Osorio *et al.*, 2002).

La alteración de este comportamiento ha dado origen a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados (Saucedo-Molina *et al.*, 2010^a).

3.3 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

Es la presencia de síndromes parciales que no cumplen en frecuencia e intensidad según los criterios diagnósticos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (APA, 2002) mismas que puedan posteriormente convertirse en TCA. Los sujetos que los presenten, experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006; Gómez-Peresmitré, 1997). Dichas conductas incluyen la preocupación por engordar, los atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, conductas alimentarias restrictivas (práctica de dietas restringidas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar), y purgativas (uso de laxantes, diuréticos y vómito autoinducido)) que tienen como fin la reducción consciente de peso y mejorar la figura corporal. (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006, Unikel-Santoncini *et al.*, 2010).

3.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los TCA constituyen hoy en día un problema de salud pública, por su creciente prevalencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta (Moreno y Ortiz, 2009). Los TCA son considerados desórdenes psiquiátricos caracterizados por conductas alimentarias anormales y por distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos, el peso y la figura corporal, radicando su importancia en los efectos adversos sobre el estado de nutrición y salud de quienes los padecen (Saucedo-Molina *et al.*, 2010^b). Los pacientes hacen grandes esfuerzos para perder peso, y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad (Staudt, *et al.*, 2006). La Asociación Americana de Psicología (APA, 2011) afirma que los TCA son hábitos de alimentación anormales que pueden poner en peligro la salud o incluso la vida.

Estos incluyen:

- Anorexia nervosa (AN).
- Bulimia nervosa (BN).
- Trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TANE).

3.4.1 ANOREXIA NERVOSA (AN)

Este TCA se caracteriza por una importante pérdida de peso auto inducida por el paciente, consecuencia de la autoimposición de un régimen alimentario basado principalmente en la restricción de alimentos de alto valor calórico, la persona hace una modificación en el ritmo de sus comidas; restringen su alimentación hasta el punto de la inanición, tiene una preocupación constante por el peso, y por lo tanto lleva a cabo conductas para adelgazar; acompañado de alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporal, tal es la pérdida de peso que se encuentra 85% abajo del peso esperado para la edad y estatura, miedo a ganar peso o de sufrir sobrepeso u obesidad (obesofobia) y amenorrea (ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Existen dos subtipos descritos por el DSM-IV-TR (APA, 2002):

1. Tipo restrictivo: la persona no recurre regularmente a atracones o purgas (vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) sólo la restricción de la ingesta de alimentos.
2. Tipo compulsivo/purgativo: la persona recurre regularmente a atracones o purgas (vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Los signos fisiológicos de la AN son: depleción de depósitos de grasa, amenorrea, queilosis, descamación, sequedad de la piel, hirsutismo, cabello fino, seco y quebradizo, alopecia, uñas débiles, acrocianosis, lanugo, deshidratación, edema, bradicardia, hipotermia, estreñimiento e insomnio (APA, 2002).

3.4.2 BULIMIA NERVOSA (BN)

TCA caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz conocidos como atracones, es decir, episodios de ingerir en un periodo corto una cantidad excesiva de comida, más de la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de las personas, durante estos episodios la persona pierde totalmente el control, posteriormente tiene sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensadores (vómito autoinducido, abuso de fármacos, laxantes o diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo); y al igual que en la AN se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporales (García Camba, 2002); para su diagnóstico se deben presentar dos episodios de comida compulsiva por semana en los últimos tres meses.

Existen dos subtipos de BN:

1. Tipo purgativo: el paciente recurre a los vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas.
2. Tipo restrictivo: 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.

Los signos fisiológicos de este trastorno son: daño en la dentina, irritación de la faringe y esófago así como inflamación, ruptura en vasos sanguíneos de la cara; el abuso de laxantes puede ocasionar hemorragia rectal, deshidratación y desequilibrio electrolítico, fístula de la porción superior de vías gastrointestinales, daño renal y miopatías reversibles. Y en general, estas personas tienen un peso cercano al normal pero con un excesivo miedo a incrementarlo (APA, 2002).

3.4.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TANE)

Los TANE se refieren a aquellos que no cumplen con los criterios para ningún TCA, por ejemplo:

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que aunque hay 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 AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Trastorno por atracón en el cual existen atracones de comida recurrentes pero no hay conductas compensatorias propias de la BN (APA, 2002).

Se considera a estos casos como síndromes parciales, por tratarse de cuadros establecidos clínicamente en los que se encuentra una conducta alimentaria alterada, pero sin presentar alguno de los criterios diagnósticos de AN o BN. Otra posibilidad es que tan solo se trate de síndromes transitorios o que anteceden en tiempo al establecimiento definitivo de un cuadro completo de TCA (Suárez, 2005).

3.5 ETIOLOGÍA DE LOS TCA

Los TCA son de origen multicausal, es decir, es necesaria la interacción de varios agentes causantes para que se presente la enfermedad. Además, son imposibles de entender sin considerar elementos tan significativos como la aparente disposición genética o la intervención de determinadas características de personalidad, así como el contexto sociocultural en que se vive (Castillo *et al.* 2005).

La sintomatología es sumamente variada y compleja, siendo la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales; explicado a través del modelo etiopatogénico más aceptado, el biopsicosocial que permite explicar el inicio y el mantenimiento de los TCA (Toro, 1996). En la actualidad debido a ese origen multicausal de los TCA en el que convergen múltiples factores, en continua interacción hacen más difícil la solución de los mismos. El diagnóstico requiere descartar otras enfermedades y reconocer estos trastornos cuando se dan con otros síntomas, como aparición tardía de la pubertad, amenorrea primaria o secundaria, asociada a otras patologías (renales y cardiovasculares) por el riesgo inmediato que suponen para la vida (Unikel *et al.*, 2004^a).

3.6 FACTORES DE RIESGO

Son aquellas manifestaciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) o síntomas aislados que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien, al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo, incrementando la probabilidad de contraer una enfermedad y facilitando las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla *et al.*, 2006).

La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero, conforma un síndrome (conjunto de síntomas) tal como son los criterios diagnósticos de AN, BN o TANE de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002); mientras que los factores de riesgo, son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia. (García-Camba, 2002).

3.6.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

Las pacientes se caracterizan por tener un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autopercepción inadecuada de la imagen corporal y la efectividad, además una notable impulsividad. Los trastornos de la personalidad suelen ser obsesivos-compulsivos, con baja autoestima, depresiones, irritabilidad y perfeccionismo, sentimiento de repudio y culpa, además de mantener escasa comunicación con los demás y dificultad de concentrarse (García-Camba, 2002).

3.6.2 FACTORES FAMILIARES

Dentro de estos factores, se ha documentado el surgimiento de malestares en las relaciones del propio medio familiar, porque los padres demasiado protectores no les permiten experimentar para crecer; o donde la depresión de alguno de los padres, la violencia física o psicológica, hacen sentir al hijo desvalorizado e inseguro, y la comida termina siendo utilizada como un “arma” para contrarrestar el conflicto o la presión familiar (Guellar y Crispo, 2000).

3.6.3 FACTORES SOCIOCULTURALES

Se ha postulado que los factores socioculturales desempeñan un papel importante en el inicio de las alteraciones de la conducta alimentaria (Méndez *et al*, 2008) ya que mediante la “cultura de la delgadez” se sobrevalora la figura delgada, para el caso de las mujeres, y la musculosa para los varones, éstos, son transmitidos a través de la imitación de los modelos estéticos dominantes, de la percepción de mensajes verbales de los propios familiares, amigos y de los medios masivos de comunicación (Saucedo-Molina y Cantú, 2001).

Estos factores tratan de explicar cómo y de qué manera los medios de comunicación, la publicidad, los amigos y los pares, impactan en la adopción del modelo estético corporal dominante (Toro, 2006).

3.6.4 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los estratos o niveles socioeconómicos son divisiones relativamente permanentes y homogéneas dentro de una sociedad, en la que los individuos comparten estilos de vida y conductas similares. El estrato social no está determinado exclusivamente por el ingreso, también son importantes otros factores, tales como: educación, profesión, lugar de residencia, grupo social, amistades y formas de entretenimiento, entre otros (Fischer, 2007). En ocasiones por practicidad, el nivel socioeconómico puede ser considerado únicamente tomando una variable como por ejemplo el tipo de escuela.

3.6.5 LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad (OPS/OMS, 1995). Este término suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

Junto con el desarrollo físico y sexual se produce un alejamiento de la dependencia familiar y se aumentan las relaciones extra-familiares, se forman nuevos grupos, nuevos ideales y cambios rápidos en los deseos de futuro; y por lo tanto, su aprobación. Se dejan llevar de los gustos, deseos y maneras de actuar y vestir de los amigos, incluyendo una influencia notable en la manera de comportarse. Los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes, y la imagen física es un elemento clave de comparación (Carrillo, 2005).

Es por ello, que la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los TCA pueden ser desarrollados con mayor facilidad durante esta etapa como resultado de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del proceso de crecimiento, lo que se complica particularmente ante la necesidad de definir la identidad y a la tendencia a compararse con las normas de la cultura (Unikel-Santoncini, 1998). Las características específicas de esta etapa de crecimiento y desarrollo, deben ser consideradas para la determinación del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las alteraciones relacionadas con la alimentación, las prácticas erróneas de control de peso o la alteración en la percepción de la imagen corporal (Hidalgo y Güemes, 2007, Hunot *et al.*, 2008).

3.7 EPIDEMIOLOGÍA DE TCA

A nivel internacional se ha encontrado que la incidencia de AN es de 8 casos por 100,000 habitantes por año, mientras que la BN es de 12 casos (Hoek *et al.*, 2003). Estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas (Zagalaz *et al.*, 2005).

Los TCA afectan a casi el 5% de la población femenina desde el inicio de la adolescencia hasta los 25 años y, con menor porcentaje, a las prepúberes y a las mujeres adultas. La población femenina con riesgo de enfermar alcanza cifras entre el 17 y 20% (López y Sallés, 2005). El DSM-IV-TR, ha estimado que la prevalencia de BN en la población adolescente y juvenil femenina, varía de 1 a 3%, mientras que para la AN, es de 0.5% (APA, 2002).

El incremento de casos de la alteración de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere (Méndez, 2008).

En México, se conocen casos de TCA por lo menos desde la década de los 70's. No obstante, es hasta dos décadas después que se ha observado un incremento notable en el número de casos, así como mayor interés por el desarrollo de investigación, la creación de centros de tratamiento especializados, la difusión de información acerca de los TCA como enfermedades, cursos especializados para capacitar a los profesionales en la detección de casos y el desarrollo de programas preventivos en instituciones educativas, (Mancilla *et al*, 1998).

La mayor parte de los estudios epidemiológicos de TCA en México se han llevado a cabo en población estudiantil, mediante la aplicación de cuestionarios de tamizaje.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población objetivo fue de 18 a 65 años de edad que viven en áreas urbanas (población de más de 2500 habitantes). Este estudio describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta que comprende alrededor del 75% de la población nacional. Realizada en septiembre 2001 a mayo 2002, donde se encontró una prevalencia nula de AN y de BN alguna vez en la vida (0.6% para hombres y 1.8% para mujeres), sin embargo, tal como se mencionó, esta encuesta incluyó población solamente a partir de los 18 años de edad, dejando fuera al grupo en que los TCA son más frecuentes, las mujeres adolescentes (Medina-Mora *et al.*, 2003).

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los TCA se consideraron durante años sinónimo de enfermedades propias de la mujer en los países desarrollados. De ello dan fe la mayoría de los textos de los años 80 y 90. Se atribuyó la enfermedad a múltiples factores (Grafinkel y Garner, 1982), algunos de ellos ligados a la moda femenina de la delgadez en las clases sociales altas.

Son un problema cada vez más frecuente de salud con un fuerte impacto en la sociedad que en los últimos años han ido incrementándose en la población mexicana (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002); teniendo diversas causas y grupos de riesgo. Estos padecimientos son difíciles de tratar, ya que modifican la vida de las pacientes, tanto por alteraciones en el estado nutricional y sus complicaciones metabólicas como por las múltiples perturbaciones psicológicas (Mancilla *et al.*, 1999), condiciones que además de perjudicar estos rubros, también afectan a la familia y en general a la sociedad que los rodea.

Estos trastornos y los problemas subclínicos relacionados con la alimentación, peso y figura corporal, son condiciones que afectan gravemente a la salud psicológica (Gustafsson *et al.*, 2010). En investigaciones recientes realizadas en población mexicana se ha confirmado la presencia de conductas de riesgo, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, y de manera preponderante en el sexo femenino.

Uno de ellas en mujeres adolescentes y jóvenes, mostró que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las CAR, particularmente con las conductas compensatorias: de la misma forma, se encontró que estas mujeres tienden a sobrestimar su tamaño corporal, mostrando así, mayor insatisfacción (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010^a).

En otros estudios tanto nacionales como internacionales, llevados a cabo en preadolescentes y adolescentes, se ha documentado la presencia de conductas de riesgo y problemas con la imagen corporal, particularmente en el sexo femenino, ya que a las mujeres se les invita y se les recuerda continuamente el “poder” que posee la apariencia física y el valor de la delgadez; toman mayor fuerza el rechazo a los alimentos y las conductas compensatorias, ya que “no solo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino” (Lora-Cortéz y Saucedo-Molina, 2006).

En relación con la prevalencia de CAR las cuales se pueden calificar como señales iniciales que podrían convertirse en síndromes completos; en el Distrito Federal se hizo una investigación para identificar las tendencias en estudiantes de ambos sexos de secundaria, preparatoria y técnico con una media de edad de 14.5 años. En el cual se observó un incremento general en la proporción de sujetos que reportaron tres o más CAR entre la medición llevada a cabo en 1997 (hombres, 1.3%; mujeres, 3.4%) y la del 2003 (hombres 3.8%; mujeres, 9.6%). Por grupos de edad, se observó incremento en la frecuencia de estas conductas en varones de todas las edades excepto los de 16 y 17 años, y en las mujeres de todas las edades en el periodo de 1997 al 2003. La preocupación por engordar aumentó de 5.4% a 11.5% en hombres y 15.3% a 29.8%, al igual que el uso de métodos purgativos de 1.3% a 6.1% en hombres y 1.9% a 8.0 % en mujeres. La práctica de atracones se incrementó fue de 2.6% a 6.5% en hombres y de 3.3% a 5.9% en mujeres. El uso de métodos restrictivos en mujeres se mantuvo en 14.7% del 2000 al 2003; a diferencia de los hombres, donde aumentó de 10.5 a 11.9 en esos mismos años (Unikel *et al.*, 2006).

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer (14.8% hombres y 21.9% mujeres).

Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido (0.3% hombres y 0.5% mujeres) y la ingesta de medicamentos (0.2% hombres y 0.6% mujeres). Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

Los resultados arrojados por esta misma encuesta en el Estado de Hidalgo, donde se entrevistó a 803 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales representan 579 583 adolescentes (49.1% son hombres y 50.9% mujeres). Se destacó que en los tres meses previos a la encuesta, el 15.8% de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer, la práctica del vómito autoinducido se registró en 0.9%, las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2% de los adolescentes. Además, el 2.6% de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006).

Se realizó un estudio multicéntrico para estimar la prevalencia de CAR en 4,385 mujeres adolescentes estudiantes de escuelas preparatorias públicas en 17 localidades urbanas de la República Mexicanas de 15 a 19 años, donde se identificó que la prevalencia nacional de las CAR-alta fue de 6.8% y CAR-moderado fue de 14.2%. La región centro registró la prevalencia más baja en las CAR-moderado con 11.5%. El análisis para cada pregunta del CBCAR para la categoría de respuesta más alta (dos o más veces en una semana), mostró que 16.6% de las adolescentes se preocuparon por engordar, 9.6% practicaron ejercicio con la finalidad de bajar de peso, 4.1% practicaron dietas restrictivas, 3.5% reportaron atracones de comida y 2.1% hicieron ayunos (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010).

En el primer estudio realizado en el Estado de Hidalgo con una muestra probabilística de 2,194 púberes de 11 a 15 años, se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal fue de 57% en mujeres y 61.6% hombres; se registró un 28% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 14% en hombres. El 25% de las mujeres y el 16% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida. El 5.2% de las mujeres y el 6% de los hombres registraron conductas de tipo restrictivo para controlar su peso corporal y solo las mujeres reportaron preocupación por el peso y la figura corporal (Saucedo-Molina *et al.*, 2008).

En esta misma entidad se realizó otro trabajo cuyo objetivo principal fue conocer la prevalencia de las CAR y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatoria y licenciatura en una escuela privada en Pachuca de Soto, Hidalgo; con una muestra de 845 sujetos con un rango de edad de 15 a 17 años ($X=15.82$; $DE=0.78$) se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de CAR en las mujeres fue de 8.4% y en los hombres de 2.9%.

En preparatoria fue de 9.0% y 7.9% en las de licenciatura para las mujeres y 1.6% y 4.2% en los hombres. Del total de mujeres de preparatoria con CAR elevadas (por arriba del punto de corte), el 84.2% también obtuvo puntuaciones altas en el CBCAR, así como el 80% de las de licenciatura, mientras que en los hombres estos porcentajes fueron de 33.3% y 62.5% respectivamente. En el cuestionario de actitudes hacia el cuerpo, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres (33.3% en hombres y 62.5% en mujeres) (Saucedo-Molina y Unikel, 2010^a).

En otra investigación en la cual se pretendió identificar factores de riesgo asociados a TCA y su relación con el IMC realizada en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con una muestra de 347 alumnos (67% mujeres, 33% hombres) se reportó que 77.2% de las mujeres mostraron insatisfacción con su imagen corporal, mientras que los hombres 80.7%.

Un 11% de las mujeres y 1.7% de los hombres, reportaron malestar con su imagen corporal; 2.5% de mujeres y 0.8% de hombres externaron sentirse influidos por la publicidad de productos para adelgazar y moldear la figura (Saucedo-Molina *et al.*, 2010^b).

El trabajo más reciente efectuado en Pachuca para conocer la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA, en una preparatoria pública con una muestra probabilística de 1020 estudiantes (357 hombres y 663 mujeres) con un rango de edad de 14 a 20 años ($X=16$, $DE=1.116$), se encontraron los siguientes porcentajes: Con riesgo de CAR la muestra general reportó 4.1% (4.68% de mujeres y 3% de hombres); 76.2% mostró estar insatisfecho con su imagen corporal, (28.4% insatisfecho por querer estar más robustos y 47.8% insatisfecho por querer estar más delgados); 16.2% de las mujeres están satisfechas y 83.7% están insatisfechas con su imagen corporal, 37.5% de los hombres están satisfechos y 62.4% está insatisfechos con su imagen corporal (Torres, 2011).

En esta misma muestra con respecto a los factores socioculturales, 0.8% de la muestra total respondió “siempre” a la variable influencia de la publicidad (sólo mujeres, 1.2%); se halló que 3.4% “siempre” sienten malestar con su imagen corporal (4.2% mujeres y 2.9% hombres) y el 13.8% lo experimenta “muchas veces” (16.7% mujeres y 8.4% hombres). En cuanto a actitudes hacia la figura corporal, 12.9% de toda la muestra la han presentado (14.6% mujeres y 9.8% hombres); 4.6% reportó que “con mucha frecuencia” han interiorizado una figura delgada (5.9% mujeres y 2.2% hombres) y finalmente, 1.7% creen que una figura delgada es ideal (1.5% mujeres y 2% hombres) (Chávez, 2011).

Con lo presentado anteriormente, resulta evidente que los factores de riesgo asociados a TCA están presentes en estudiantes hidalguenses de distintos niveles de escolaridad y que además, se encuentran de manera preponderante en las mujeres; sin embargo, hasta el momento, no existen estudios que comparen su prevalencia entre dos tipos de escuela (privada y pública).

5. JUSTIFICACIÓN

Los TCA y sus factores de riesgo constituyen hoy en día un problema de salud pública, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas. Se reconoce al sexo femenino entre 12 y 25 años como los grupos más vulnerables a desarrollarlos, además han dejado de ser exclusivos de países desarrollados, occidentales y de clases económicas altas, pues en la actualidad afecta de igual manera a países en vías de desarrollo y clases sociales bajas, en donde también existe una sobrevaloración de la apariencia física y la delgadez (Saucedo *et al.*, 2010^b). Por lo tanto, las investigaciones se han centrado principalmente en esta etapa (Sepúlveda *et al.*, 2008), debido a que está determinada por cambios físicos, psicológicos y sociales importantes (Toro, 2006). No obstante, si se conocen bien las consecuencias devastadoras de la patología detrás de los TCA, desde esta perspectiva, queda clara la importancia que tiene en este campo de la salud todo intento dirigido al estudio de los factores de riesgo.

