



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

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

“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

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

P R E S E N T A

Kathia Tzayhri Torres Angeles

Bajo la Dirección de:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina
Profesor investigador de tiempo completo
Área Académica de Nutrición



Pachuca, Hgo., Agosto de 2011



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



De acuerdo con el artículo 134 del Reglamento de Control Escolar vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada

“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.”

Que para obtener el Título de Licenciado de Nutrición sustenta el Pasante

C. Kathia. Tzayhri Torres Angeles

ATENTAMENTE
Pachuca, Hidalgo, 3 de Agosto del 2011
“Amor, Orden y Progreso”

PRESIDENTE	L.N. MARÍA MARTHA LUNA ROSALES
SECRETARIO	L.N. MARTHA PATRICIA REYES RAMIREZ
PRIMER VOCAL	M EN N.H. AMANDA PEÑA IRECTA
SEGUNDO VOCAL	M. EN PS. REBECA GUZMÁN SALDAÑA
TERCER VOCAL	DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA
PRIMER SUPLENTE	M. EN N. H. ZULI CALDERÓN RAMOS
SEGUNDO SUPLENTE	L.N. MARÍA ELENA MARTÍNEZ ROMAN

AGRADECIMIENTOS

A **Dios...** por permitirme llegar a este mundo y rodearme de personas maravillosas, por las pruebas y bendiciones que pones en mi camino, que sin duda alguna son enseñanzas que me han permitido crecer y transformarme en la persona que soy.

A mis **papás...** a quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. GRACIAS por la oportunidad de existir, porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, por su ejemplo de superación incasable, por su comprensión, confianza y amistad incondicional. Sé que nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. **Mami**, porque siempre estás conmigo y con tu ejemplo me enseñaste a sonreírle a la vida, a ser fuerte y a tener la frente en alto, ahora entiendo la frase "toda disciplina tiene su recompensa". **Papi**, me enseñaste a ser perseverante y paciente, a ponerme pasos fijos para alcanzar mis metas, a ver los problemas con la cabeza fría y como situaciones solucionables y a guiarme con el amor y la pasión hacia la familia. Porque mientras más humanos los veo, más los amo y los admiro.

A mi **hermano...** por poner a prueba mi paciencia y capacidad de amar... Gracias **Totito** por soportarme y darme la oportunidad de tener un cómplice en situaciones de alegría, porque en los momentos difíciles aligeras mi carga, por ser alguien, que además de aguantar mi locura, la comparte y la disfruta... por ser el mejor amigo!

A mis **Abues...** a quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho, porque me han puesto como ejemplo el ser "luchona" y decidida, por ustedes aprendí que la adversidad es una condición dolorosa pero pasajera y no importa cuánto dure, siempre trae consigo un gran aprendizaje. Y a quienes hoy faltan -Pato y Nacho-...mil gracias por ser dos angelitos que me cuidan desde el cielo, esto es para ustedes.

A **Joel...** por tu apoyo incondicional en todo momento, por no dejarme caer y por alentarme y ayudarme a descubrir juntos una nueva etapa de vida maravillosa.

A mis **tías y tíos**...por su apoyo y ejemplo de superación que me da cada uno de ustedes, pero sobre todo por hacerme sentir que tengo un gran cariño en cada una de sus unidades familiares.

A mis **primas y primos**...por darme tantos momentos memorables y divertidos, por compartir conmigo las diferentes etapas de mi vida, por ser grandes amigos.

A mis **amigas y amigos**...por ayudarme a crecer, y a encontrar mi lugar en el mundo, por darme tantos días felices y llenos de risas, por darme sus hombros para llorar y por dejarme entrar a sus vidas y compartir conmigo un poquito de ustedes.

A mis **profesores**... a la Dra. Teresita Saucedo por contribuir fuertemente en mi educación, no sólo en la profesional, sino también en la personal, por entrenarme en el trabajo en equipo y por poner a mi alcance un gran número de herramientas para salir adelante y destacar como profesionista. Al Dr. Gabriel Betanzos, porque me enseñó que la amistad sincera entre profesor y alumno existe, por los momentos vividos y las grandes lecciones adquiridas.