Un TCA es una enfermedad social que debe ser entendida en el contexto sociocultural, y para avanzar en la comprensión de los mismos, se ha sugerido que se tiene que ampliar la visión y perspectiva (Gustafsson, *et al.*, 2011) La influencia sociocultural ejerce presión sobre las personas con respecto de sus cuerpos, comparaciones sociales y en consecuencia, de sus conductas alimentarias; distingue como elementos clave a los medios masivos de comunicación, el entorno social próximo y la familia: cuanto más altos son los niveles de presión percibidos en relación con una imagen corporal idealizada, más se incrementa la preocupación por la imagen y las estrategias de cambio corporal (Esnaola *et al.*, 2010).

Costin (2002) subraya que en nuestra actualidad se considera a la delgadez como la figura ideal, que no sólo representa lo atractivo, sino también el sacrificio personal, la virtud, el éxito, el control, la riqueza y la libertad; misma que las mujeres han adoptado debido a las exigencias sociales, culturales y en muchas ocasiones, familiares.

Ya no es sólo el perfil de mujer joven de clase media-alta o alta la que produce, mantiene e interioriza estos valores a cualquier precio; el tener el cuerpo “ideal” es perseguido por mujeres y hombres de todas las clases sociales, de todas las edades y cada vez, por más sociedades y culturas; estar delgada simboliza a la mujer nueva, capaz de combinar cualidades con autocontrol y de libertad sexual. La preferencia actual por la delgadez ha propiciado que las mujeres muestren malestar con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente; por lo cual, se ha asociado el IMC con la presencia de CAR, puesto que diversos estudios han demostrado que al ser elevado (sobrepeso u obesidad), la figura del individuo está más alejada de la “figura ideal” que es impuesta por los medios de comunicación y la sociedad que en sí, esta cultura de la delgadez ha estigmatizado a la obesidad e incluso el sobrepeso, y no por razones de salud, sino por consideraciones psicoestéticas (Madrigal-Fristch *et al.*, 1999; Unikel-Santoncini *et al.*, 2002; Toro, 2006).

Se debe considerar que el actual modelo de “figura ideal” de delgadez extrema” (IMC ≤ 18) tal como mencionan, Thompson y Stormer (Heingber, *et al.*, 1995), es inaccesible para la mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud; favoreciendo así la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, mayor aceptación social, femineidad y de que a menor porcentaje de grasa corporal, se adquiere mayor control y mayor autoestima (Mancilla *et al.*, 2006).

A lo largo de la historia, el ideal de la belleza femenina ha cambiado con los estándares estéticos de un tiempo en particular y la evidencia sugiere que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Situación que también se puede explicar a través de que culturalmente se ha establecido que las mujeres deben limitar su ingesta alimentaria pues se considera correcto, elegante, moral y femenino (Toro, 1996).

La investigación realizada por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010^b) en estudiantes de ambos sexos de preparatoria y licenciatura en una escuela privada de Pachuca de Soto concluyó que las CAR están presentes principalmente en mujeres; igualmente se comprobó que la práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes en estudiantes del Estado de Hidalgo.

Investigaciones mexicanas en las que se han comparado estudiantes de ambos sectores educativos, como referente del nivel socioeconómico, han mostrado que el mayor porcentaje se refleja en las estudiantes de escuelas privadas; aunque algunos estudios extranjeros y nacionales, y en poblaciones no urbanas, han reportado que las CAR se observan tanto en diferentes niveles socioeconómicos, como en poblaciones urbanas y rurales. No obstante, en México todavía se observa que en los grupos minoritarios o marginados, o en aquellos que no tienen posibilidad de recibir educación, estas conductas se presentan en un número más reducido, en comparación con los porcentajes obtenidos en mujeres adolescentes estudiantes y en población privilegiada en cuanto al acceso a servicios y educación (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010^b). Sin embargo, no existen datos comparativos suficientes realizados entre preparatorias privada y pública en nuestra entidad federativa que permitan apoyar estos hallazgos.

Es por ello, que se realizó este estudio comparativo sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA entre una preparatoria pública y una privada.

Los resultados obtenidos podrán ser utilizados para enriquecer la poca información al respecto; y que éstos a su vez, puedan sustentar la implementación de programas de prevención primaria de factores de riesgo, así como de promoción de conductas alimentarias saludables y orientación alimentaria; y que el impacto de éstos, sirva para disminuir su prevalencia y las complicaciones clínicas, psicológicas, familiares y sociales, aunados a los altos costos del tratamiento que éstos representan, que puedan llegar a ser un TCA.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar la prevalencia de los factores de riesgo asociados a TCA entre alumnas de una escuela preparatoria privada y una escuela preparatoria pública en Pachuca de Soto, Hidalgo.

6.2 OBJETIVOS PARTICULARES

- a) Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo asociados a TCA en las alumnas de ambas preparatorias; siendo éstos, los siguientes:
 - Índice de masa corporal.
 - Factores socioculturales.
 - Actitudes hacia la figura corporal.
 - Conductas alimentarias de riesgo.
 - Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal.

- b) Comparar los factores de riesgo asociados a TCA entre las alumnas de las escuelas preparatorias privada y pública en Pachuca de Soto, Hidalgo.

7. HIPÓTESIS

Mayor presencia de factores de riesgo asociados a TCA en alumnas de la escuela preparatoria privada en comparación con las alumnas de la escuela preparatoria pública en Pachuca de Soto, Hidalgo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de campo de tipo transversal, descriptivo y comparativo.

7.2 MUESTRA

Se trabajó con una muestra total de 240 alumnas; de las cuales 120 fueron de una escuela preparatoria privada en Pachuca de Soto, Hidalgo, y la otra fue una muestra aleatoria de 120 alumnas provenientes de una escuela preparatoria pública, en la misma ciudad.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estar inscritas en las escuelas preparatorias privada y pública, respectivamente.
- Contestar correctamente por lo menos, el 90% del instrumento de evaluación.

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnas que se nieguen a participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas.
- Alumnas que no hayan asistido a clases el día de la aplicación del cuestionario.
- Lesiones físicas.

7.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No contestar los instrumentos de evaluación en un 90%

7.6 VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación se describen tanto la definición conceptual, como la operacional de cada una de las variables medidas en este estudio.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

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., 2009).
- Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario.

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 *et al.*, 1993).
- Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario: ¿Cuál es tu edad en años?

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).
- Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario ¿A qué clase social consideras que perteneces? Para fines de este trabajo, se incluirán 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.

Nivel socioeconómico.

- Definición conceptual: El nivel socioeconómico define la capacidad económica y social de un hogar. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida (AMAI, 2008).
- Definición operacional: Por razones prácticas en este estudio se midió considerando el tipo de escuela: privada y pública.

Índice de Masa Corporal (IMC).

- Definición conceptual: El índice de masa corporal es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. (OMS, 1995).
- Definición operacional: Se obtiene mediante la fórmula utilizando el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m^2). Para clasificar a los sujetos de la muestra, se emplearán los puntos de corte percentilares recomendados por la *National Center of Health Statistics* (NCHS), considerando sexo (femenino) y edad, siendo éstos: <5 muy bajo peso; >5 <15 bajo peso; >15 <85 peso normal; >85 <95 riesgo de sobrepeso; >95 sobrepeso.

Los sujetos de la muestra se clasificaron de acuerdo con los puntos de corte percentilares señalados en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Puntos de corte del IMC-P para adolescentes mujeres.

EDAD	< P5 Desnutrición	P5 Bajo peso	P10 – P85 Normal	P86 – P95 Sobrepeso	> P95 Obesidad
14	<15.8	15.8 – 16.4	16.5 – 23.3	23.4 – 27.2	> 27.2
15	<16.3	16.3 – 16.8	16.9 – 24	24.1 – 28.1	> 28.1
16	<16.8	16.8 – 17.5	17.6 – 24.7	24.8 – 29.9	> 29.9
17	<17.3	17.3 – 17.9	18 – 25.3	25.4 – 29.7	> 29.7
18	<17.6	17.6 – 18.3	18.4 – 25.7	25.8 – 30.4	> 30.4
19	<17.8	17.8 – 18.6	18.7 – 26.2	26.3 – 32	> 32
20	<17.8	17.8 – 18.6	18.7 – 26.6	26.7 – 31.8	> 31.8

Fuente: National Center for Health Statistics, 2000.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.

- Definición conceptual: Presencia de síndromes parciales que puedan posteriormente convertirse en TCA y que los sujetos que los presenten, experimenten manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impidan un funcionamiento adecuado (Gómez-Peresmitré, 1997). Seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito autoinducido, todas ellas con el fin consciente de perder peso (Unikel-Santoncini 2006).
- Definición operacional: Cuestionario Breve para medir CAR (CBCAR) (Unikel-Santoncini *et al.*, 2004); las respuestas fueron valoradas en cuatro categorías: 0) Nunca o casi nunca, 1) A veces, 2) Con frecuencia, 2 veces en una semana y 3) Con mucha frecuencia, más de 2 veces en una semana. A mayor puntuación, mayor problema relacionado con dichas conductas.

Considerando las siguientes conductas:

Restricción.

- Definición conceptual: Tendencia repetitiva de 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-Peresmitré y Ávila, 1998, en Saucedo-Molina *et al.*, 2008).
- Definición operacional: CBCAR.

Atracón-purga.

- Definición conceptual: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (1 o 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, así como vómito autoinducido y ayuno. Se caracteriza por las dos condiciones siguientes: 1. Ingestión, en un corto período de tiempo de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (APA, 2002).
- Definición operacional: CBCAR.

Medidas compensatorias.

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

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).
- Definición operacional: Cuestionario para medir factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (FRATAP).

FACTORES SOCIOCULTURALES

- Definición conceptual: Se ha postulado que los factores culturales desempeñan un papel importante en el inicio de las alteraciones de la conducta alimentaria (Méndez *et al.*, 2008) ya que mediante la cultura de la delgadez, se sobrevalora la figura delgada para el caso de las mujeres y la musculosa, para los varones; estos son transmitidos a través de la imitación de los modelos estéticos dominantes, de la percepción de mensajes verbales de los propios familiares, amigos y de los medios masivos de comunicación (Saucedo-Molina y Cantú, 2001).
- Definición operacional: FRATAP (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010^b) y Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006); en ambos, las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro categorías: 1) Nunca, 2) pocas veces, 3) muchas veces y 4) siempre.

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, 2008).
- Definición operacional: FRATAP.

Malestar con la imagen corporal.

- Definición conceptual: Es la molestia o incomodidad que se experimenta con respecto a ella, y que es generada por los mensajes, imágenes y comentarios emitidos por los medios de comunicación (Littleton y Ollendick, 2003).
- Definición operacional: FRATAP.

Interiorización del ideal estético de delgadez.

- Definición conceptual: Se refiere a la adopción de la persecución del ideal de belleza de una figura delgada como meta primordial en la vida (Unikel-Santoncini *et al.*, 2008).
- Definición operacional: Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.

Creencias.

- Definición conceptual: Pike *et al.* (1994) encontraron que los ambientes familiares menos tolerantes y más críticos, especialmente en lo que respecta a la apariencia física de sus hijos, aumentan el deseo en los adolescentes de cambiar su apariencia física, mientras que los ambientes caóticos, con límites poco claros aumentan la necesidad de buscar el control de sus vidas mediante el control de sus cuerpos. Los autores plantearon la hipótesis de que los adolescentes comparten creencias y comportamientos relacionados con el peso corporal socialmente aceptado en un intento de pertenecer a un grupo en particular (Unikel *et al.*, 2004).
- Definición operacional: Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.

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, que se puede convertir en una obsesión de insatisfacción corporal (Mancilla *et al.*, 2006).
- Definición operacional: La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se determina a través de una escala de nueve figuras corporales distribuidas al azar, que van de una figura muy delgada hasta una obesa. Esta variable se mide como la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. Diferencias igual a cero se interpretan con satisfacción; diferencias positivas se interpretan como insatisfacción en el sentido de querer estar más delgado(a); y diferencias negativas, se interpretan como insatisfacción en el sentido de querer estar más robusto(a) (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2000).

7.7 INSTRUMENTO.

Consiste en un cuestionario multidimensional de carácter autoaplicable en su versión para mujer. Los instrumentos han sido debidamente confiabilizados y validados para dicha población. El cuestionario completo se muestra en el **Anexo 1**.

Dicho cuestionario, está integrado por:

- Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel-Santoncini *et al.*, 2004).
- Cuestionario para medir Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes. (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010^b).
- Cuestionario que mide actitudes hacia la figura corporal. (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2006).
- La Satisfacción/Insatisfacción (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2001).

Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

Se aplicó a 78 pacientes mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario en tratamiento en la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría, con una media de edad de 20.2 (DE \pm 5.2) y se comparó con una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, con una media de edad de 19.3 (DE \pm 3.9). Se hicieron análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial de Componentes Principales con rotación oblicua. El instrumento tiene una alta confiabilidad ($\alpha = 0.83$). Consta de 10 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 los tres meses previos a la aplicación del instrumento. En la **Tabla 2 (ver Anexo 2)** se muestra la distribución de los factores junto con sus cargas factoriales (Unikel-Santoncini *et al*, 2004).

Cuestionario para medir factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (FRATAP).

Para su validez en población mexicana, se aplicó en una muestra intencional, con selección no probabilística, constituida por 1, 306 sujetos, estudiantes de quinto y sexto de primaria, y de primero y segundo de secundaria; tanto en escuelas públicas como privadas de la Ciudad de México, con edades de 11 a 15 años con una media de 12.13 (DE \pm 1.23). Se realizó un análisis de consistencia interna y un análisis factorial de Máxima Verosimilitud con rotación Oblimin.

Este cuestionario mide conductas alimentarias y aspectos socioculturales. El instrumento para mujeres está formado por 23 reactivos, con una alfa de Cronbach de 0.83. En la **Tabla 3 (Ver Anexo 2)** se muestran los reactivos por factor (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010^b).

Cuestionario que mide Actitudes hacia la Figura corporal.

Para su validez se aplicó a una muestra no probabilística de 408 mujeres con un rango de edad de 15 a 24 años y una media de 18.4 (DE \pm 2.7) todas ellas, estudiantes de nivel medio superior y superior de 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 \pm 2.4). Se realizó un análisis de consistencia interna y un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua. El cuestionario tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.93$). Consta de 15 preguntas que miden las actitudes hacia el cuerpo, incluye aspectos psicosocial y socioculturales relacionados con el desarrollo de los TCA, todas estas preguntas referentes a la importancia que le dan al peso y la aceptación por otras personas. En la **Tabla 4 (Ver Anexo 2)** se muestra la distribución de los factores con sus cargas factoriales (Unikel-Santoncini *et al*, 2006).

7.8 PROCEDIMIENTO

Se obtuvo la autorización verbal de las autoridades de cada institución después de haberles explicado de manera breve el objetivo del proyecto. Posteriormente, se aplicó el instrumento de manera grupal a la muestra seleccionada en los días y horarios asignados de común acuerdo por las autoridades correspondientes.

Los responsables del estudio explicaron a las alumnas de manera clara y precisa el objetivo del estudio, enfatizando la importancia de su participación, garantizando la confidencialidad de la información recabada. Posteriormente, se dieron las instrucciones del llenado del instrumento. Se procedió a realizar las mediciones antropométricas de peso y talla de cada una de las alumnas, realizado por personal previamente capacitado y estandarizado.

Las mediciones de peso se realizaron con el mínimo de ropa posible, sin zapatos, en posición recta al centro de la báscula y con los pies paralelos. Para obtener la talla, se colocó el estadiómetro en una pared lisa y sin bordes; cada alumna se colocó sin zapatos ni objetos en el cabello, en posición recta, con la cabeza en el plano de Frankfurt, con las extremidades superiores colgando a los costados, talones juntos y las puntas de los pies separadas a un ángulo de 45° (Feldman, 2000).

7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La captura de los datos se realizó en el software *Statistical Package Social Science* (SPSS) en su versión 17.0 para Windows Vista®. Se hizo un análisis descriptivo que incluyó frecuencias, medias, desviaciones estándar y distribuciones porcentuales. Para el comparativo de las diferentes variables de estudio entre los dos tipos de escuelas se empleó el estadístico *t* de *student*; el cual evalúa si dos grupos difieren entre sí, de manera significativa respecto de sus medias (Hernández Sampieri *et al*, 2010).

7.10 ASPECTOS ÉTICOS

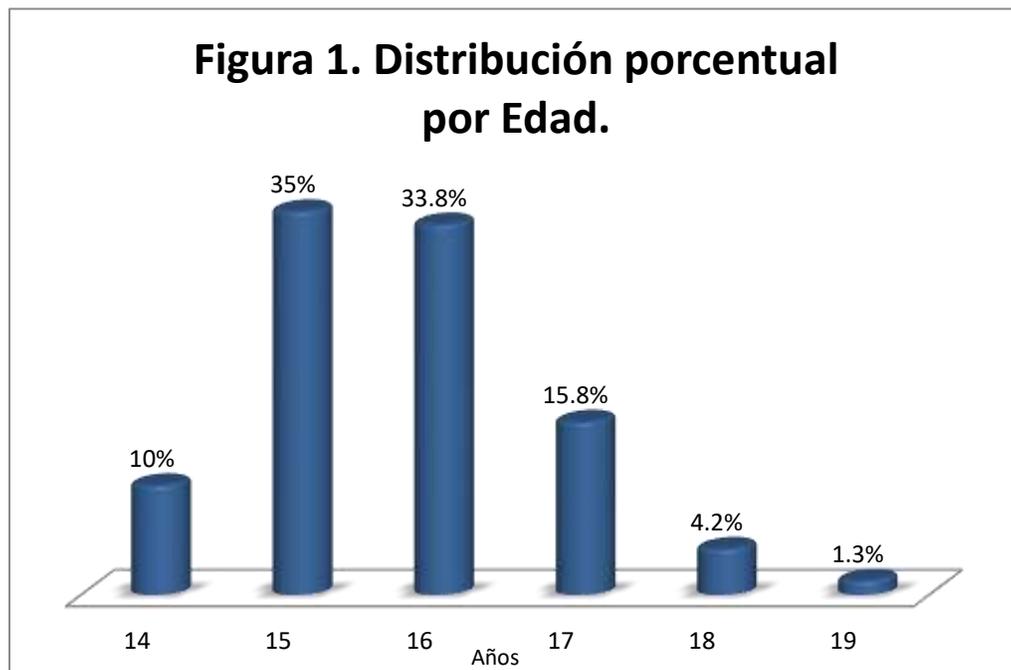
En el título segundo sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1984), y con fundamento en lo dispuesto en la fracción II, del artículo 17, clasifica a ésta investigación con riesgo mínimo puesto que las únicas mediciones antropométricas que se realizarán son peso y talla de cada sujeto, así como la solución del cuestionario. Existe una razonable seguridad al no exponer a riesgos ni daños innecesarios al sujeto, los procedimientos no son invasivos, ni se manipula la conducta de los sujetos de estudio. El artículo 23, autoriza para éste tipo de investigaciones que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito.

8. RESULTADOS

En este apartado se incluyen los análisis descriptivos de cada una de las variables sociodemográficas e IMC; así como de los factores que integran el CBCAR, FRATAP, Actitudes hacia la Figura Corporal y Satisfacción/insatisfacción en la muestra general de N=240 estudiantes de las cuáles, 120 (50%) fueron de la escuela preparatoria privada y las 120 (50%) restantes de la escuela preparatoria pública.

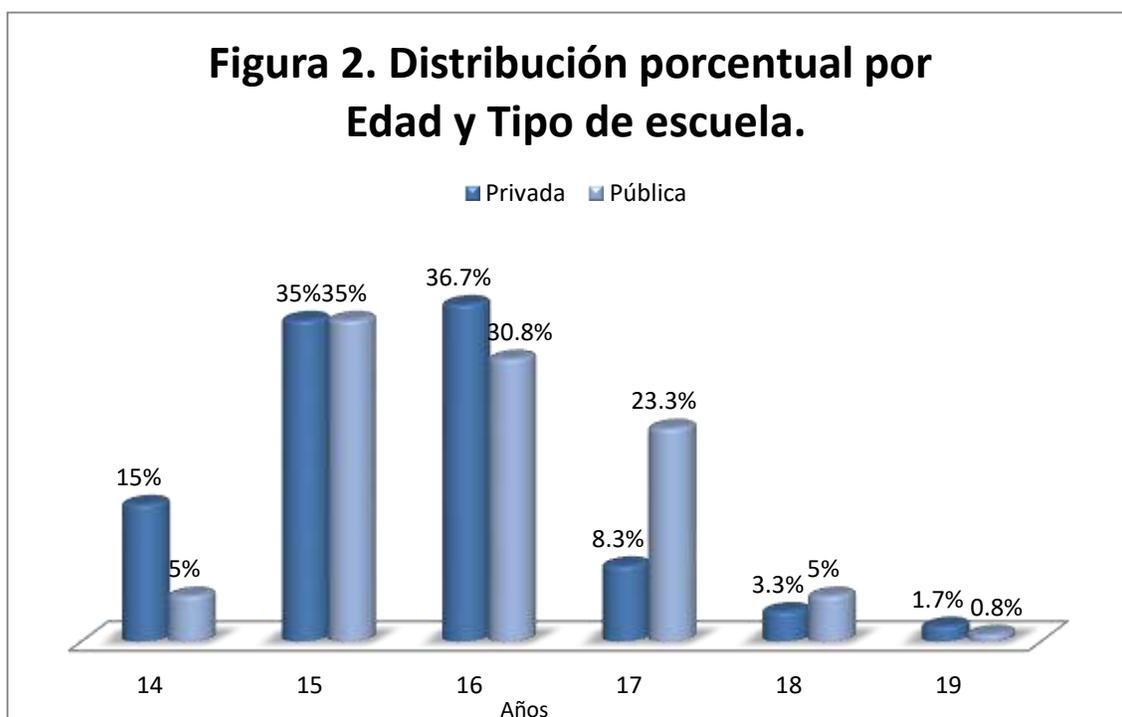
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la **Figura 1** se observa la distribución porcentual por edad, cuyo rango es de 14 a 19 años, con una media de 15.73 (DE \pm 1.058). Los valores mayores correspondieron con 35 y 33.8% para 15 y 16 años respectivamente. Las estudiantes de 18 (4.2%) y 19 años (1.3%) representaron los porcentajes menores.



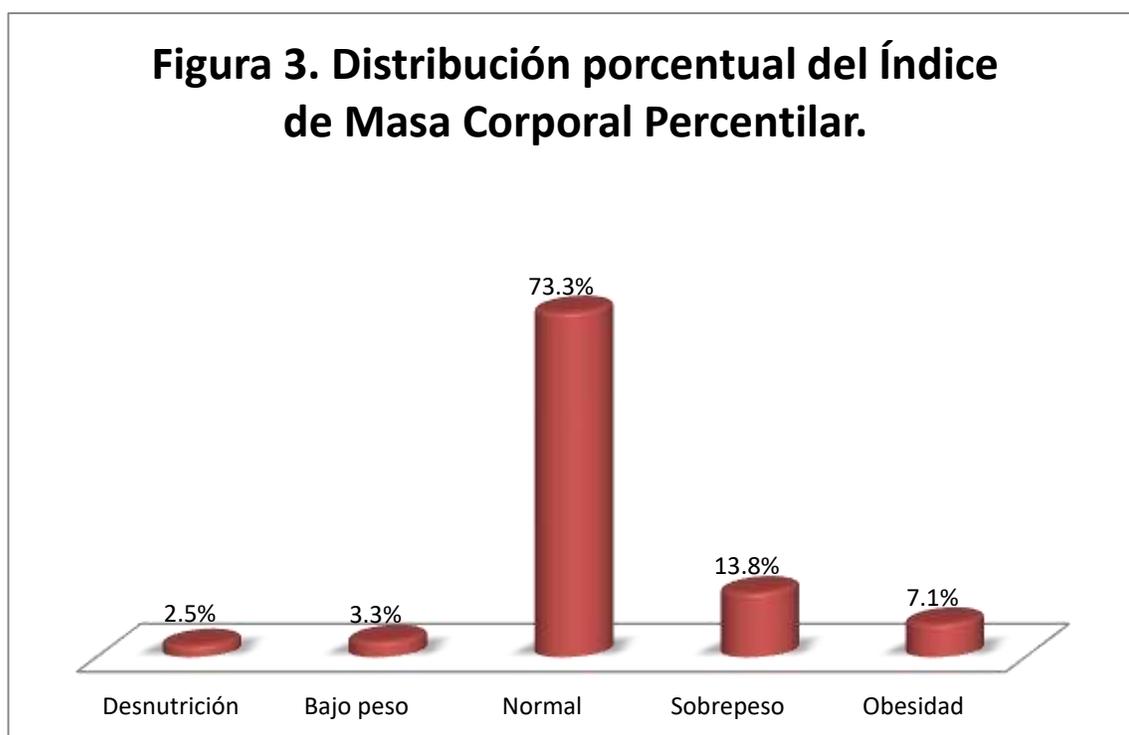
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD Y TIPO DE ESCUELA

La **Figura 2** muestra de manera más detallada las edades de las estudiantes de acuerdo con el tipo de escuela (privada y pública) a la que asisten. Predominaron las edades de 15 (35% en ambas escuelas) y 16 (36.7% preparatoria privada, 30.8% escuela pública), y en caso contrario, las mujeres entre 18 (3.3% preparatoria privada y 5% preparatoria pública) y 19 años (1.7% y 0.8% respectivamente) tuvieron los valores menores.



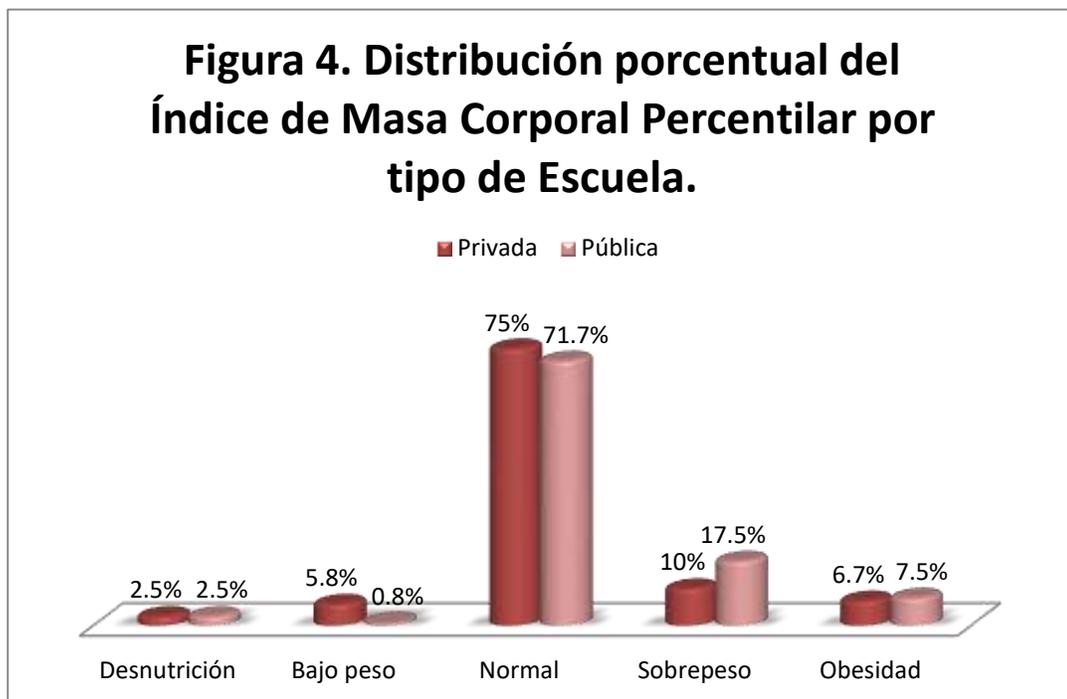
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

El IMC alcanzó una media de 22.43 (DE \pm 4.190); en la **Figura 3** se observa que el 73.3% de la muestra total se encontró dentro del rango normal. Los valores menores fueron para desnutrición con 2.5% y bajo peso con 3.3%. La obesidad registró 7.1%, seguida por el sobrepeso con un 13.8%.



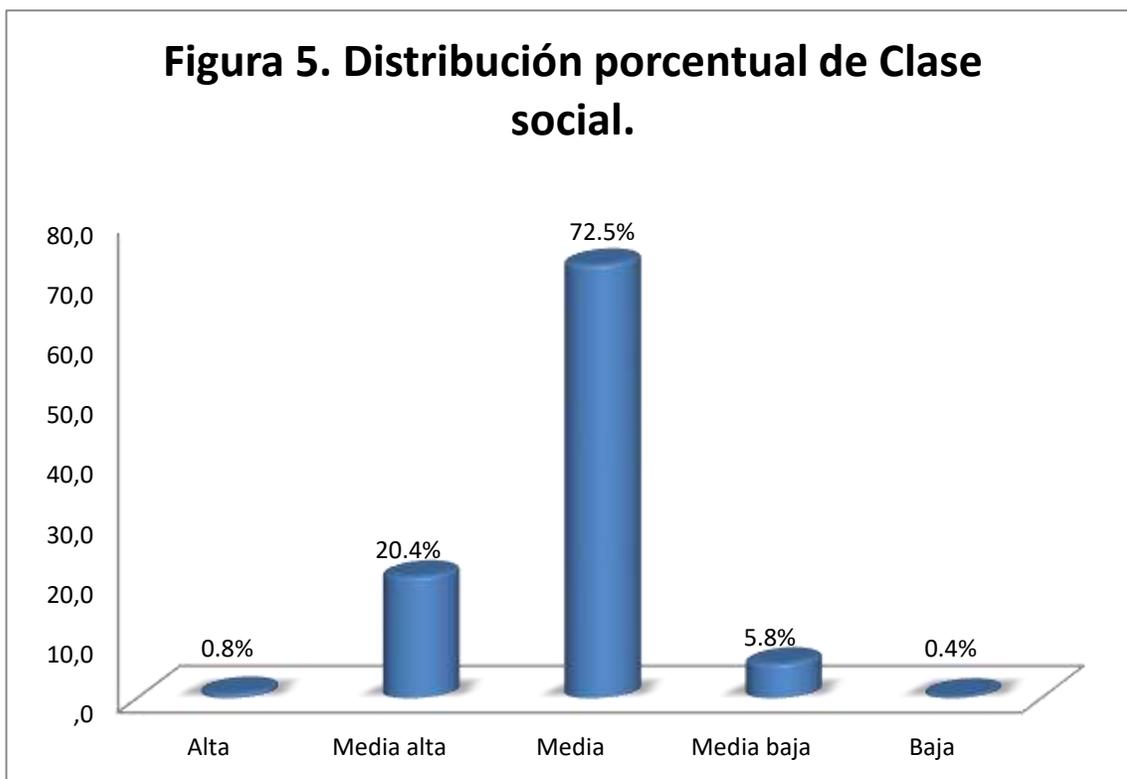
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL IMC-P POR TIPO DE ESCUELA.

La **Figura 4** hizo evidente que el 75% de las alumnas de la escuela privada tuvieron IMC-P normal, dato mayor que el de la escuela pública con 71.7%. Ambas escuelas 2.5% tuvieron desnutrición. En cuanto al bajo peso, 5.8% correspondió a la escuela privada y sólo 0.8% a la pública. La preparatoria pública tuvo valores mayores que la privada en sobrepeso y obesidad; siendo éstos 17.5% sobrepeso y 7.5% obesidad, a diferencia de 10% y 6.7% respectivamente.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CLASE SOCIAL.

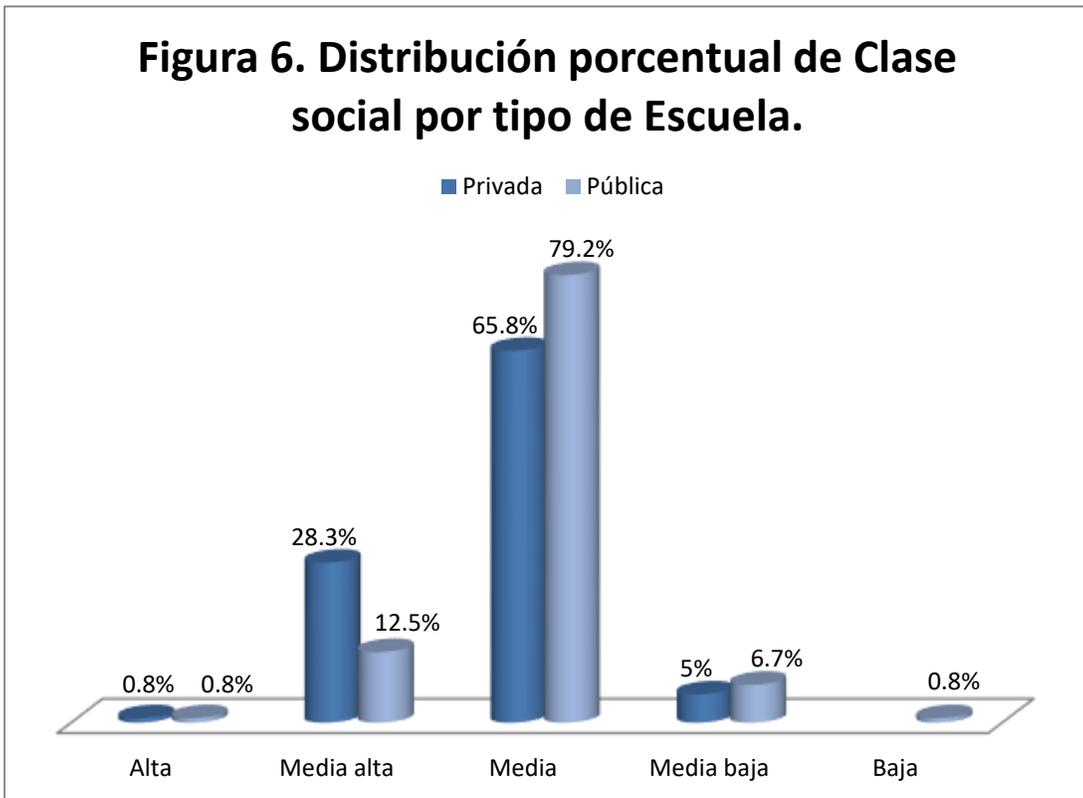
En la distribución porcentual de Clase social (**Figura 5**) se observó que la clase media predominó con 72.5% respecto de las demás, seguido de la clase media alta con 20.4% y media baja con 5.8%. La clase alta con 0.8% y la clase baja con 0.4% representan los valores menores.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CLASE SOCIAL POR TIPO DE ESCUELA.

En la distribución porcentual de Clase social por tipo de Escuela (**Figura 6**) se observó que la clase media predominó en la escuela pública con 79.2% mientras que la clase media alta en la escuela privada tuvo 28.3%. La clase alta y la baja obtuvieron 0.8% siendo así, los valores menores.

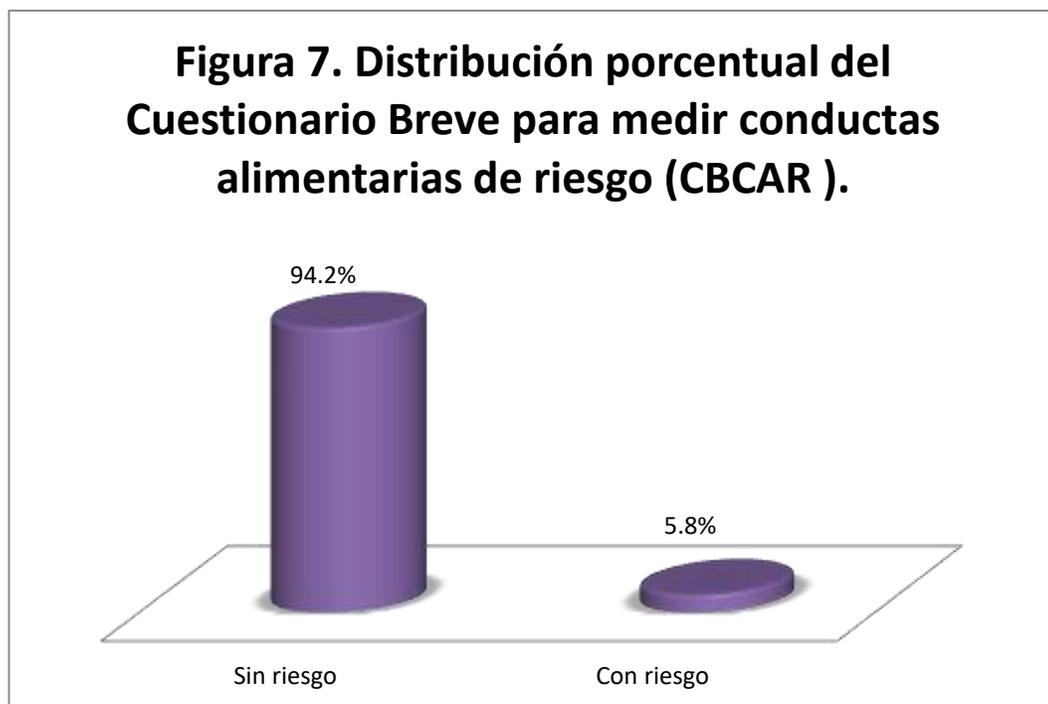
No hubo clase baja en la escuela privada.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CUESTIONARIO BREVE PARA MEDIR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CBCAR).

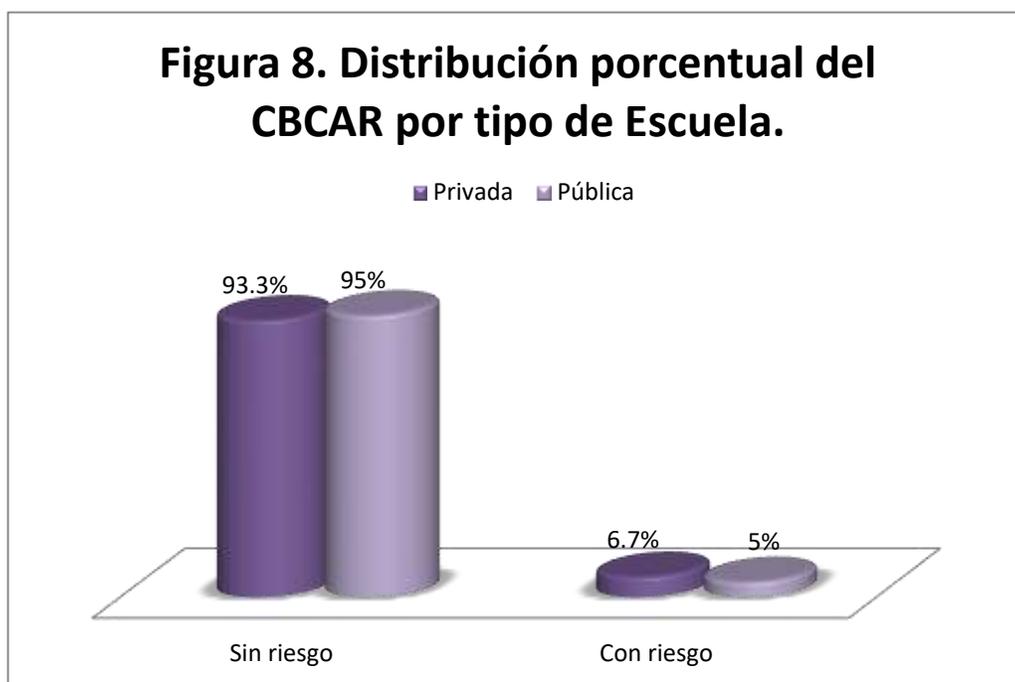
Este cuestionario conformado por 10 preguntas, tiene un punto de corte en el que puntuaciones menores a 11 significa que “no hay riesgo”, por el contrario, puntuaciones igual o mayores que 11 se consideran “con riesgo”.

En esta sección del instrumento, después de haber realizado la sumatoria para obtener dicha puntuación, los datos permitieron apreciar en la **Figura 7** que 5.8% de la muestra general tuvo riesgo de conductas alimentarias, mientras que el 94.2% restante, no las presentó.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CBCAR POR TIPO DE ESCUELA.