Por esto y más... **Gracias**

Kathia

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. MARCO TEÓRICO	3
1.1 Alimentación	3
1.2 Conducta alimentaria	3
1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria	3
1.3.1 Anorexia Nervosa	3
1.3.2 Bulimia Nervosa	4
1.3.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados	5
1.4 Epidemiología	6
1.5 Etiología de los TCA	7
1.5.1 Factores de riesgo	7
1.5.1.1 Factores Psicológicos	7
1.5.1.2 Factores Familiares	7
1.5.1.3 Factores Socioculturales	8
1.5.1.4 Adolescencia	8
1.5.1.5 Conductas Alimentarias de Riesgo	9
1.5.1.5.1 Dieta restringida	9
1.5.1.5.2 Preocupación por el peso y la comida	10
1.5.1.5.3 Atracón	10
1.5.1.5.4 Medidas compensatorias	10
1.5.1.5.5 Comer por compensación psicológica	10
1.5.1.6 Imágen corporal	11
1.5.1.6.1 Distorsión perceptiva	11

1.5.1.6.2 Satisfacción/Insatisfacción	12
1.5.1.7 Índice de Masa Corporal	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. OBJETIVOS	17
4.1 Objetivo general	17
4.2 Objetivos específicos	17
5. HIPÓTESIS	18
6. METODOLOGÍA	18
6.1 Tipo de estudio	18
6.2 Muestra	18
6.2.1 Criterios de inclusión	19
6.2.2 Criterios de exclusión	19
6.2.3 Criterios de eliminación	19
6.3 Definición de variables	19
6.3.1 Sociodemográficas	19
6.3.2 Factores de riesgo	20
6.3.2.1 Índice de Masa Corporal	20
6.3.2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo	21
6.3.2.3 Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal	22
6.4 Instrumento	23
6.5 Procedimiento	24
6.6 Análisis estadístico	25
6.7 Materiales	25
6.8 Aspectos éticos	25

7. RESULTADOS	26
7.1 Distribución de Variables Sociodemográficas	26
7.2 Descripción de la Evaluación Antropométrica	29
7.3 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo	30
7.3.1 Factor 1: Atracón/purga	33
7.3.2 Factor 2: Medidas compensatorias	35
7.3.3 Factor 3: Restricción	37
7.4 Distribución Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal	39
7.5 Distribución FRATAP	41
7.5.1 Factor III: Conducta alimentaria normal	41
7.5.2 Factor IV: Dieta Restringida	43
7.5.3 Factor V: Tiempos de comida	45
7.6 Correlación entre Variables	48
7.6.1 Correlación entre Variables: Mujeres	49
7.6.2 Correlación entre variables: Hombres	50
8. DISCUSIÓN	51
9. COCLUSIONES	61
10. SUGERENCIAS	63
11. REFERENCIAS	64
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una etapa de la vida de suma importancia en la que suceden muchos cambios, entre ellos están los corporales como la ganancia de peso debido al desarrollo correspondiente a este periodo, lo que influye en la existencia de alteraciones en la imagen que tienen los individuos para con su cuerpo y por lo tanto el seguimiento de conductas no apropiadas para tratar de disminuir el peso o modificar la figura corporal. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y su relación con el Índice de Masa Corporal en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo y correlacional en una muestra representativa de hombres y mujeres (N=1020) de 14 a 20 años de edad (DE=1.116), a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Junto con esto, se tomó el peso y la estatura de cada sujeto para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Se hicieron análisis descriptivos y de asociación, a través de correlaciones de Pearson. **Resultados:** A pesar de que 65% de los participantes tuvo IMC normal, el 76.3% estuvo insatisfecho con su imagen corporal. Asimismo, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p=0.01$) entre las variables insatisfacción con la imagen corporal, las conductas alimentarias de riesgo, y el IMC. **Conclusión:** Aunque se corroboró que a mayor IMC, mayor es la presencia de CAR así como la insatisfacción con la imagen corporal y que estas afectan principalmente a las mujeres, se encontraron datos también importantes tanto en la categoría de desnutrición, como en varones, por lo que hay que considerar estos hallazgos en el diseño de programas de prevención.