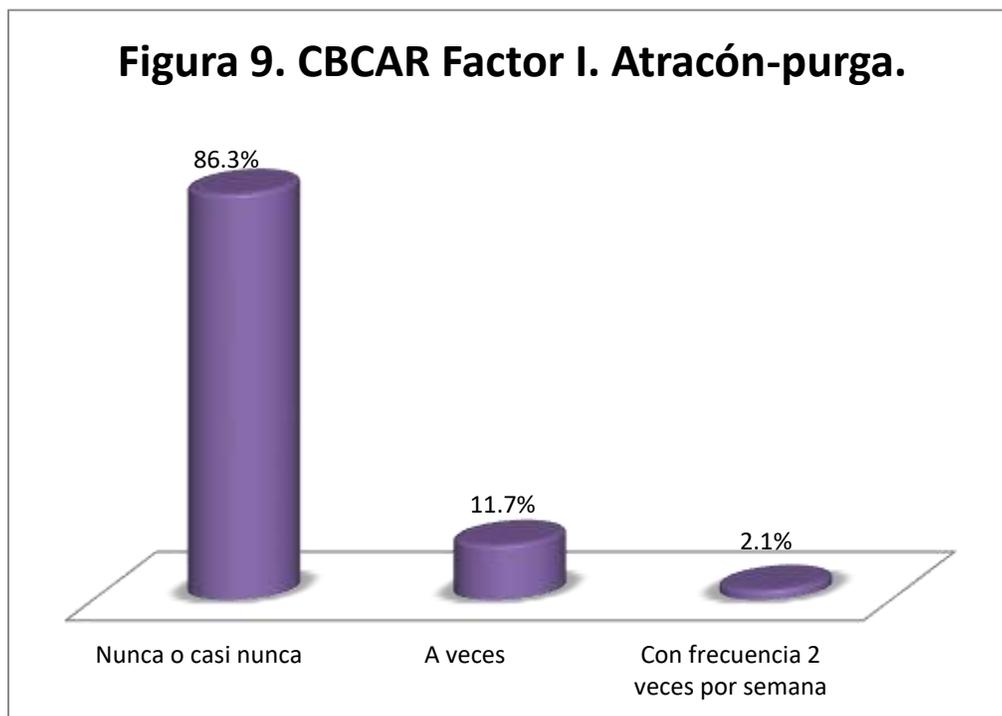
Como era de esperarse, en la escuela privada se halló mayor porcentaje de mujeres con riesgo de CAR en comparación con la escuela pública. La **Figura 8** considera el 6.7% con riesgo a las alumnas de la escuela privada y 5% de la pública. Por el contrario, el 95% de las chicas de la escuela pública no tuvo riesgo, a diferencia del 93.3% de las alumnas que asisten a escuela privada.



El CBCAR se conforma por tres factores: Atracón-purga, Medidas compensatorias y restricción.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR I. ATRACÓN-PURGA DEL CBCAR.

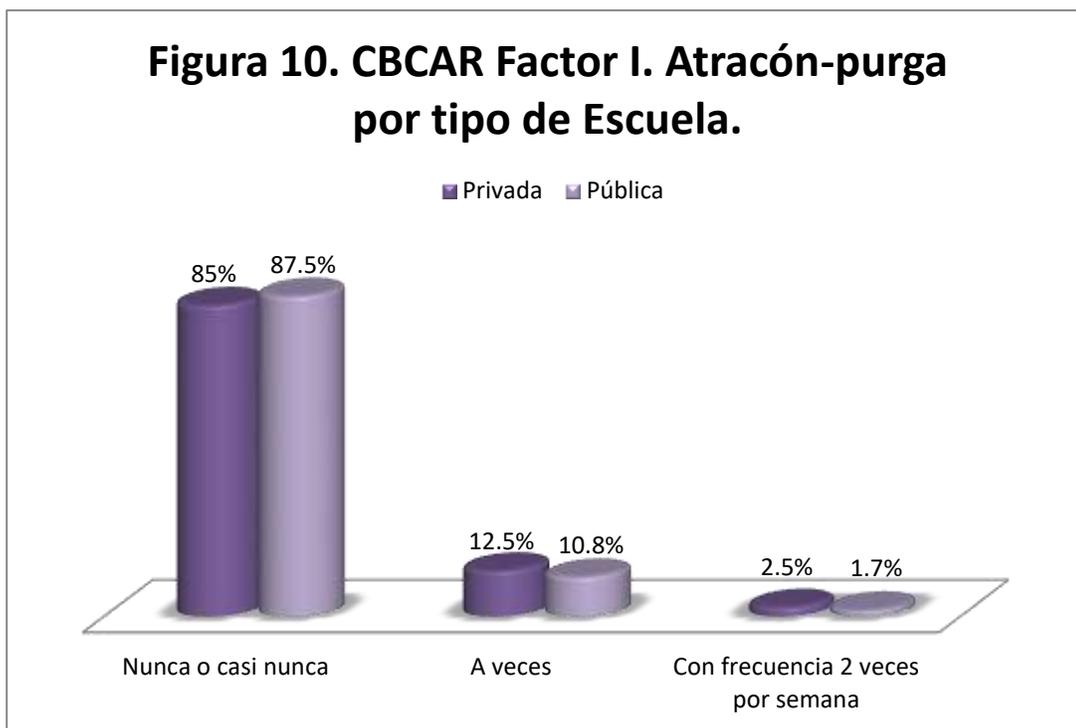
Los resultados de este factor hacen notar en la **Figura 9** que la respuesta que tuvo mayor frecuencia fue a) Nunca o casi nunca con 86.3%, seguido de b) Pocas veces con 11.7% y finalmente, 2.1% para c) Con frecuencia, 2 veces por semana. Es importante mencionar que no se registraron valores para la categoría d) Con mucha frecuencia, más de dos veces por semana.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR I. ATRACÓN-PURGA DEL CBCAR POR TIPO DE ESCUELA.

Para la respuesta a) Nunca o casi nunca, el porcentaje fue mayor en la escuela pública al tener 87.5% en comparación con la escuela privada con 85%. En cambio, los porcentajes fueron mayores en la preparatoria privada para las respuestas b) A veces y c) Con frecuencia, 2 veces por semana con 12.5% y 2.5% respectivamente; en comparación con 10.8% y 1.8% respectivamente en la escuela pública.

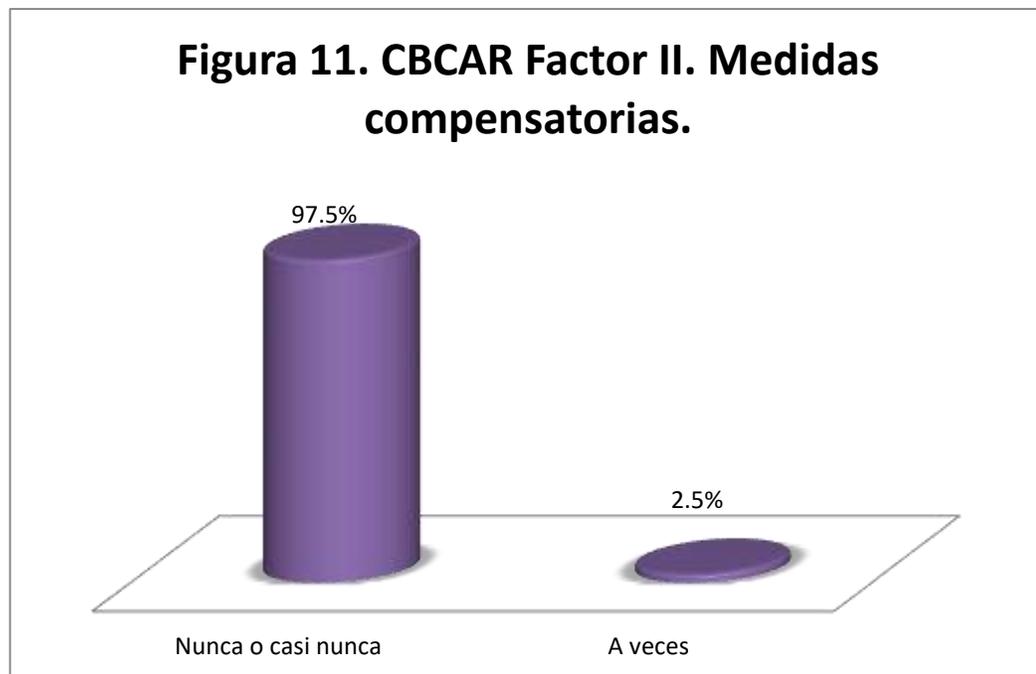
No hubo valores para la categoría d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana; tal como se puede ver en la **Figura 10**.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. MEDIDAS COMPENSATORIAS DEL CBCAR.

Los resultados del segundo factor del CBCAR en la **Figura 11** denotaron que el 97.5% de la muestra total (n=240) respondieron a) Nunca o casi nunca y el 2.5% restante corresponde a la categoría b) A veces.

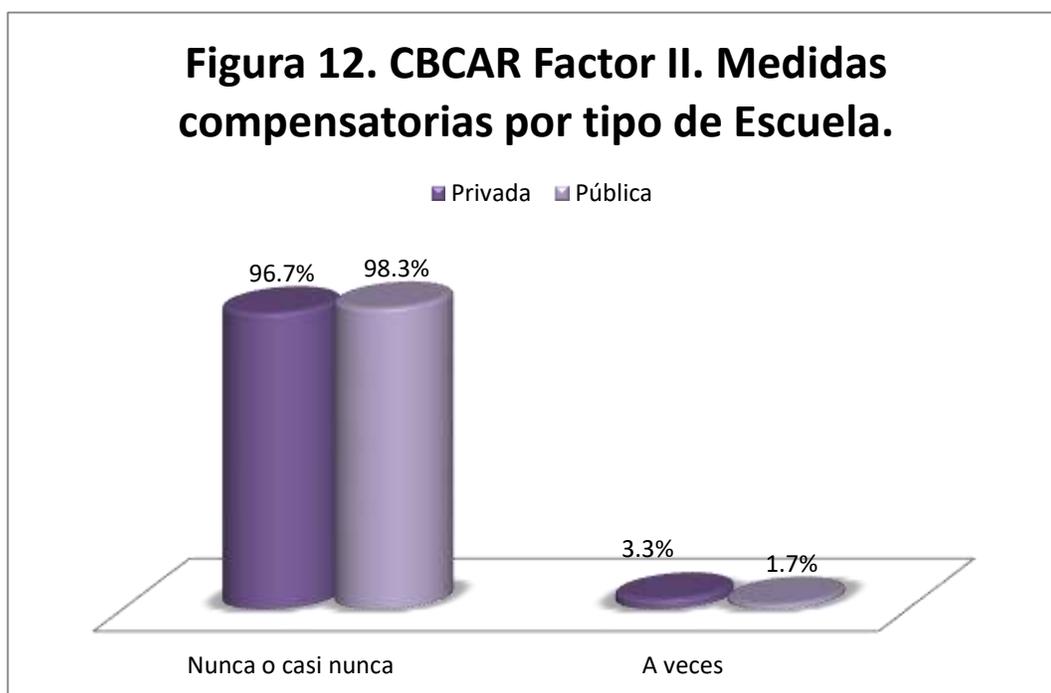
No hubo valores para la categoría c) Con frecuencia, 2 veces por semana y d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. MEDIDAS COMPENSATORIAS DEL CBCAR POR TIPO DE ESCUELA.

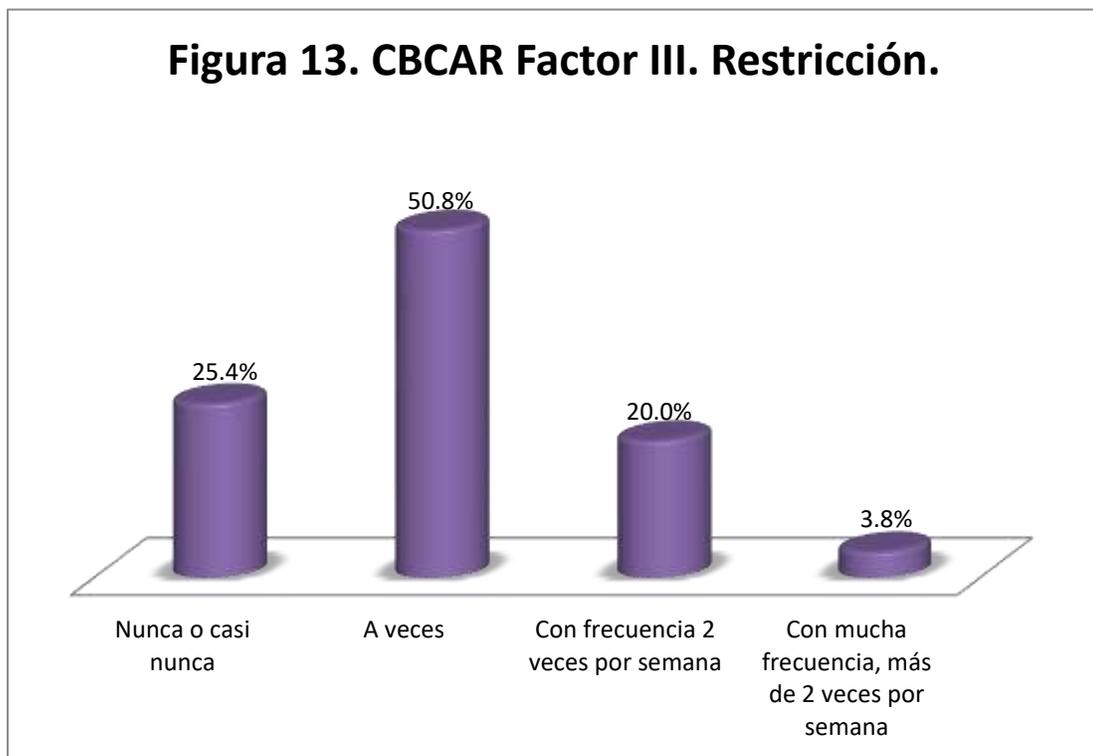
Al observar los resultados del segundo factor del CBCAR en la **Figura 12** la escuela pública tuvo 98.3%, porcentaje mayor que el de la escuela privada de 96.7% para la respuesta a) A veces. De modo contrario, la escuela privada tuvo el porcentaje más alto con 3.3% para la respuesta b) A veces, y la pública con 1.7%.

Nuevamente, no hubo valores en las categorías c) Con frecuencia, 2 veces por semana y d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



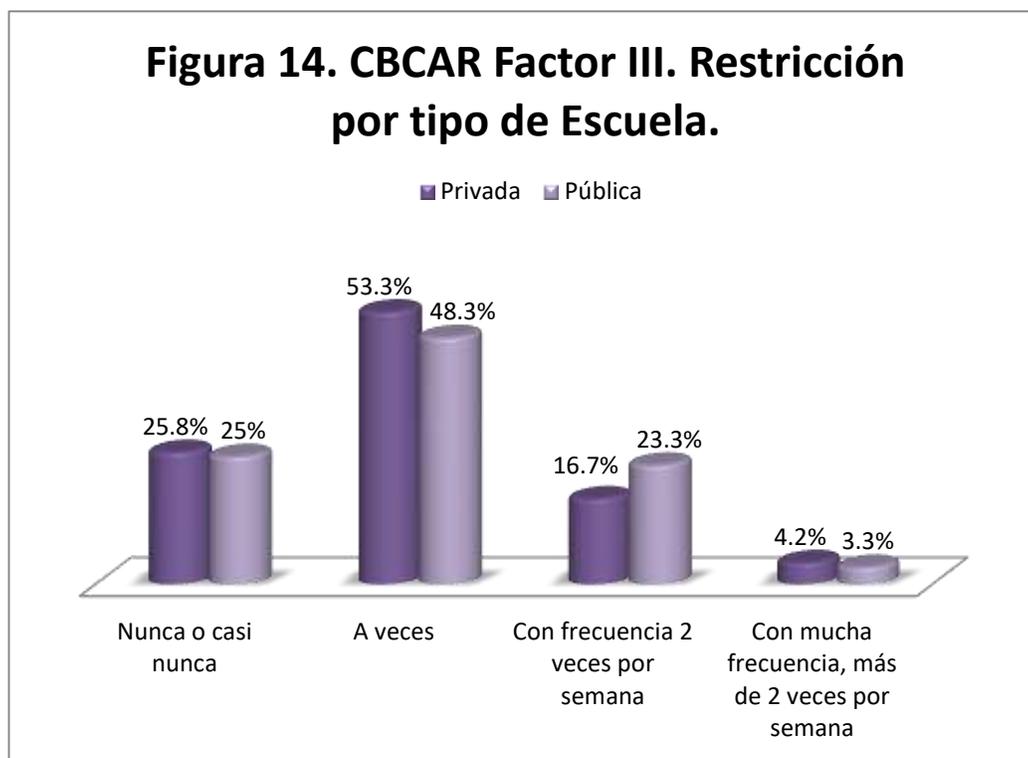
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR III. RESTRICCIÓN DEL CBCAR.

El tercer factor del CBCAR es restricción (**Figura 13**), el cual obtuvo 50.8% en la respuesta b) A veces, siendo así el de mayor porcentaje. Para las respuestas a) Nunca o casi nunca y c) Con frecuencia, 2 veces por semana los porcentajes registrados fueron 25.4% y 20% y el 3.8% restante de la muestra total (n=240) eligieron la opción d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



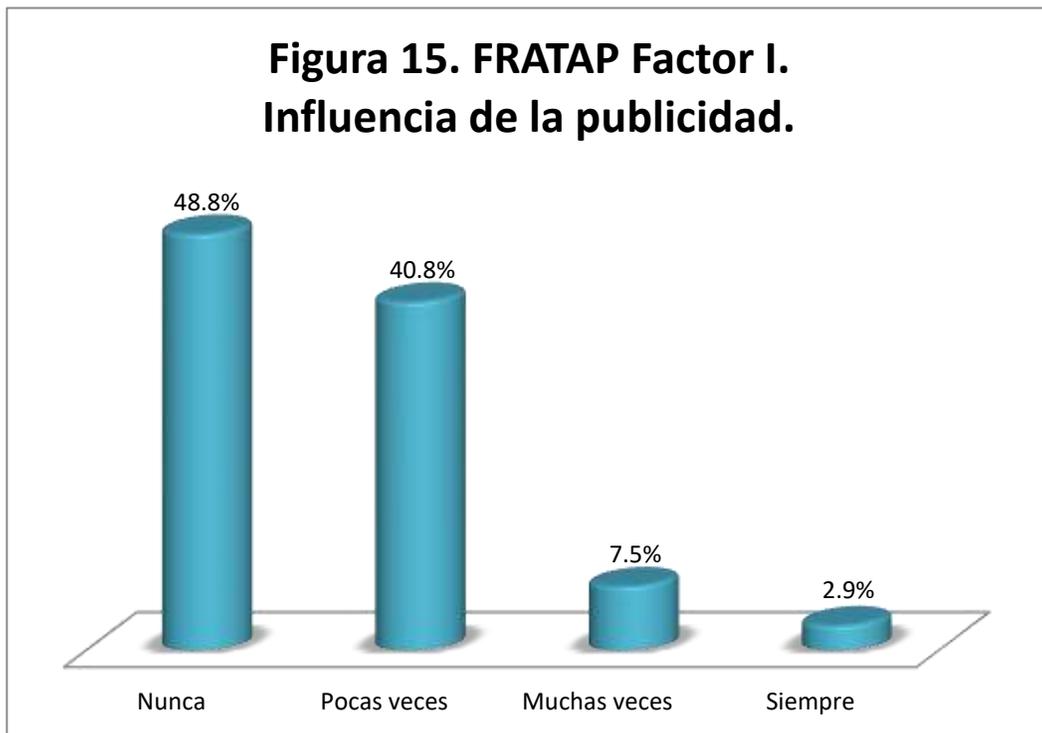
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR III. RESTRICCIÓN DEL CBCAR POR TIPO DE ESCUELA.

La **Figura 14** incluye los porcentajes de las cuatro categorías de respuesta del tercer factor del CBCAR tanto en la escuela privada como en la pública. Para la respuestas a) Nunca o casi nunca (25.8% y 25%), b) A veces (53.3% y 48.3%) y d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana (4.2% y 3.3%) los porcentajes obtenidos fueron ligeramente mayores para la escuela privada respecto de la pública. La respuesta c) Con frecuencia, 2 veces por semana fue la única en la que la escuela pública tuvo un porcentaje mayor que la privada siendo así, el 23.3% en comparación con el 16.7%.



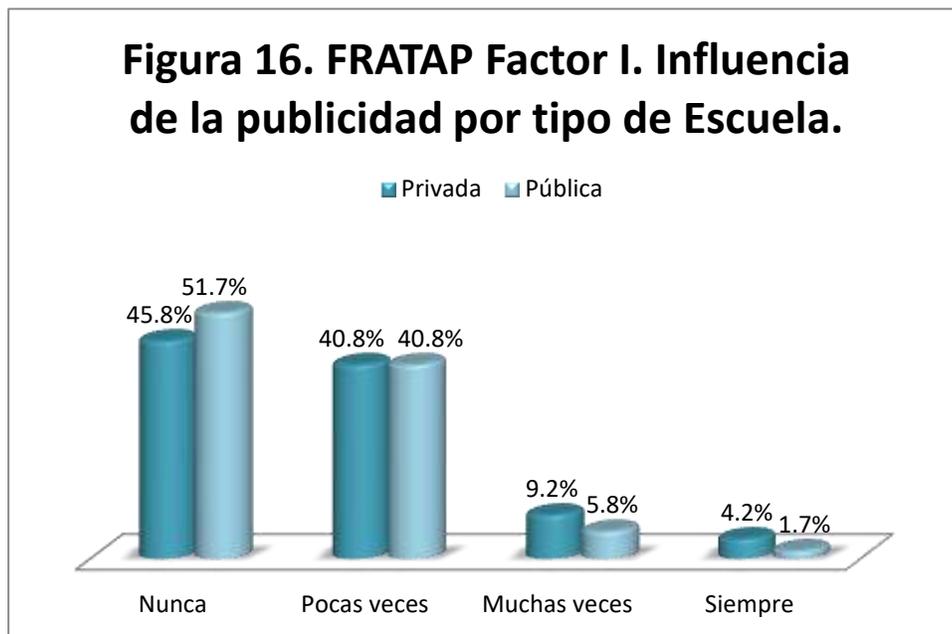
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FRATAP FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

En la **Figura 15** se distinguen las respuestas a) Nunca (48.8%) y b) Pocas veces (40.8%) con los porcentajes mayores, a diferencia de las opciones c) Muchas veces (7.5%) y d) Siempre (2.9%) que representaron los valores menores de la muestra total.



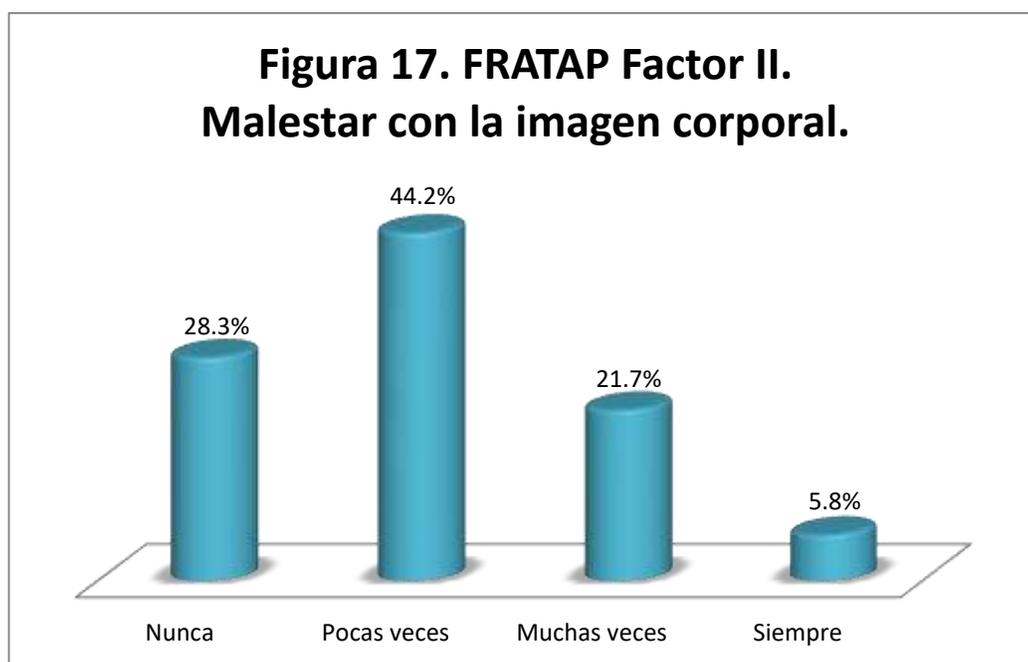
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FRATAP POR TIPO DE ESCUELA FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

En la **Figura 16** se aprecia que en el primer factor del FRATAP, Influencia de la publicidad, la preparatoria pública obtuvo el 51.7%, porcentaje mayor en la opción a) Nunca, mientras que la escuela privada tuvo 45.8%. La categoría b) Pocas veces tuvo 40.8% en los dos tipos de escuela. Los valores menores, fueron para c) Muchas veces y d) Siempre. En éstas últimas, la escuela privada tuvo los valores más altos, 9.2% y 4.2% mientras que para la escuela pública dichos valores fueron de 5.8% y 1.7%, respectivamente.



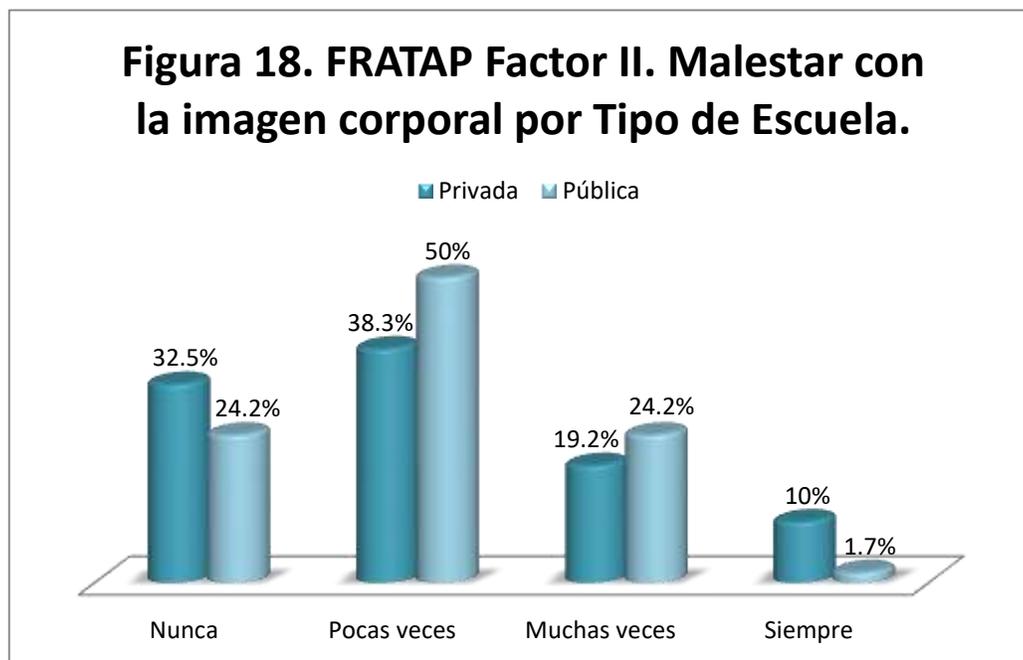
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL DEL FRATAP.

El segundo factor del FRATAP es Malestar con la imagen corporal, en la **Figura 17** de las respuestas de las 240 alumnas de las preparatorias se apreció que la respuesta b) Pocas veces fue la más elegida pues tiene 44.2%; seguido de la opción a) Nunca, con 28.3%, c) Muchas veces, con 21.7% y finalmente 5.8% para d) Siempre.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL DEL FRATAP POR TIPO DE ESCUELA.

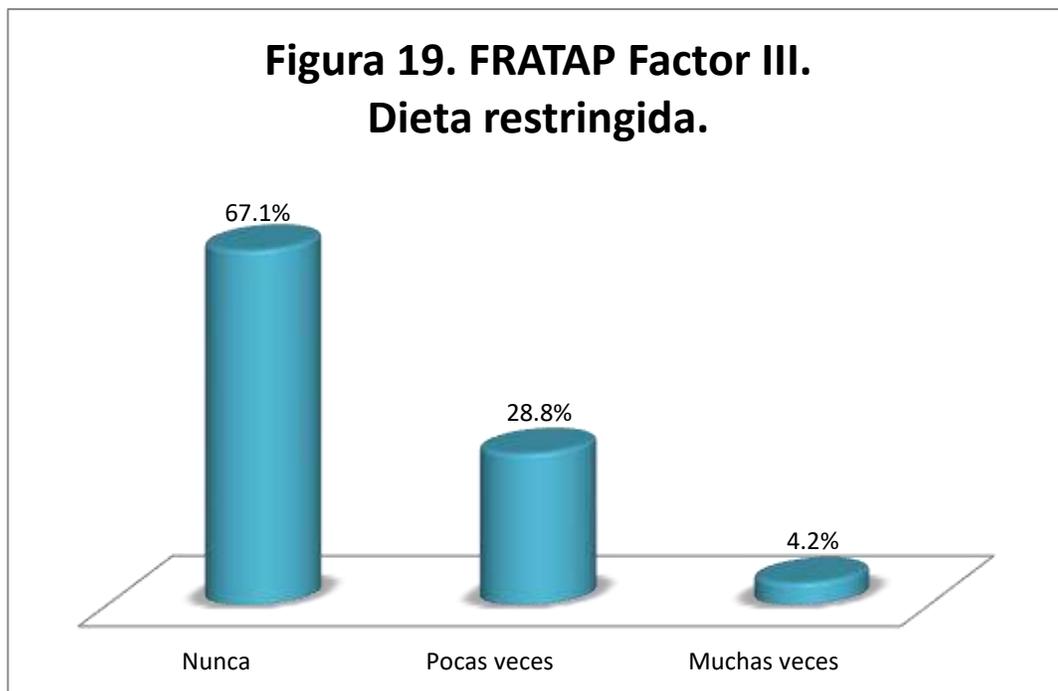
Al comparar las respuestas obtenidas en el segundo factor del FRATAP entre las chicas de los dos tipos de preparatoria; los resultados quedaron explícitos en la **Figura 18**. 32.5% de las estudiantes de la escuela privada y 24.2% de la pública mencionaron que nunca sienten o experimentan malestar con su imagen corporal; en cuanto a b) Pocas veces, la escuela pública tuvo el porcentaje mayor, con 50% y la privada 38.3%. La respuesta c) Muchas veces, tuvo 19.2% de la privada y 24.2 de la pública. Por último, el 10% de alumnas de la escuela privada, seleccionaron d) Siempre, y sólo el 1.7% de la escuela privada.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR III. DIETA RESTRINGIDA DEL FRATAP.

La **Figura 19** contiene los resultados obtenidos para el tercer factor: dieta restringida, los cuáles muestran que el valor mayor correspondió con la primera opción de respuesta (Nunca) por tener 67.1%. El valor menor es 4.2% para la respuesta c) Muchas veces y entre éstos, la opción b) Pocas veces, obtuvo 28.8%.

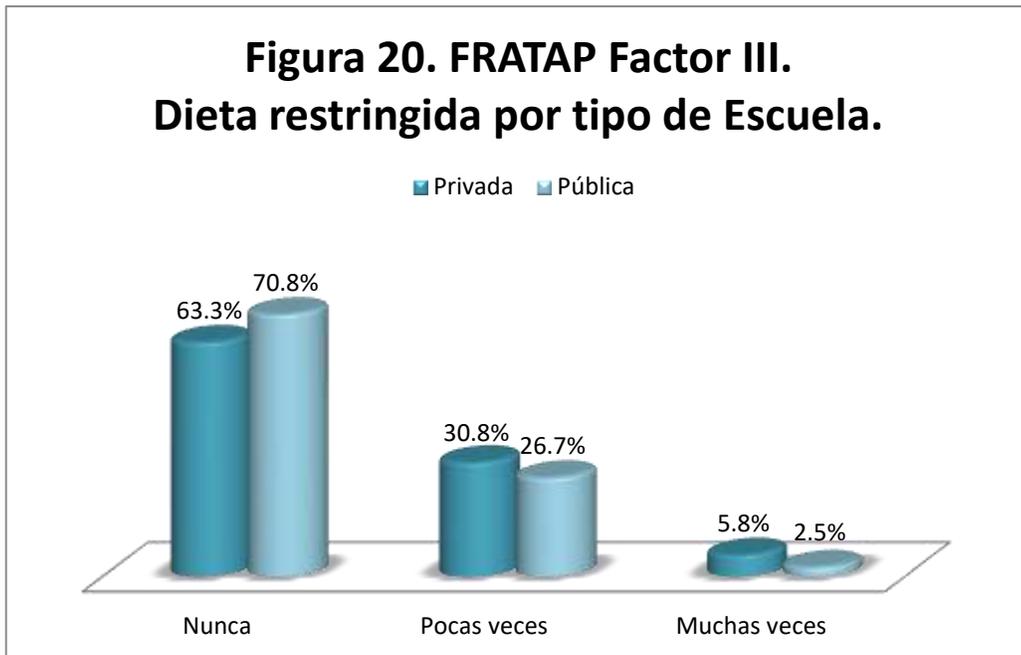
Como se puede observar no hubo sujetos que optaran por la categoría d) Siempre.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR III. DIETA RESTRINGIDA DEL FRATAP POR TIPO DE ESCUELA.

A continuación, en la **Figura 20** al igual que en la anterior, se muestra el tercer factor pero contrastando los resultados obtenidos en cada tipo de escuela. Los porcentajes mayores fueron 70.8% (escuela pública) y 63.3% (escuela privada), siendo ambos de la categoría de respuesta a) Nunca. El 38% de la escuela privada eligieron b) Pocas veces y la pública el 26.7%. Asimismo, el 5.8% (escuela privada) y 2.5% (escuela pública), ambos porcentajes de la tercera categoría c) Muchas veces.

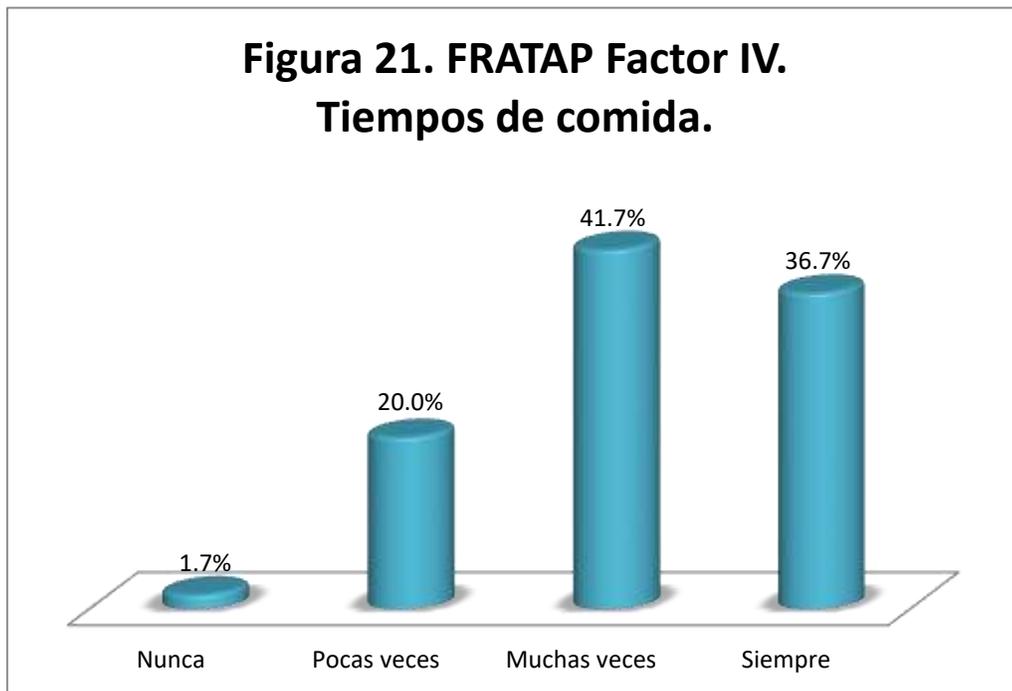
Se debe resaltar, que la alternativa d) Siempre; no fue seleccionada.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR IV. TIEMPOS DE COMIDA DEL FRATAP.

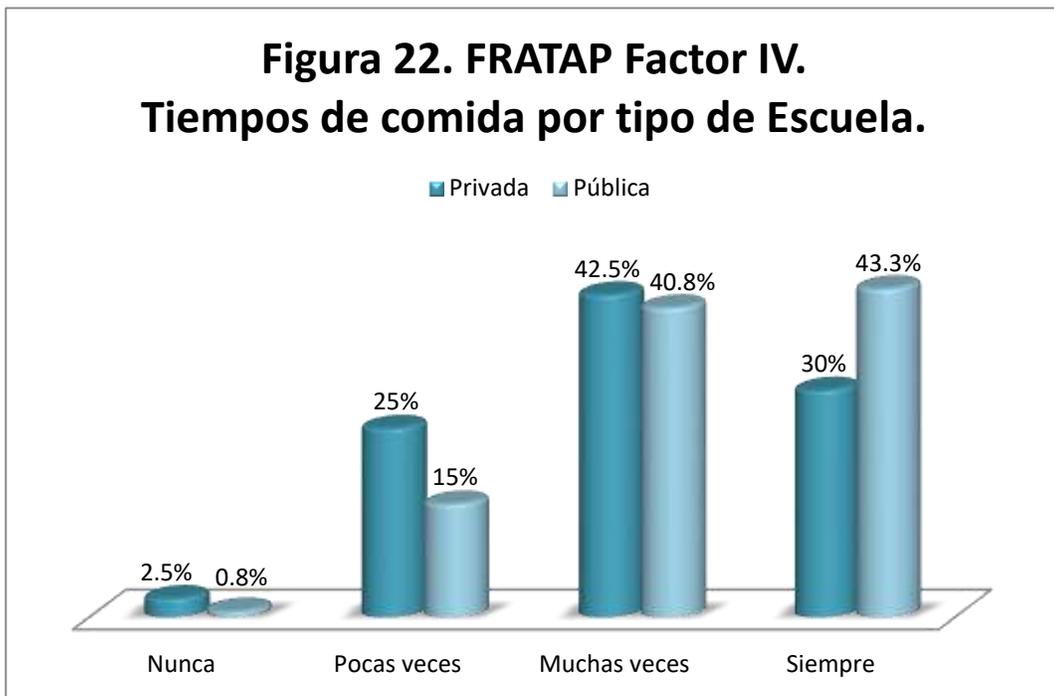
En la **Figura 21** se aprecia el comportamiento del factor tiempos de comida. El porcentaje más alto en la muestra total lo tuvo c) Muchas veces, con 41.7%. En segundo lugar d) Siempre, con un 36.7% precedido por el 20% de b) Pocas veces.

La respuesta a) Nunca, tuvo el porcentaje minoritario, 1.7%.



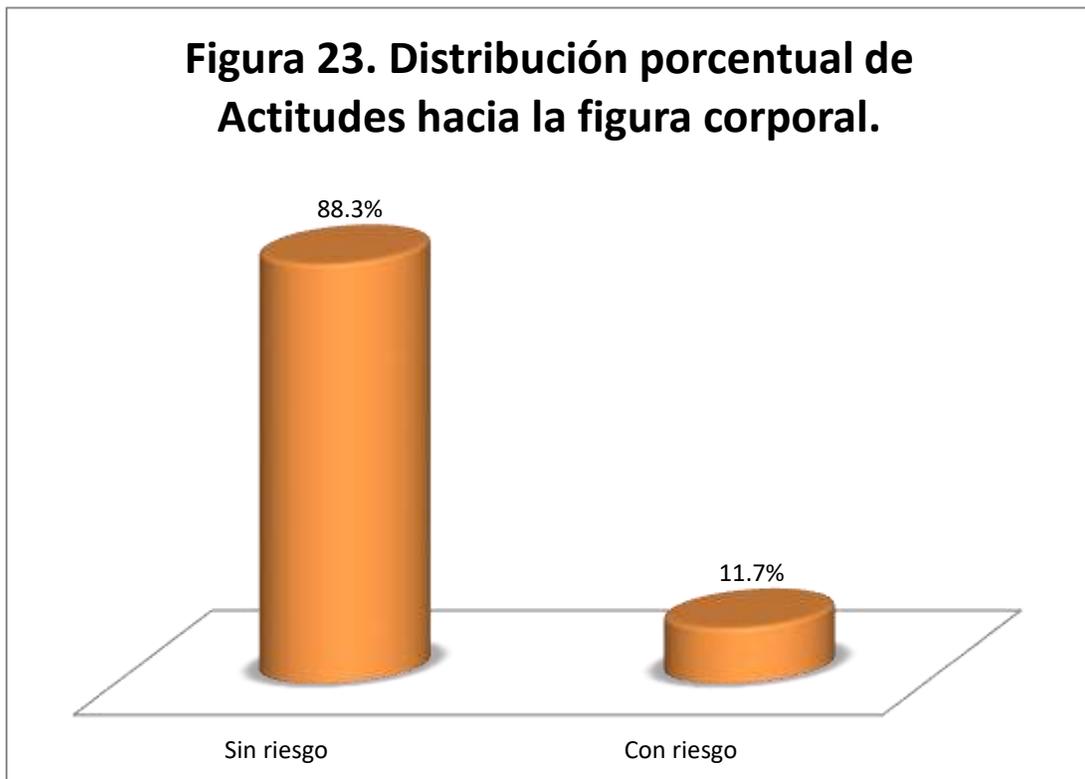
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR
IV. TIEMPOS DE COMIDA DEL FRATAP POR TIPO DE ESCUELA.