Palabra clave: Adolescentes, conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal, Índice de Masa Corporal, preparatoria pública, Hidalgo.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a very important stage in the people's life, mainly for the psychological and physical changes that happen, due to the development during this period. These changes affect the perception of their body and therefore the execution of different disordered eating with the objective to lose weight and modify the body shape. **Objective:** To evaluate the prevalence of eating behaviors, body image and its relationship with Body Mass Index in a public high school students from Pachuca de Soto, Hidalgo. **Material and Methods:** A field transversal descriptive and correlational design was carried away with a representative sample of 1020 males and females, between 14 and 20 years (DE= 1.116). A self-report multidimensional questionnaire on eating behaviors and satisfaction/dissatisfaction with body shape was applied. Body Mass Index (BMI) was calculated by the weight and the height of each subject. Descriptive analysis and Pearson correlations were done. **Results:** Although 65% of participants had normal BMI, 76.3% were dissatisfied with their body image. Significant statistical associations were found ($p=0.01$) between body image dissatisfaction, disordered eating and BMI. **Conclusion:** Even though we confirmed as a BMI increase, disordered eating increased to as well as body dissatisfaction, the risky eating behaviors mainly affect females; we also found important values in subjects with malnutrition and in males, so this finding must be considered in design of prevention programs.

Key words: Adolescents, eating behaviors, body image, Body Mass Index, public high school, Hidalgo.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Alimentación

Antes de hablar de conductas, se debe definir a la alimentación como al 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-Rodriguez, 2008).

1.2 Conducta alimentaria

Tomando en cuenta lo anterior, la conducta alimentaria es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003).

1.3 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son procesos psicopatológicos caracterizados por anomalías graves en cuanto a la ingesta de alimentos con el fin de controlar el peso y el fundamento de estos procesos son alteraciones psicológicas. Se trata de conductas provocadas por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, esto se refleja en que la persona pone al alimento como punto principal de su vida, es decir, la comida adquiere un protagonismo excesivo. Estas conductas son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales (National Eating Disorders Association, 2006).

1.3.1 Anorexia Nervosa (AN)

Este TCA se caracteriza por una importante pérdida de peso auto inducida por el paciente gracias a una ingesta de alimentos anómala. La enfermedad se caracteriza por 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, tiene una preocupación constante por el peso, y por lo tanto

lleva a cabo conductas para adelgazar; todo esto se acompaña de alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporal, existe tal pérdida de peso que éste se encuentra 85% abajo del peso esperado para la edad y estatura, miedo a ganar peso o de sufrir sobrepeso u obesidad y amenorrea, es decir, la 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 a 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, degradación de uñas, acrocianosis, lanugo, deshidratación, edema, bradicardia, hipotermia, estreñimiento e insomnio (APA, 2002).

1.3.2 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 importante 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 autoprovocado, 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: en él, el paciente recurre a los vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas.

2) Tipo restrictivo: en él, 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).

1.3.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados se refieren a aquellos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria, 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).

1.4 Epidemiología

El incremento de casos de 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, *et. al*, 2008)

En la última década en México ha habido un incremento en el número de pacientes que buscan tratamiento para los TCA; así como en el número de las instituciones públicas y privadas que lo proveen; en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se atienden en promedio 200 pacientes de primera vez al año, de los cuales el 94% son mujeres y el resto varones, aunque es importante mencionar que actualmente se registra un mayor porcentaje de varones que buscan tratamiento (Unikel-Santocini, Bojorquez y Saucedo-Molina, 2010).