Al comparar los resultados provenientes de los dos tipos de escuelas preparatorias en esta última variable del FRATAP; tal como se observa en la **Figura 22** se tuvo que a) Nunca, representó los valores menores al tener 2.5% y 0.8% para las escuelas privada y pública respectivamente; b) Pocas veces, alcanzó el 25% a la escuela privada y el 15% en la escuela pública. Las categorías c) Muchas veces y d) Siempre, contienen los valores más altos, los cuáles fueron 42.5% (privada) y 40.8% (pública) para la primera y 30% (privada) y 43.3% (pública) para la segunda.



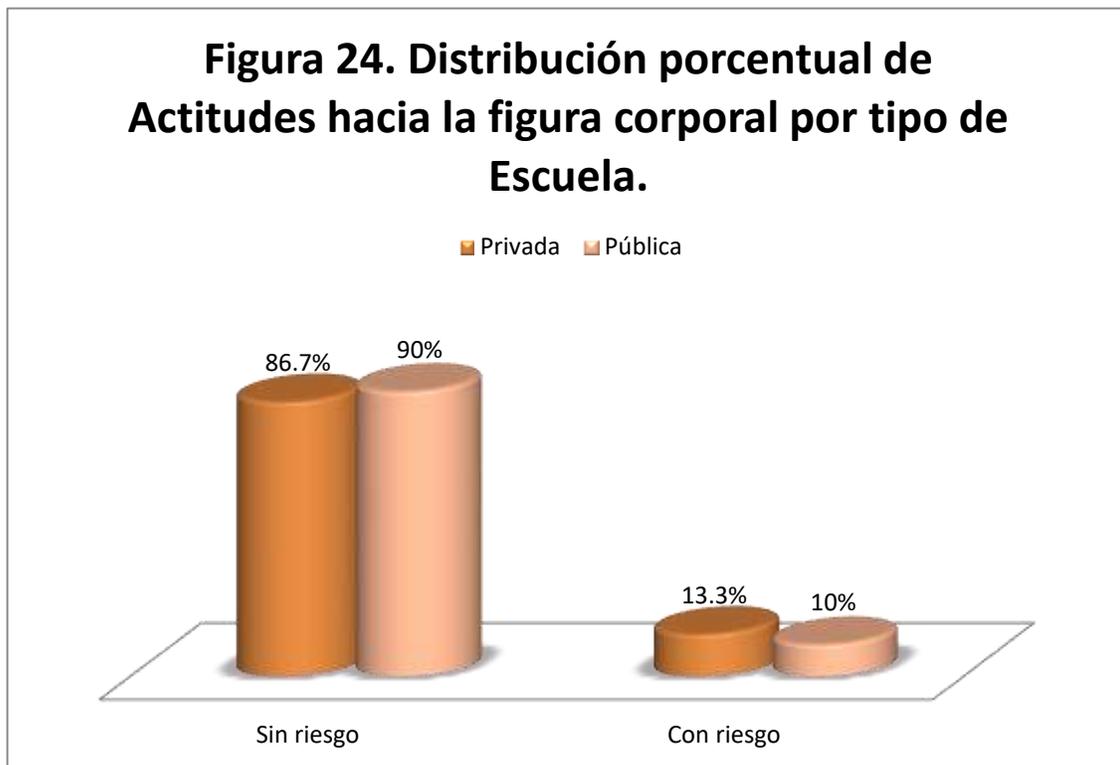
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL.

Este cuestionario consta de 15 preguntas cuyo punto de corte es 37, en el cual aquellas puntuaciones menores denotan la ausencia de actitudes hacia la delgadez. El 11.7% de toda la muestra tuvo actitudes de riesgo hacia la figura corporal, mientras que el 88.3% no las presentó, tal como se muestra en la **Figura 23**.



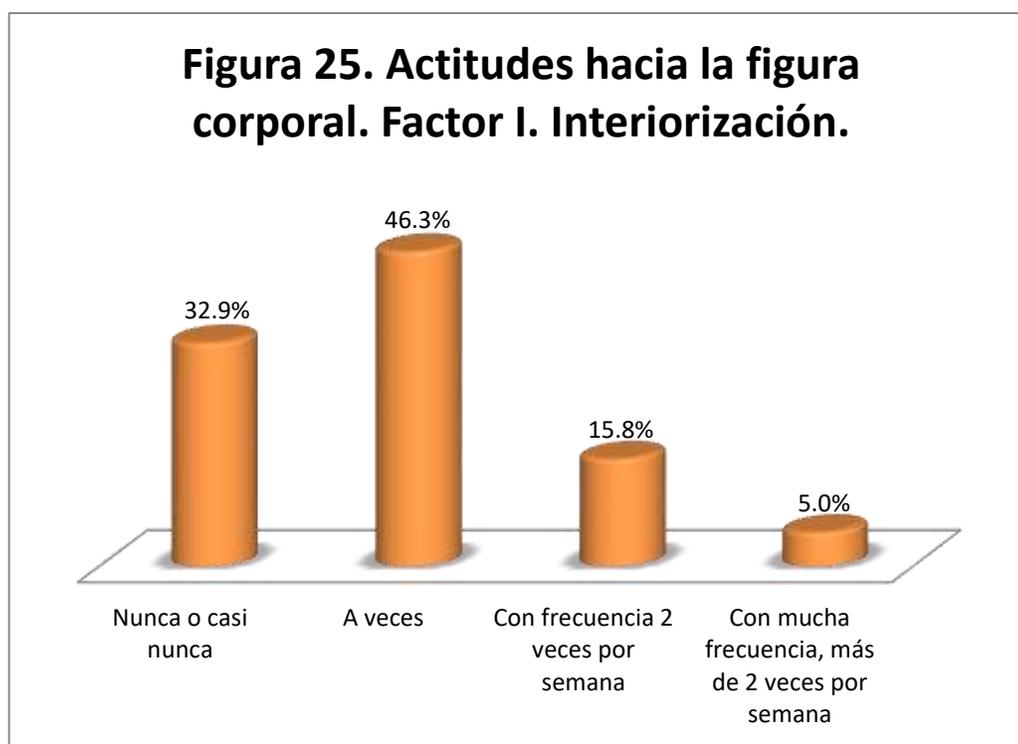
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA.

En la **Figura 24** se aprecia que el 90% (escuela privada) y 86.7% (escuela pública) fueron los porcentajes más altos y representaron la ausencia de riesgo; en oposición a éstos datos, los porcentajes de sujetos con riesgo fueron 13.3% (escuela privada) y 10% (escuela pública).



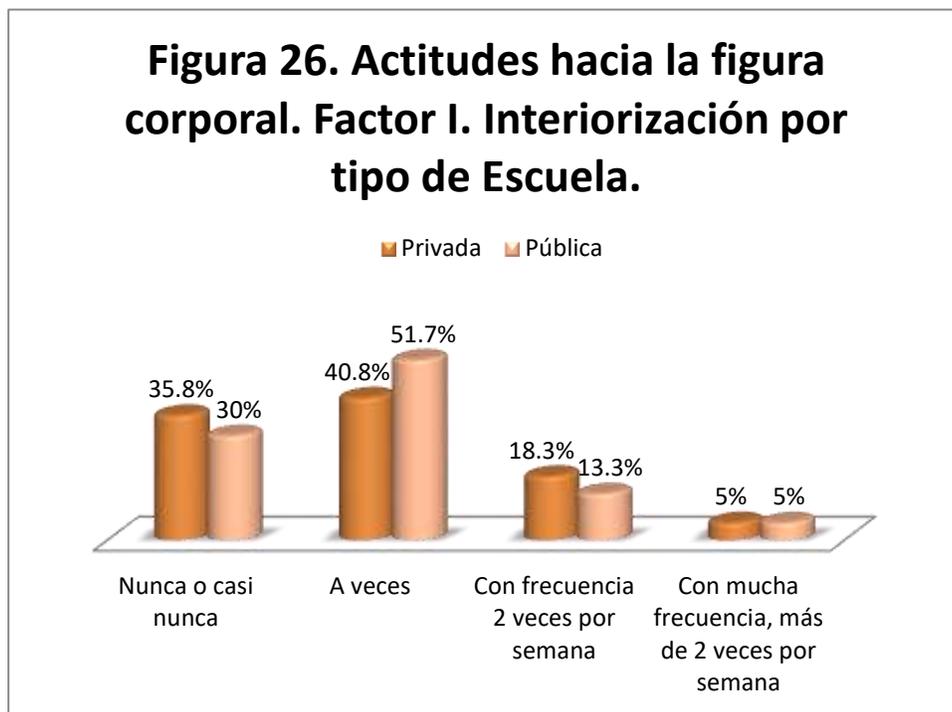
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR I. INTERIORIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL.

En la **Figura 25** se observan los porcentajes de respuesta obtenidos a partir de la muestra general. Para el factor de Interiorización el valor mayor es 46.3% correspondiente a la respuesta b) A veces, en orden decreciente, se tuvo a) Nunca o casi nunca con 32.9%, c) Con frecuencia, 2 veces por semana, con 15.8% y para finalizar, el 5% restante corresponde a la opción d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



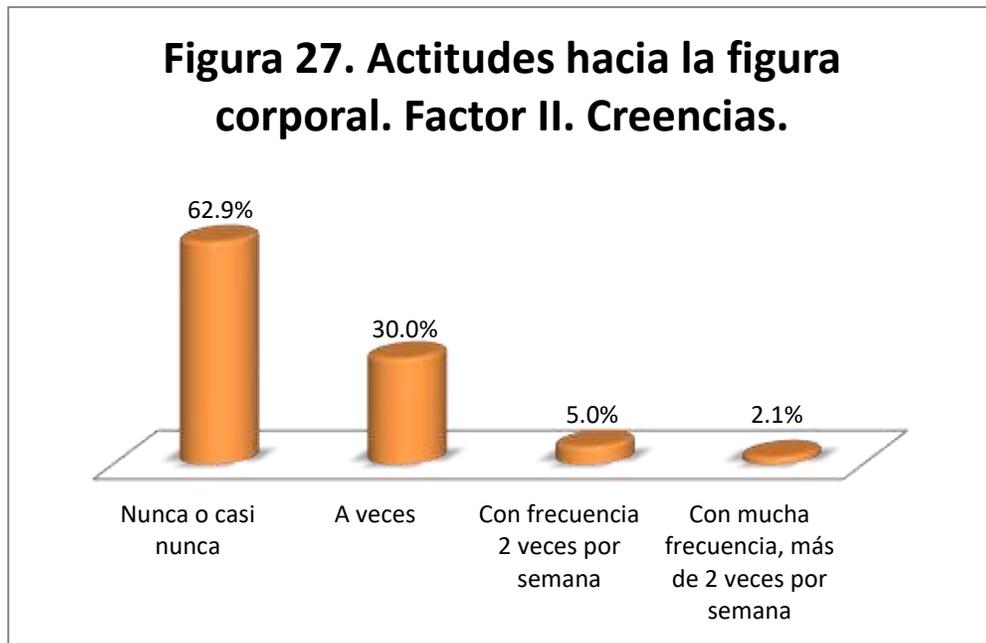
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR I. INTERIORIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA.

Al realizar el comparativo entre los tipos de escuelas (privada y pública) en la **Figura 26**, la respuesta b) A veces, fue la más seleccionada y esto se hizo evidente con el 51.7% (escuela pública) y 40.8% (escuela privada). La opción a) Nunca o casi nunca, tuvo porcentajes de 35.8% en la escuela privada y 30% en la escuela pública y enseguida, c) Con frecuencia, 2 veces por semana, con valores de 18.3% y 13.3%, para las preparatorias privada y pública, respectivamente. En último lugar de selección, se encontró d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana, pues tuvo 5% en ambas muestras.



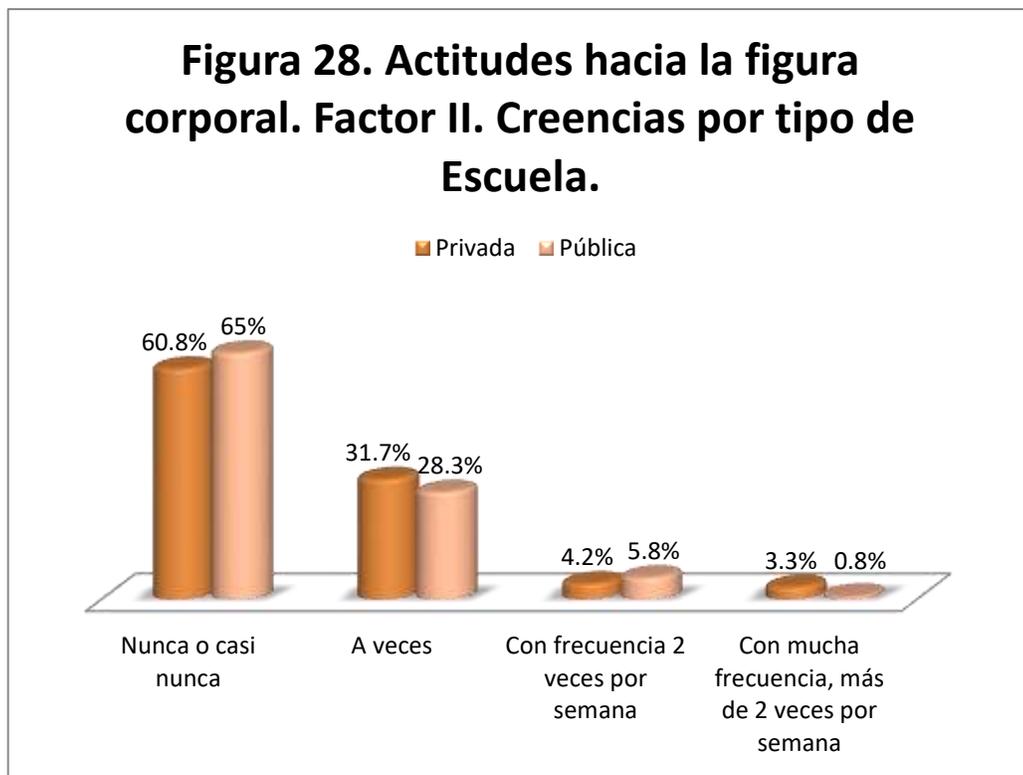
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. CREENCIAS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL.

En el segundo factor del Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal Creencias (**Figura 27**); se obtuvieron los siguientes porcentajes a partir de la muestra total, y siguiendo un orden decreciente el 62.9% se asoció con a) Nunca o casi nunca, el 30% con b) A veces, el 5% vinculado con la opción c) Con frecuencia, 2 veces por semana y finalmente, el 2.1% para d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



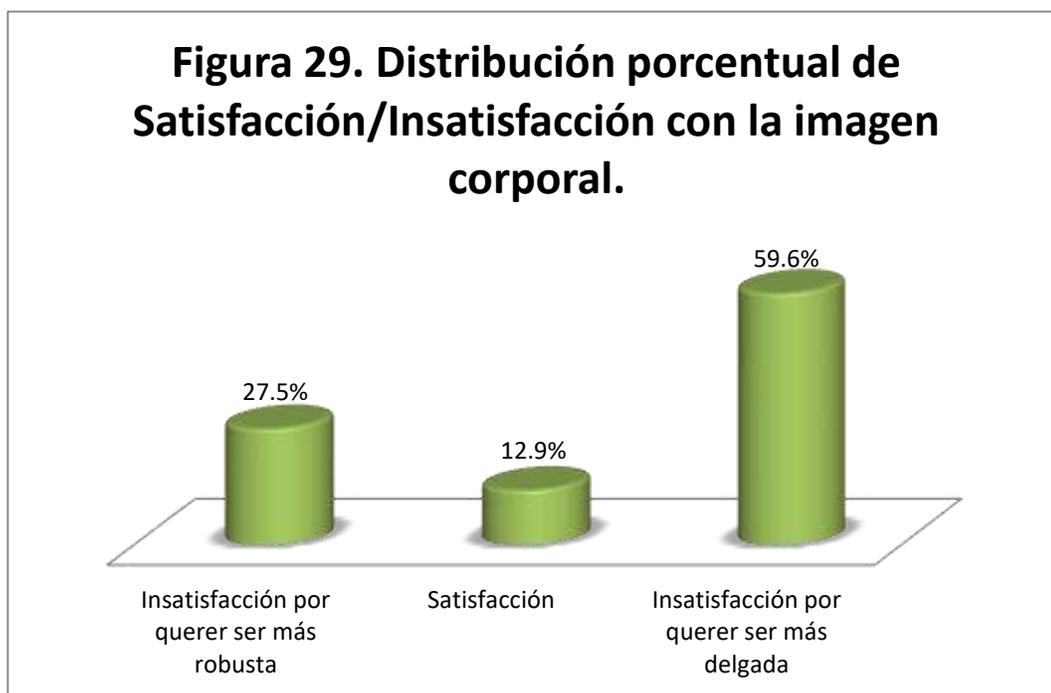
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FACTOR II. CREENCIAS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA.

La **Figura 28** muestra claramente los porcentajes de las respuestas que se tienen en cada tipo de escuela, esto es; el 60.8% y el 65% eligieron a) Nunca o casi nunca; 31.7% y 28.3% seleccionaron b) A veces; 4.2% y 5.8% optaron por c) Con frecuencia, 2 veces por semana y por último, el 3.3% y 0.8% para d) Con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana.



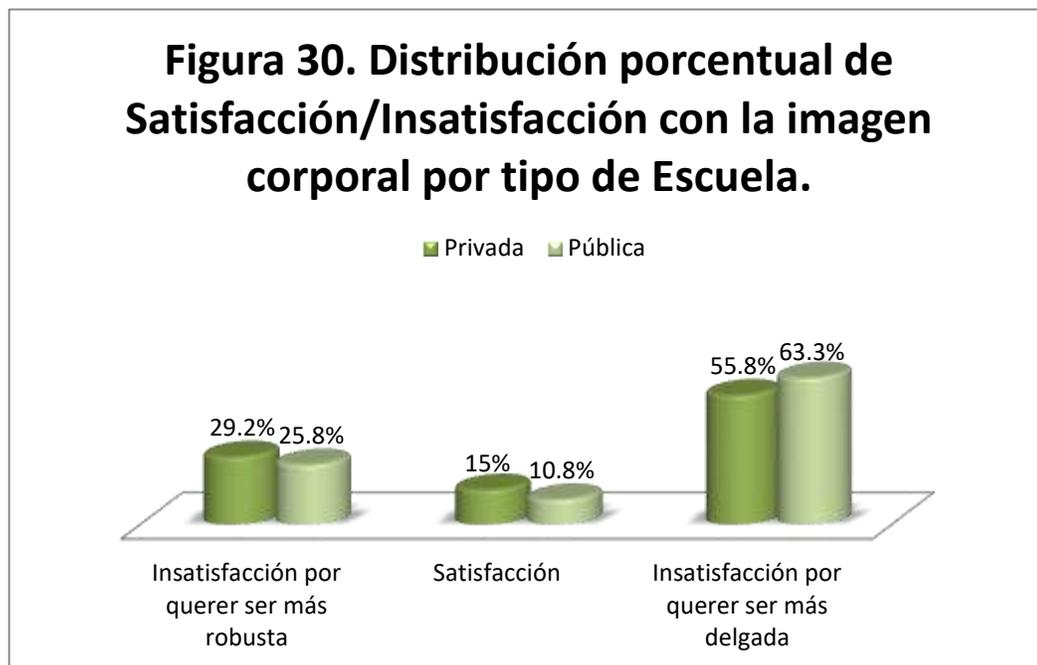
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

En la **Figura 29** se encuentran representados los porcentajes resultantes de esta variable previamente recategorizada; de este modo, denotó la existencia de satisfacción con la imagen corporal, o bien, insatisfacción, ya sea porque las alumnas desean estar más delgadas o más robustas. En esta variable se encontró que sólo el 12.9% del total de la muestra reportó estar satisfecha con su imagen corporal, haciendo evidente los altos porcentajes para la insatisfacción; ya sea con tendencia a la delgadez o para tener un cuerpo más robusto, cuyos porcentajes fueron 59.6% y 27.5% respectivamente.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA.

En esta variable se encontró que el 15% de las alumnas de la escuela privada se consideran satisfechas con su imagen corporal, a diferencia del 10.8% de las alumnas de la escuela pública. Caso contrario, los porcentajes son mayores en insatisfacción por querer ser más delgadas, teniendo 63.3% en la escuela pública, en contraste con el 55.8% de la privada. A su vez, el 29.2% de las alumnas que asisten a escuela privada tienen tendencia a querer ser más robustas, mientras que el 25.8% son de la escuela pública. Estos resultados se observan en la **Figura 30**.



PRUEBA T DE STUDENT

Con la finalidad de determinar si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables evaluadas, se aplicó la prueba t de Student, cuyo nivel de confianza fue del 95% y 238 grados de libertad. En la **Tabla 5** claramente se aprecia que únicamente los factores Malestar con la imagen corporal y Dieta restringida fueron diferentes de manera significativa entre las escuelas alcanzando valores más altos en la institución privada en ambos factores con respecto de la pública.

Tabla 5. Prueba T de Student aplicada a las variables de estudio.

	F	Nivel de significancia
IMC-Percentilar	1.742	.188
Cuestionario breve para medir CAR	1.211	.272
Atracón-purga	1.468	.227
Medidas compensatorias	2.751	.099
Restricción	.720	.397
Influencia de la publicidad	1.499	.222
Malestar con la imagen corporal	8.557	.004
Dieta restringida	7.024	.009
Tiempos de comida	.349	.555
Actitudes hacia la figura corporal	2.596	.108
Interiorización	1.754	.187
Creencias	1.379	.241
Satisfacción/Insatisfacción	.379	.539

Significancia estadística al nivel de confianza del 95% con 238 grados de libertad.

9. DISCUSIÓN

A través de este proyecto de investigación se obtuvo la prevalencia de factores de riesgo asociados con TCA en dos tipos de escuela preparatoria (privada y pública), en Pachuca de Soto, Hidalgo; asimismo, se realizó el comparativo entre ambos tipos.

La información procede de 240 mujeres adolescentes de entre 14 y 19 años, que según lo descrito por Benedito *et al* en el 2003 es el grupo con mayor riesgo ante los TCA,; puesto que en esta etapa existe sobrevaloración de las dimensiones corporales, debido a que hay insatisfacción con su imagen corporal, desean perder peso y por lo tanto, se someten a dietas restrictivas; información que pudo corroborarse con los resultados de este estudio.

De la muestra total, el 73.3% obtuvo IMC-P normal; dato congruente con el 73% obtenido por Saucedo-Molina *et al* (2008) en púberes hidalguenses. De acuerdo con los resultados de cada uno de los tipos de escuela, la privada alcanzó el porcentaje mayor en esta categoría, al registrar el 75%, valor superior al 71.7% de la pública; esta diferencia no fue significativa.

En cuanto a desnutrición y bajo peso en cada tipo de escuela se obtuvieron 2.5% y 3.3% respectivamente; en caso contrario para sobrepeso y obesidad, los porcentajes obtenidos fueron 13.8% y 7.1%. Al comparar estos valores con lo reportado por la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad fue de 32.5% en mujeres; porcentaje del cual 23.3% es para sobrepeso y el 9.2% es para obesidad; y en nuestra entidad federativa, se tienen valores de 23.5% y 5.7% respectivamente. Ahora bien, tomando estos datos como referencia, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se observó que el sobrepeso fue menor (13.8%), mientras que la obesidad fue mayor (7.1%) en la muestra de estudio. Debe señalarse que estas diferencias, tampoco fueron estadísticamente significativas entre las muestras de los dos tipos de escuela.

Caso contrario, en la desnutrición se reportó que la prevalencia nacional fue menor a 2% y en la región centro del país fue de 8.5%; los valores obtenidos en ambas preparatorias, se encuentra ligeramente arriba del porcentaje nacional con 2.5%, sin embargo, es inferior al correspondiente con la región centro del país. Cabe resaltar que la preparatoria privada tuvo mayor porcentaje de bajo peso (5.8%) y la preparatoria pública tuvo valores superiores en sobrepeso y obesidad. Teniendo en cuenta estas cifras y de acuerdo con Esnaola *et al* (2010); cuanto más altos son los niveles de presión percibida con respecto a una imagen corporal idealizada, más se incrementa la preocupación por la imagen y por las estrategias de cambio corporal. Con estos hallazgos, se puede inferir que probablemente estas sean las razones principales que explican la preocupación de las adolescentes por mantener su IMC-P dentro de lo normal, o por debajo de él.

La distribución de CAR fue de 5.8% en la muestra general, cifra inferior a la arrojada por la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) en la cual fue de 18.3%. Nuño-Gutiérrez *et al.* (2009) realizó un estudio con mujeres adolescentes en Guadalajara y sostuvo que estas diferencias pueden deberse al tipo de muestra seleccionada en comparación con una muestra heterogénea de adolescentes a nivel nacional de escuelas públicas. En el estudio multicéntrico realizado en escuelas públicas de nivel medio superior en 17 estados de la República Mexicana por Unikel-Santoncini *et al.*, en el 2010, se presentó una prevalencia de 3.9% en el estado de Hidalgo, porcentaje menor al hallado en esta investigación.

Aunque sin diferencia estadísticamente significativa, el porcentaje de riesgo de CAR fue mayor en la escuela privada con 6.7%, en contraste con el 5% de la escuela pública; valor ligeramente superior al descrito por Chávez (2011) de 5.1% en una escuela preparatoria privada y 4.1% obtenido por Torres (2011) en una preparatoria pública en Pachuca, Sin embargo, siguen siendo porcentajes menores a los señalados por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010^a) donde la prevalencia en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada (n=845) fue de 13.3%.

El CBCAR evalúa tres factores; el primero Atracón-purga referente a los episodios de ingesta voraz de comida, a la pérdida de control sobre lo que comen, el vómito autoinducido después de comer o ayunos con la intención de bajar de peso. En este se encontró que de la muestra general, 11.7% lo hace “a veces” y sólo el 2.1% “con frecuencia, 2 veces por semana”; porcentajes de los cuáles, la escuela de tipo privada, tuvo los mayores (12.5% y 2.5% respetivamente) pero muy similares a los de la escuela de tipo pública (10.8% y 1.7%). En el 2008; Bravo reporta en mujeres para la respuesta “con frecuencia, 2 veces por semana” el 0.8%, mientras que Chávez (2011) en una escuela privada y Torres (2011) en una escuela pública obtuvieron 0.9%. Estos datos son muy similares entre ellos; sin embargo, son menores a los obtenidos en este proyecto (2.5% y 1.7%). Al tomar como referencia a la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) la cual, reporta 21.9% en mujeres, son valores que distan mucho de parecerse, pero no por ello, se debe dejar de lado en la prevención en las muestras estudiadas.

Las Medidas compensatorias son el segundo factor del CBCAR en el que se pregunta acerca del uso de pastillas, diuréticos o laxantes para tratar de bajar de peso; medidas practicadas después de que la ingesta de alimentos haya producido algún sentimiento de culpa para reducir o mantener el peso y/o las medidas corporales. En esta muestra los resultados fueron el 2.5% de las alumnas que contestaron “a veces”, valor ligeramente superior a los hallados por Chávez (0.9%) y Torres (2.1%) en mujeres en el 2011 en escuelas preparatorias privada y pública, respectivamente. Así como también, el 0.6% según lo descrito por la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) de 0.6%. Una vez más, en este estudio, la escuela de tipo privada (3.3%), obtuvo el porcentaje mayor respecto de la pública (1.7%) aunque sin diferencias significativas. Estos últimos resultados posiblemente se pueden atribuir al poder adquisitivo de sus familias ante los productos tales como, pastillas, laxantes y diuréticos; y a que existe mayor presión de su entorno social para lograr el ideal estético de delgadez extrema con tal de ser aceptados. Este factor de riesgo, cuando se presenta con mayor frecuencia suele ser indicador de BN si va acompañado de otros síntomas (Rodríguez de Elías, 2008).

El tercer factor, denominado Restricción concerniente a la práctica de dietas restrictivas y ejercicio con la finalidad de reducir el peso corporal, mostró que 3.8% de la muestra general lo realiza “con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana”; donde se identificó el 4.2% de la preparatoria privada, porcentaje mayor al 3.3% de la preparatoria pública y ligeramente superior al hallado por Torres (2011) de 2.3%. Todos inferiores a los publicados por Unikel-Santoncini *et al.* (2006) en el Distrito Federal cuyo porcentaje para mujeres fue de 11.9%.

Este tipo de conductas como el ejercicio o las dietas restrictivas, denominadas por algunos autores como “normativas” y por ello socialmente aceptadas y promovidas como estrategias para alcanzar un mejor “estado de salud” y como “modo natural” de controlar el peso y la figura corporal deseada, no debe considerarse, de ningún modo como un estilo de vida normal de alimentarse particularmente en la población joven, puesto que puede ser puerta de entrada para el desarrollo de un TCA (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002). Es por ello, que se recomienda que la reducción necesaria de peso hasta lograr el peso saludable se haga bajo la supervisión de un profesional de la nutrición.

Se ha demostrado que los factores socioculturales tienen una importancia significativa en la causalidad de los trastornos alimentarios, definidos como los mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura corporal y el ser atractivos a través de los medios de comunicación; era de la cuál formamos parte, dónde los medios hacen cómplice a la audiencia con informaciones de todo tipo, manipulando las percepciones que tiene de la realidad, deformando la manera de percibir y medir la belleza (Costin, 2002).

Al evaluar el primer factor del FRATAP, denominado influencia de la publicidad se observó que el 2.9% del total de las alumnas de ambas preparatorias respondieron que “siempre” les llaman la atención los anuncios, reportajes y conversaciones sobre productos para adelgazar y moldear la figura, tanto en revistas como en televisión y otros medios de comunicación.

Tomando en consideración el tipo de escuela, la privada se mantuvo arriba con 4.2%, en contraste con el 1.7% de la escuela pública. Cruz (2011) obtuvo en este mismo factor en mujeres 0.8% y Chávez (2011) a su vez, 2.8%; ambos son valores menores a los resultados provenientes de esta investigación. Con estos datos, se deduce que posiblemente, el impacto de la influencia ha aumentado con los medios masivos de comunicación, así como redes sociales, blogs y demás sitios a través de Internet y por ello, las cifras han ido en aumento.

Por otra parte, Saucedo-Molina *et al.*, (2008) reportó que el 15.4% de púberes hidalguenses sienten dicha influencia sociocultural, este dato es muy elevado respecto de los descritos anteriormente. Esto posiblemente se debe a que durante la adolescencia, los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación; la imagen física es un elemento clave; en esta etapa ocurren cambios físicos, psicológicos y sociales, tales como, el inicio de las relaciones de pareja, el incremento en las exigencias académicas, la familia, compañeros y el medio social aumentan la presión para alcanzar un cuerpo idealmente delgado.

Respecto al malestar con la imagen corporal, segundo factor del FRATAP el 5.8% eligieron la respuesta “siempre”, porque envidian el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas, artistas de la televisión, modelos de pasarelas y anuncios de ropa y a quienes además, les molesta que les digan que están “llenitas” o “gorditas”. Las cifras que presentaron las alumnas de la escuela privada fueron significativamente mayores que las de la pública; 10% y 1.7% respectivamente. Chávez (2011) obtuvo en esta misma variable el 5.1% (escuela privada) y Cruz (2011) el 3.4% (escuela pública); resultando valores inferiores a los concernientes a esta investigación.

En este proyecto, dicha variable resultó estadísticamente significativa una vez que se realizó el comparativo entre los dos tipos de escuela. Las alumnas de la escuela privada fueron quienes presentan mayor malestar, probablemente porque perciben más presión para ser extremadamente delgadas ya que la consideran una condición de belleza femenina que asegura el éxito social.

En cuanto a la dieta restringida, tercer factor del FRATAP se obtuvo el 4.2% en la respuesta “muchas veces”, valor superior al reportado por Baños (2011) con 1.8% y el 2% que Torres (2011) obtuvo en mujeres, todos inferiores al 5.2% de acuerdo con lo obtenido por Saucedo-Molina *et al.* (2008). Sin embargo, la escuela privada obtuvo 5.8% y la pública 2.5%, lo cual representó diferencia estadísticamente significativa que probablemente sea atribuida a que suprimen uno ó más tiempos de comida con el propósito de controlar su peso por la presión en ellas para mantener el ideal estético de delgadez extrema. Este tipo de conducta ha sido denominada por algunos autores como “normativa”, es socialmente aceptada y promovida como estrategia para alcanzar un mejor estado de salud y como “modo natural” para bajar de peso (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010), además de que en la actualidad preocupa se haya convertido en el estilo “normal” de alimentarse, particularmente entre la población joven (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002).

Para el último factor del FRATAP evaluado en este estudio, Tiempos de comida, alcanzó 36.7% de respuesta en la muestra total de alumnas en la categoría “siempre”. Por su parte, Torres (2011) obtuvo 44.1%, mientras que para Chávez (2011) fue 47.4%. En esta ocasión, la escuela pública tuvo los valores más altos (43.3%) a diferencia de las alumnas de la escuela privada (30%); evidencia que permite sugerir que el nivel socioeconómico alto no es la garantía de mejores hábitos de alimentación y la regularidad en el consumo. Los tiempos de comida se deben considerar como un factor de tipo protector; puesto que si se realizan por lo menos los tres principales a lo largo del día (desayuno, comida y cena), además de cubrir sus requerimientos energéticos, estos contribuyen a mantener un buen estado de salud.

Al hablar de las Actitudes hacia la figura corporal y de acuerdo con los hallazgos, se tuvo que el 11.7% de la muestra general está en riesgo; dónde además, en la escuela privada siguen predominando porcentajes mayores (13.3%) que en la pública (10%), aunque esto, no haya sido estadísticamente significativo.

Cruz (2011) reportó que el 12.9% de la muestra de mujeres adolescentes de una escuela pública con la que trabajó tiene riesgo; este valor, es ligeramente mayor al obtenido en esta investigación.

Los resultados para el factor de Interiorización fue de 5% en ambas escuelas; mientras que para el factor de Creencias fue el 3.3% para la escuela privada y 0.8% para la escuela pública en la categoría de respuesta “con mucha frecuencia, más de 2 veces por semana”. Por su parte, Cruz (2011) halló que el 4.6% de su muestra ha interiorizado una figura delgada, mientras que el 1.7% creen que una figura delgada es ideal. Ambas cifras son menores a las encontradas en esta investigación. Estos datos corroboran que las adolescentes han aceptado el estereotipo social de la cultura de la delgadez, centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante atractivo de la mujer (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998), es decir, han interiorizado el ideal estético de delgadez, el cual se refiere a la adopción de la persecución del ideal de belleza de una figura delgada como meta primordial en la vida (Unikel-Santoncini *et al.*, 2008).

Se debe considerar que el actual modelo de “cuerpo ideal de delgadez extrema” ($IMC \leq 18$) es inaccesible para la mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud, tal como mencionan Heingber, Thompson y Stormer (1995) a lo largo de la historia, el ideal de la belleza femenina ha cambiado con los estándares estéticos de un tiempo en particular y la evidencia sugiere que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Se ha reportado que la interiorización comienza en la infancia y se manifiesta con mayor fuerza en la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos, particularmente en las mujeres (Bermúdez-Bautista *et al.*, 2009) lo cual a su vez, genera insatisfacción con la figura, el peso corporal y el seguimiento de conductas alimentarias de riesgo para alcanzar dicho ideal (Unikel-Santoncini *et al.*, 2008).

En este estudio, al sumar los porcentajes de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal (27.5%, insatisfacción por querer ser más robusta y 59.6% por querer ser más delgadas) el 87.1% de las alumnas de ambas preparatorias se encontraron insatisfechas.

Porcentaje muy elevado respecto del descrito por Saucedo-Molina *et al.*, (2008) en dónde el 57% de los púberes está insatisfecho con su imagen corporal. Torres (2011) por su parte, encontró que el 76.3% de mujeres están insatisfechas en una preparatoria pública. Se debe resaltar que en este factor, la escuela pública obtuvo el valor más alto, en la insatisfacción por querer ser más delgada con 63.3%, y por su parte, la escuela privada obtuvo 55.8%. Lo cual permite sugerir que las alumnas de la escuela pública distan más de parecerse al ideal estético, en comparación con las alumnas de la privada quienes probablemente al tener un poder adquisitivo mayor y un estilo de vida en el cual el acceso a ropa, accesorios, cosméticos, tratamientos de belleza y arreglo personal les permiten sentir más satisfacción con su imagen corporal.

Esta variable es muy importante, puesto que se considera uno de los predictores de TCA, ya que puede conducir al desarrollo de actividades o conductas que de otra manera no se darían, por ejemplo, al seguimiento de dietas restrictivas, ejercicio excesivo, etc. (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2003).

Finalmente, el análisis estadístico realizado mediante la prueba t de Student (**Tabla 4**), cuyo nivel de significancia se determinó con $p \leq 0.05$, se llevó a cabo con la finalidad de realizar el comparativo entre los dos tipos de escuela (privada y pública). Al analizar los promedios de cada uno de los factores de los instrumentos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, excepto en las variables Malestar con la imagen corporal ($t = .004$, $gl = 238$, $p < 0.05$) y Dieta restringida ($t = .009$, $gl = 238$, $p < 0.05$).

Es así como la hipótesis de investigación planteada: “Mayor presencia de factores de riesgo asociados a TCA en alumnas de la escuela preparatoria privada en comparación con las alumnas de la escuela preparatoria pública en Pachuca de Soto, Hidalgo”, fue respondida parcialmente ya que solamente dos de los factores evaluados fueron superiores de manera significativa en la escuela preparatoria privada, respecto de la pública en las medias resultantes.

10. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en esta investigación indicaron que la prevalencia de los factores de riesgo asociados con TCA se encontraron tanto en la escuela privada, como en la pública, y en ambas, los valores son muy parecidos. Es decir, el nivel socioeconómico y clase social no representaron diferencias estadísticamente significativas excepto en dos de las variables estudiadas (malestar con la imagen corporal y dieta restringida). De tal manera que se sugiere que ya no es sólo el perfil de mujer joven de clase media alta o alta la que interioriza y mantiene estos valores a cualquier precio. Sin embargo, es importante mencionar, que los datos provenientes de la escuela privada fueron ligeramente superiores a los de la pública razón por la cual, la hipótesis planteada se aceptó parcialmente: Una mayor presencia de factores de riesgo asociados a TCA en alumnas de la escuela preparatoria privada en comparación con las de la pública. La importancia de contar con datos acerca de las frecuencias de los factores de riesgo radica en la oportunidad de realizar una mejor planeación de los programas de prevención primaria y manejo de los mismos.

La asociación de la delgadez con el éxito social, la equiparación entre autocontrol y adelgazamiento, así como, la relación de la autoestima y aceptación social con determinados cánones de belleza arbitrariamente fijados, son objetivos perseguidos por mujeres de diferentes niveles socioeconómicos y clases sociales, y esto, probablemente se deba a que todas quieren tener estilos de vida donde puedan ser consideradas "princesas", y de este modo, mantener un status y éxito que les permita ser socialmente aceptadas. No obstante, si se conocen bien las consecuencias devastadoras de la patología detrás de los TCA, desde esta perspectiva, queda clara la importancia que tiene en este campo de la salud y para los profesionales interesados, así como todo intento dirigido a la prevención de los factores de riesgo asociados con este tipo de trastornos.

Una de las limitaciones de este estudio radica en el hecho de no haber trabajado con una muestra representativa de adolescentes hidalguenses, lo que

impide generalizar los resultados. Sin embargo, los datos aquí obtenidos son de gran relevancia ya que además de provenir del primer estudio comparativo realizado en el Estado de Hidalgo entre dos tipos de escuela, proporcionan una visión inicial sobre el comportamiento de factores de riesgo vinculados con los TCA. Otra aportación valiosa fue emplear instrumentos válidos y confiables, cuya información, además de permitir identificar sujetos en riesgo, favorecerá el diseño de programas de prevención primaria con el objetivo de atenuar o eliminar el impacto de los mismos, al fortalecer a aquellos sujetos o grupos vulnerables ante una enfermedad determinada, que en este caso, específicamente, son los TCA.

11.RECOMENDACIONES

Medición más precisa del nivel socioeconómico; tomando en consideración que no necesariamente, el tipo de escuela significa pertenecer a un determinado estrato socioeconómico y clase social. Por ejemplo, en las escuelas privadas hay alumnos con beca, pero que pertenezcan a un estrato socioeconómico inferior, y viceversa. De este modo, la evaluación del nivel socioeconómico y cultural, será mucho más preciso.

Hacer un estudio sobre el impacto de la información proveniente de redes sociales, aplicaciones y sitios en Internet tal como: Pro-Ana (Pro-Anorexia) y Pro-Mía (Pro-Bulimia) que tienen gran auge e impacto en la actualidad. En estas páginas Web, se incita a las adolescentes a ser “verdaderas princesas”, se aconsejan y cuidan unas de otras, incluyen glosarios, fármacos, tratamientos, dietas y la “thinspiration” (palabra formada por la palabra “thin”, que significa delgado, en Inglés, e “inspiration”, que significa inspiración a través de fotografías para buscar el ideal de delgadez extrema).