En un estudio realizado en Distrito Federal (Unikel *et al*, 2006) se identificaron las tendencias de las Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de preparatoria y secundaria en un periodo comprendido de 1997 al 2003, donde la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo mostró un incremento importante de la medición de 1997 a las mediciones del 2000 y 2003, tanto entre hombres como en mujeres. En el análisis por tipo de conducta en los varones, la preocupación por engordar mostró un aumento importante, de 5.4% en 1997 a 11.5% en 2003, el uso de métodos purgativos aumentó significativamente de 1.3% en 1997 a 6.1% en 2003, el de métodos restrictivos de 10.5% en 2000 a 11.9% en 2003 y la práctica de atracones de 2.6% en 1997 a 6.5% en 2003; mientras que la sobrestimación del peso corporal disminuyó de 18.2% en 1997 a 11% en 2003. Analizando los datos por rango de edad se observó que conforme aumenta la edad en las mujeres hay mayor porcentaje de sujetos que muestran Conductas Alimentarias de Riesgo, mientras que en los varones se observa la tendencia inversa, siendo el grupo de 16 y 17 años el que mostró los menores porcentajes y una disminución significativa del 2000 al 2003. En las mujeres, los datos señalaron que la preocupación por engordar se duplicó (15.3% en 1997 a 29.8% en 2003), el uso de métodos purgativos aumentó de 1.9% en 1997 a 8.0% en 2003, y la práctica de atracones de 3.3% en 1997 a 5.9%

en 2003; mientras que el uso de métodos restrictivos se mantuvo estable en 14.7% y la sobrestimación del peso en un promedio de 24%.

En un estudio realizado en estudiantes de 13 a 18 años en el 2002 (Unikel *et al.*) se menciona que el 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y el 2.2% de los hombres de 16 a 18 años, están en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en mujeres estos porcentajes llegan de 5.4% en mujeres de 13 a 15 años, a un 16.1% en mujeres de 16 a 18 años también se observó que de entre los adolescentes de ambos sexos en los dos grupos de edad, son los de sobrepeso y obesidad los que reportan mayores Conductas Alimentarias de Riesgo.

1.5 Etiología de los TCA

1.5.1 Factores de riesgo

Son aquellos condicionantes, estímulos, conductas y características personales y del entorno que incurren en el estado de salud contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio de éste, provocando así la vulnerabilidad del individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad al facilitar las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla *et al*, 2006).

1.5.1.1 Factores Psicológicos

En la BN las personas se caracterizan por tener un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, además una notable impulsividad. En el caso de la AN, los trastornos de la personalidad suelen ser obsesivos-compulsivos, se señala que tienen baja autoestima, son depresivos, irritantes y perfeccionistas, además de tener escasa comunicación con los demás, dificultad de concentrarse y presentar trastornos por atracón (García-Camba, 2002).

1.5.1.2 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 oponerse o discriminarse (Guellar, *et al*, 2000).

1.5.1.3 Factores Socioculturales

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).

1.5.1.4 Adolescencia

La adolescencia es un proceso propio del ser humano, en él se dan lugar a grandes cambios que conforman la transición de niñez a adultez, va desde la pubertad (12-13 años), hasta que el individuo ha alcanzado la madurez psicológica, esto ocurre aproximadamente entre los 19 y 20 años. En esta etapa se presentan una serie de cambios físicos y psicológicos que dan pie a la búsqueda de un nuevo concepto de identidad, a aceptar las transformaciones morfológicas y también a trazarse un plan de vida, todos estos cambios repercuten también en la modificación de hábitos alimentarios. Esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso lo que a su vez, puede ocasionar conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y cantidad de los nutrientes. Esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes (Casanueva, 2008).

En la actualidad, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los TCA pueden ser desarrollados con mayor facilidad durante la adolescencia 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).

Por tanto la adolescencia es considerada como un factor de riesgo, ya que la preocupación por el peso corporal y la figura, así como la insatisfacción con la imagen influye en el desarrollo de TCA.

1.5.1.5 Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

La “obesofobia” es actualmente uno de los más grandes temores que tienen tanto hombres como mujeres, esto es el miedo a subir de peso o llegar a ser obesos lo que ocasiona que los individuos tengan CAR, donde sobresalen la preocupación por el peso y la figura, las conductas compensatorias y las restrictivas (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006).

Las CAR son derivadas del pánico obsesivo a estar gordos(as), tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas como selección, restricción y manipulación alimentarias como vómitos, uso de laxantes o diuréticos, ayunos entre otros (Chinchilla, 2003).