Esta información debe tomarse en cuenta puesto que las redes sociales, blogs y sitios webs se encuentran a disposición a través de internet. Las jóvenes consultan

una gran cantidad de información que existe sobre estos trastornos, sin embargo, pese a la difusión de dicha información, no garantiza que sea fidedigna y confiable.

Al tener en cuenta, estas herramientas, se podrá abordar de un modo más amplio y actualizado la prevención de factores de riesgo asociados a TCA así como la promoción de conductas alimentarias saludables.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, M. y Gómez-Peresmitré, G. 2003. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *RIPCS* 3:9-21.

Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública Nivel socioeconómico (AMAI). 2008.

Dirección: <http://www.inegi.org.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf>

Acceso: 22/07/2012.

American Psychological Association (APA).

Psychology topics: *Eating disorders*. Adaptado de "Encyclopedia of Psychology".

Dirección: <http://www.apa.org/topics/eating/index.aspx> Acceso: 13/08/2011.

Asociación Psiquiátrica Americana (APA). 2002. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. DSM IV-TR. 4a. ed. Editorial Mansson, S.A. Barcelona. pp: 553-64.

Benedito, M.C., Perpiña, C., Botella, C., Baños, R. 2003. Body image and restrictive eating behaviour in adolescent. *An Pediatr.* 58: 268-272.

Bermúdez-Bautista, S., Franco-Paredes, K., Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Téllez-Girón, M., Amaya-Hernández, A. y Mancilla-Díaz, J.M. 2009. Rol de la insatisfacción en influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana en Psicología*. 1:9-18.

Bourges-Rodríguez, H. 2008. Los alimentos, la dieta y la alimentación. En: *Nutriología Médica*. Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A.B. y Arroyo, P (Eds). Editorial Médica Panamericana, D.F., México. pp: 597-662.

Bravo, M. 2008. Distribución de Factores de Riesgo para TCA relacionados con el IMC e indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

Carrillo, M.V. 2005. Trastornos de la Conducta Alimentaria. ISSN 1699-7611 2:120-41.

Castillo, M., León Espinosa de los Monteros, M.T., López Bermejo, A., Medina Pérez, J.M., Burgos Sierra, F., De Cruz Benayas, A. 2005. Trastornos de la conducta alimentaria. *SEMG* 25-30.

Chávez, I. 2011. Tendencias 2007-2010 de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo. Tesis para obtener el grado de licenciatura. UAEH. México. pp: 37-62.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2009.

¿Qué es el género? Dirección: http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg_cuart
Acceso: 16/12/2011.

Costin, C. 2002. En *Anorexia y bulimia y otros Trastornos de la alimentación*. Editorial Diana. México, D.F. pp: 51-55.

Cruz, N. 2011. Trastornos Alimentarios: Factores de riesgo socioculturales y actitudes hacia la imagen corporal y su relación con el IMC e indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria pública, de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

Esnaola, I., Rodríguez, A., Goni, A. 2010. Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age difference. *Salud Mental* 33(1):21-29.

Feldman, E. 2000. Valoración nutricional. En: *Principio de nutrición clínica*. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. D.F. México. pp: 71.

- Fischer, L. 2007 *Mercadotecnia*, 3ra Edición, México, Editorial Mc Graw Hill pp 108-115.
- 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*. Editorial Masson, Barcelona, España. pp: 3-27.
- Gómez- Peresmitre, G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol*. 14:31-40.
- Gómez Pérez-Mitré G. 2000. Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios. IN-305599 (PAPIT) UNAM.34507-H (CONACyT). México.
- Gómez Pérez–Mitré, G. y Ávila, A.E. 1998. ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso?. *Revista Iberoamericana* 6: 37-46.
- Guellar, D. y Crispo, R. 2000. *Adolescencia y trastornos del comer*. 1ª edición. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona, España. pp:17.
- Gustafsson, A., Edlund, B., Davén, J., Kjellin, L., Norring, C. 2011. How to deal with sociocultural pressures in daily life: reflections of adolescent girls suffering from eating disorders. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 4: 103-110.
- Gustafsson, S., Edlund, B., Kjellin, L., Norring, C. 2010. Characteristics measured by the Eating Disorder Inventory for children at risk and protective factors for disordered eating in adolescent girls. *International Journal of Women's Health* 2:375–379.
- Heingber, L., Thompson, J. y Stormer, S. 1995. Development and validation of Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *Int J Eating Disord*. 17:81-89.
- Hidalgo, V. y Güemes, H. 2007. Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente. *Pediatr Integral* 11(4):347-362.

Hoek, H. y Hoeken, D. 2003. Revisión de prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*. 34:383-96.

Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E., Celis, A. 2008. Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y nutrición* 9:1.

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

López, M. J., Sallés, T. N. 2005. Trastornos del comportamiento alimentario (TCA) En: *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Guada Impresores S.L. Valencia, España. pp: 15-46.

Lucena, C.N. 2003. Diccionario enciclopédico: el pequeño Larousse Ilustrado. SEP/Ediciones Larousse. Lucena, C.N. y cols. (eds). México. pp: 252.

Lora-Cortez, C. y Saucedo-Molina, T. 2006. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud mental*. 29:3, 60-74.

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

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

Mancilla, D., Mercado, G., Manríquez, R., Álvarez, A., Román, F. 1999. Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología* 16(1):37-46.

Mancilla, D.J., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, R.G. Franco, P.K., Vázquez, A. R., López A.X., Acosta, G.M. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos en Hispanoamérica*. Mancilla, D.K. y Gómez-Peresmitré, G. (Eds). Editorial Manual Moderno. México. pp. 123-171.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México *Salud Mental* 26:1-16.

Méndez, J.P., Vázquez, V. y García, G.E. 2008. Trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex* 65:579-91.

Moreno, G. M. y Ortiz, V. G. 2009. Eating Disorder and its relationship with Body Image and Self-Esteem in Adolescents. *Terapia psicológica* 27(2): 181-190.

National Center for Health Statistics. CDC Wrought Charts. USA. 2000.

Dirección:

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm

Acceso: 18/07/2011.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Dirección: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/nomssa/index/assoc/HASH0138/713924cd.dir/doc.pdf> Acceso: 22/07/2011.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levi, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 1995. Salud del Adolescente. Washington.

Peláez, M., Torre, P. e Ysunza, O. 1993. Procedimiento para la toma de mediciones antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. pp: 29-29.

Pike, K. y Rodin, J. Mothers, daughters and disordered eating. *J. Early Adolesc* 14: 471-490. 1994.

Reglamento de la Ley General de Salud (1984). 2012.

Dirección: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/etica/reglamento.pdf>

Acceso: 2/02/2012.

Rodríguez, A., Oudhof, V., González-Arratia, López-Fuentes, N., Unikel-Santoncini, C. y Becerril, B. 2008. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. *Revista científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH*. 6:159-170.

Rodríguez de Elías, R. Prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria: formación de audiencias críticas y psicoeducación. 2008. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de México.

Saucedo-Molina, T., Peña-Irecta, A., Fernández-Cortés, T.L., García-Rosales, A. y Jiménez-Balderrama, R.E. 2010. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del instituto de ciencias de la salud. *Rev Med UV*. 1:16-23.

Saucedo-Molina, T. 2003. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis 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 Cantú, G.N. 2001. Trastornos de la conducta alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *La psicología social en México* 9:129-133.

Saucedo-Molina, T. y Unikel-Santoncini, C. 2010^a. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*. 33(1):11-9.

Saucedo-Molina, T. y Unikel-Santoncini, C. 2010^b. Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición* 37(1):60-69.

Saucedo-Molina, T., Escamilla, T., Portillo, N., Peña, A. y Calderón, Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *RIC* 60:231-40.

Sepúlveda, R.A., Carrobles, A.J., Gandarillas, M.A. 2008. Gender school and Academic year differences among Spanish University Students at High-risk for Development an Eating Disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*.8:1-12.

Staudt, M., Rojo, N., Ojeda, A. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina* 156:25-30.

Suárez, M.A. 2005. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: *Actualización en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barriguete, M. y Maldonado, D.M. (eds). 1^a ed. Intersistemas Editores, México. pp: 7-19.

Nuño-Gutiérrez, B., Celís de la Rosa, A. y Unikel-Santoncini, C. 2009. Prevalencia de factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev. Invest Clin*. 61:287-293.

Toro, J. 2006. Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Mancilla, J. y Gómez-Pérez-mitré (Eds.) Manual moderno S.A. de C.V. México. pp: 203-227.

Toro, J. 1996. Las comidas, el comer y los trastornos del comportamiento alimentario. En: *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona, España. pp: 1-15.

Torres, K.T. 2011. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Unikel, C., Aguilar, J. y Gómez-Peresmitré, G. 2004. Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating Weight Disord.* 10:33-39.

Unikel-Santoncini, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, B.C., Alcántar, M.E. et al. 2000. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Salud Mental* 52(2):140-147.

Unikel-Santoncini, C., Borjóquez – Chapela, M.C. y Carreño – García, S. 2004^a. Validación de un Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de riesgo. *Revista de Salud Pública*, México. 46.

Unikel-Santoncini, C. y Gómez-Peresmitré, G. 2004^b. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres mexicanas. *Revista de Salud Pública* 27.

Unikel, S.C, Juárez, F., y Gómez Peresmitré, G. 2006. Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Female Students and Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 14 (6): 430-435.

Unikel-Santoncini, C. 1998. Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis para obtener el grado de maestría en Psicología

Clínica. Facultad de Psicología. División de Posgrados. Universidad Autónoma de México. México.

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T., Trujillo, E., García-Castro, F., Trejo-Franco, J. 2010. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Invest Clin* 58(5): 424-432.

Unikel-Santoncini, C., Bojorquez, C., Villatoro, J., Fleiz, C., Medina, M. 2006. Conductas Alimentarias de Riesgo en Población Estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clin*. 58(1):15-27.

Unikel-Santoncini, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro-Velázquez, J. y Fleiz-Bautista, C. 2002. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental* 25:49-57.

Unikel-Santoncini, C., Borges, L. y Saucedo-Molina, T. 2008. Trastornos alimentarios. Breve panorama de la investigación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México. *Med Lab* 4-12.

Zagalaz, M., Romero, S. y Contreras, O. 2005. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen Corporal. Programa de prevención desde la educación Física escolar en la provincia de Jaén. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN: 1681-5653.

13. ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO

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 AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 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

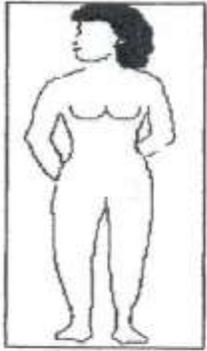
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina.

Núm. De Matricula	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 estudios 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 cuanto es el ingreso familiar mensual?	

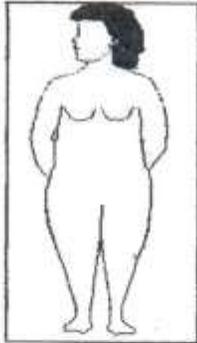
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas "buenas" ni "malas".

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Mas 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 (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual (es)				
10	He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual (es)				

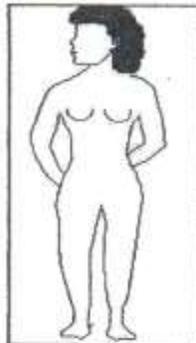
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



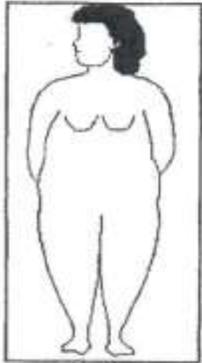
(A)



(B)



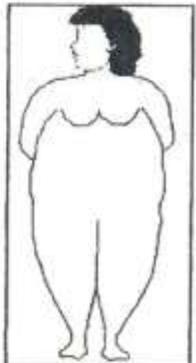
(C)



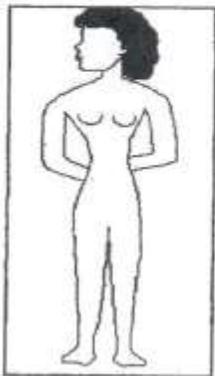
(D)



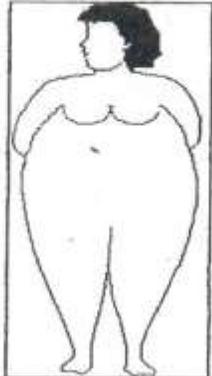
(E)



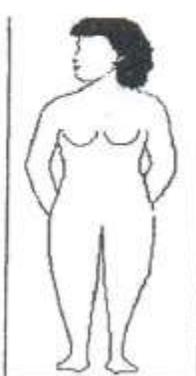
(F)



(G)



(H)



(I)

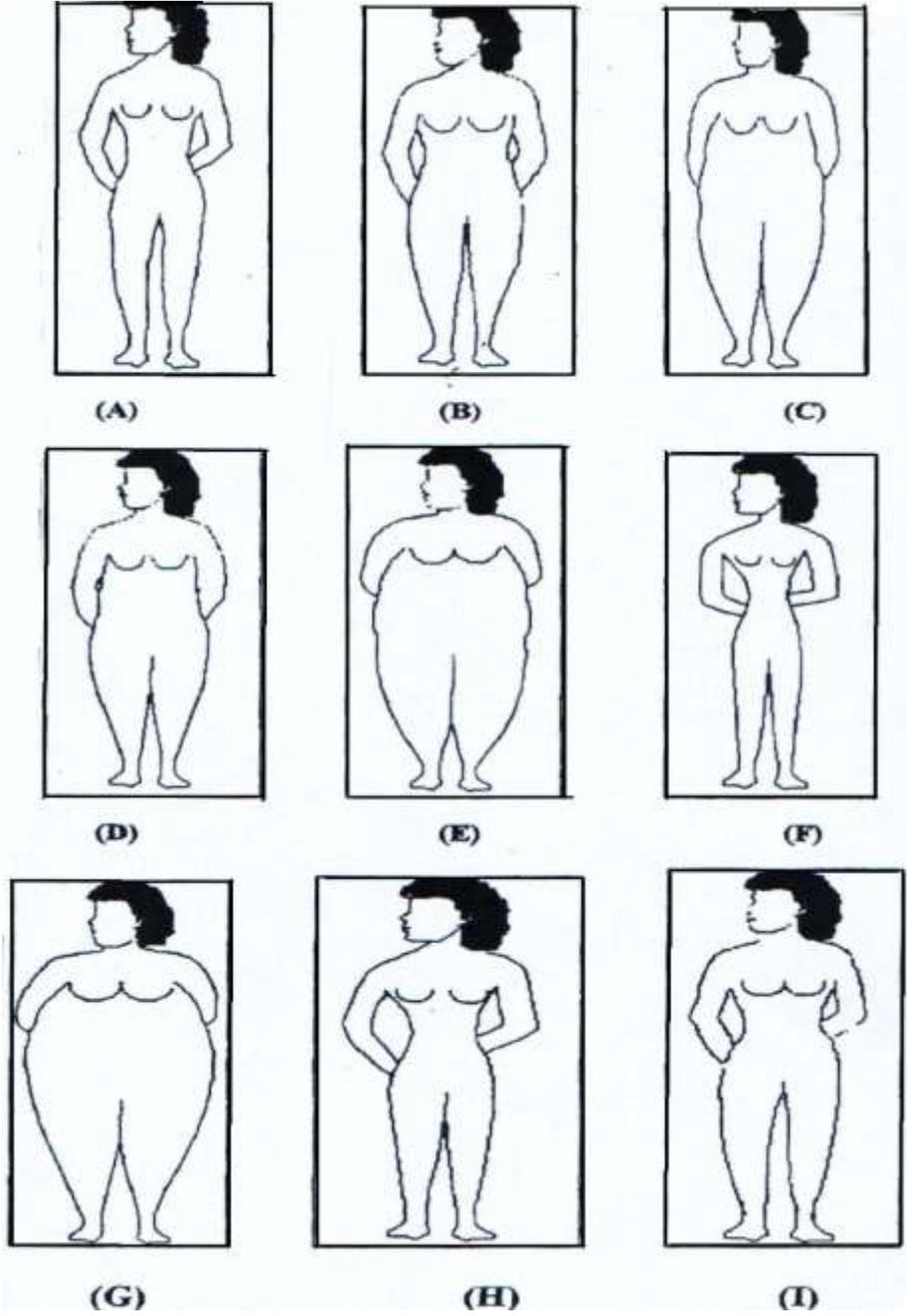
En la siguiente sección, marca con una **(X)** aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, aquella que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas

	Nunca	Pocas veces	Mucha veces	Siempre
1. Envidio el cuerpo de gimnastas, nadadoras, bailarinas, y otras deportistas.				
2. Para controlar tu peso te saltas comidas.				
3. Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en la 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. Tomas agua para quitarte el hambre.				
7. Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena).				
8. Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.				
9. Procuo comer verduras.				
10. Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.				
11. Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Belinda o Jacqueline Bracamontes.				
12. Acostumbro cenar o merendar.				
13. Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.				
14. Como lo que es bueno para mi salud.				
15. Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.				
16. Te molesta que te digan que estas llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.				
17. Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas de cómo volverse delgada.				
18. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.				
19. Me llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar.				
20. Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.				
21. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios.				
22. Acostumbro desayunar.				
23. Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.				
24. Procuo estar al día sobre lo que debe de ser una dieta adecuada.				
25. Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura.				
26. Como con moderación.				
27. Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.				
28. Cuidas lo que comes para no subir de peso				

En los últimos 3 meses marco **(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 mucho frecuencia Mas de 2 veces en una semana
1	Las mujeres delgadas son más femeninas.				
2	Me deprime sentirme gorda.				
3	Estar delgada es un logro muy importante para mí.				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo.				
5	El peso corporal es importante para ser aceptada.				
6	El peso corporal es importante para sentirme bien.				
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja.				
8	Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy.				
9	Estar gorda es sinónimo de imperfección.				
10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa.				
11	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan.				
12	Las mujeres gordas son menos femeninas.				
13	El aspecto físico es importante para conseguir ropa.				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa.				
15	Cuando estoy delgada me siento en control.				

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



ANEXO 2

Tabla 2. Resultados del análisis factorial del cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.

FACTOR I. ATRACÓN-PURGA.	CARGA FACTORIAL
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.	0.837
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no parar de comer).	0.816
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.	0.714
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso.	0.558

FACTOR II. MEDIDAS COMPENSATORIAS.	CARGA FACTORIAL
He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	0.785
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	0.791
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	0.770

FACTOR III. RESTRICCIÓN.	CARGA FACTORIAL
Me ha preocupado engordar.	0.730
He hecho dietas para tratar de bajar de peso.	0.618
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.	0.904

Tabla 3. Resultados del análisis factorial del FRATAP-M

FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD.	CARGA FACTORIAL
Me interesan los anuncios de televisión sobre los productos para adelgazar.	0.793
Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.787
Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.	0.692
Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.	0.676
Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura.	0.675
Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.648

FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL	CARGA FACTORIAL
Envidio el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas.	0.734
Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.	0.737
Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Belinda o Jacqueline Bracamontes.	0.749
Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.	0.404
Te molesta que te digan que estás llenita o gordita o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.	0.685

FACTOR III. DIETA RESTRINGIDA.	CARGA FACTORIAL
Para controlar tu peso te saltas comidas.	0.533
Tomas agua para quitarte el hambre.	0.656
Estás a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.	0.449
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.	0.654
Te la pasas “muriéndote” de hambre, ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.558
Cuidas lo que comes para no subir de peso.	0.647

FACTOR IV. TIEMPOS DE COMIDA	CARGA FACTORIAL
Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena).	0.805
Acostumbro cenar o merendar.	0.733
Acostumbro desayunar.	0.734

Tabla 4. Resultados del análisis factorial del cuestionario hacia la figura corporal.

FACTOR I. INTERIORIZACIÓN.	CARGA FACTORIAL
Me deprime sentirme gorda.	0.807
Estar delgada es un logro muy importante para mi.	0.838
Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura que deseo.	0.762
El peso corporal es importante para sentirme bien.	0.614
Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy.	0.769
El aspecto físico es importante para sentirme bien.	0.893
Cuando estoy delgada me siento en control.	0.640

FACTOR II. CREENCIAS.	CARGA FACTORIAL
Las mujeres delgadas son más femeninas.	0.640
El peso corporal es importante para ser aceptada.	0.675
El peso es importante para conseguir pareja.	0.817
Estar gorda es sinónimo de imperfección.	0.425
Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa.	0.450
Cuando estás gorda los hombres no se te acercan.	0.882
Las mujeres gordas son menos femeninas.	0.756
El peso corporal es importante para conseguir ropa.	0.464