Las conductas consideradas como de riesgo incluyen la práctica de dietas restrictivas y ayunos, la realización de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos, laxantes o enemas y el vómito autoprovocado, todo ello con el fin consciente de perder peso (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2006). En un estudio realizado en 1999 se confirma que la realización de dietas en forma prolongada y estricta constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de TCA, las cifras de dicho estudio indican que el riesgo de sufrir estas patologías en chicas que hacían dieta restrictiva moderada era 5 veces superior al que presentaban las chicas que no hacían dieta y cuando la dieta era estricta el riesgo se multiplicaba por ocho (Patton, *et al.*).

1.5.1.5.1 Dieta restringida

Como ya fue antes mencionado, una de las CAR es la práctica de dietas restringidas, estas se definen como la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”; así como también la eliminación de tiempos de comida, es decir, 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).

1.5.1.5.2 Preocupación por el peso y la comida

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

1.5.1.5.3 Atracón

Es aquella conducta realizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido. Estos episodios, se asocian con: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse incómodamente lleno y comer grandes cantidades de comida a pesar de no sentir hambre, ingesta mucho más rápida de lo normal, comer a solas para esconder la voracidad, el individuo se siente a disgusto con él mismo, depresión o culpabilidad después del atracón, profundo malestar al recordar los atracones (APA, 2002).

1.5.1.5.4 Medidas compensatorias

Consiste en el uso de diuréticos, laxantes enemas o pastillas, ejercicio excesivo con el propósito de perder peso (Unikel-Santoncini, 2006).

1.5.1.5.5 Comer por compensación psicológica

Aquella conducta alimentaria inapropiada, relacionada con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión cuyo propósito es atenuar esas sensaciones (Saucedo-Molina, *et. al.*, 2007)

1.5.1.6 Imagen corporal

Una de las pruebas cruciales en la adolescencia es el desarrollo de la autoimagen y de la autoestima. Un cierto grado de insatisfacción en la imagen corporal es considerado normal en las mujeres jóvenes; sin embargo, tal cognición en varones es inusual (Kaufman, 1993).

Así, la imagen corporal es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia junto con diversas experiencias, es decir la percepción de su cuerpo y los sentimientos que este le provoca, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos. Existen investigaciones, como la realizada por Gardner (2001) que giran en torno a la imagen corporal y los TCA, estas se han enfocado en dos puntos principalmente; distorsión o alteración de la imagen corporal y la satisfacción/insatisfacción corporal, la primera refiere la exactitud de la estimación corporal en su totalidad o en partes, y la segunda, es acerca de la autoevaluación, sentimientos o actitudes (ya sean positivas o negativas) hacia el cuerpo y/o partes del mismo (Gómez Peresmitré, *et al.*, 2001).

Una imagen corporal negativa, a diferencia de cualquier otro factor no directamente asociado con la imagen corporal; por ejemplo, los relacionados con la conducta alimentaria, es experimentada por quien la sufre, como un síntoma aversivo y como consecuencia, es poco probable que se le pueda relacionar con ganancias de peso secundarias (Mancilla, *et al.*, 2006).

1.5.1.6.1 Distorsión perceptiva

La distorsión perceptiva explica el grado de exactitud o inexactitud con la que el individuo estima sus dimensiones corporales. Esta distorsión se refiere al cuerpo que el paciente cree tener, esta es una representación mental del cuerpo, el cual el paciente no acepta, lo que puede provocar la toma de estrategias con el propósito de perder peso que él cree está excedido, sobresaliendo las conductas compensatorias o restricciones, las cuales pueden dar origen a TCA. Generalmente los individuos con problemas de imagen corporal, tienen problemas con un cuerpo imaginario, no

con su cuerpo existente pero este les resulta tan real que existe una alteración visual directa de su cuerpo real, por lo tanto la preocupación de estos por su imagen corporal tiene un lugar primordial en su pensamiento (Mancilla *et al.*, 2006).

1.5.1.6.2 Satisfacción/Insatisfacción

De acuerdo con el modelo sociocultural, la insatisfacción corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura, y mediante la comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal, sin embargo, los resultados de estudios epidemiológicos nacionales e internacionales han mostrado que en la mayoría de los adolescentes que se encuentran insatisfechos con sus cuerpos, pocos tienen sobrepeso (Mancilla *et al.*, 2006).

Estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes (Villagrán, *et. al*, 2009; Saucedo-Molina, *et al*, 2008) muestran que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, particularmente con las conductas compensatorias; de la misma forma, se encontró que estas mujeres tienden a sobreestimar su tamaño corporal, mostrando así una mayor insatisfacción (Rieder, 2001).

Últimamente, se ha difundido una figura corporal perfecta, que en mujeres es la imagen de una sumamente delgada y con pechos desarrollados, mientras que para los hombres predomina la imagen del cuerpo musculoso (López y Sallés, 2005); la importancia de estas “figuras perfectas” radica principalmente en que los individuos adoptan este cuerpo como ideal y gracias a la comparación social se da cuenta que su cuerpo difiere de estas. La discrepancia que existe entre estas dos imágenes pueden dar origen a los TCA ya que se vuelve una obsesión la insatisfacción corporal (Mancilla *et al.*, 2006).

1.5.1.7 Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC o índice que Quetelet, es uno de los criterios más importantes y por lo tanto más comunes para evaluar el estado nutricional de los individuos, en él se consideran los siguientes factores: el peso actual, la estatura, el sexo y la edad.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Lo que se traduce en la división del peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado. Los parámetros de normalidad a utilizar se encuentran en los hallados para púberes y adolescentes a partir de los puntos de corte dados por el National Center for Health Statistics (CDC, Growth Chasis:United Status, 2000).

Este índice se asocia con la presencia de CAR, ya que en diversos estudios (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2002 y Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010) se ha reportado que cuando se presenta un IMC elevado (sobrepeso y 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-Fritsch, *et al.*, 1999; Unikel-Santoncini *et al.*, 2002; Toro, 2006) .

Es necesario realizar estudios en este campo y principalmente en Hidalgo, es por esto que se realizó el presente estudio, no solo para ampliar los datos nacionales, sino también para iniciar la investigación en escuelas preparatorias públicas del Estado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los TCA son un problema cada vez más frecuente de salud y por lo tanto, tienen un fuerte impacto en la sociedad, estos 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 los pacientes, ya sea por la desnutrición y sus complicaciones metabólicas, así como por las múltiples perturbaciones psicológicas (Mancilla *et al.*, 1999), estas condiciones además de perjudicar estos rubros, también afectan a la familia y en general a la sociedad que los rodea.

En el pasado se planteaba que los TCA ocurrían solo en grupos con poder adquisitivo alto en naciones occidentales, aunque la mayoría de las investigaciones sugiere que los TCA continúan presentándose de manera predominante en personas caucásicas en países occidentales (Mancilla *et al.*, 2006)

Algunos estudios (León, *et al*, 2008; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006) mencionan a las mujeres como la población más afectada; sin embargo, es necesario investigar otras poblaciones, ya que en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de TCA en varones (Mancilla *et al.*, 2006).

El estudio de los TCA en países desarrollados lleva ya varias décadas, y cada vez es mayor el número de ellos, así como también el estudio sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar estos trastornos, como el documentado en mujeres adultas por Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) en el que se muestra que la influencia de la población para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez (Gómez, 1993) son suficientes para desarrollarlos.

En los últimos años se han realizado estudios como el realizado por Unikel-Santoncini, *et al.*, en el 2006 sobre estos factores de riesgo como lo son las CAR, mismas que mostraron un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más CAR en hombres de 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003 y mujeres de 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003.

De acuerdo a la ENSANUT 2006 (Olaiz-Fernández, *et al.*, 2006) realizada a 20 mil 56 adolescentes de 10 a 19 años, arrojó que el 18.3% de ellos manifestaron preocupación por engordar, haber comido demasiado y perder el control para comer,

por otro lado, el 3.2% había realizado dietas, ayuno o ejercicio en los últimos tres meses y estas conductas alimentarias de riesgo afectan principalmente a los jóvenes de 16 a 19 años.

En un estudio realizado por Saucedo-Molina, *et al.* (2008) sobre factores de riesgo relacionados con TCA en púberes de Pachuca, Hidalgo, se obtuvieron los siguientes resultados: el 57% de las mujeres presentó insatisfacción con la imagen corporal, no quedando muy lejos el 61.6% de los hombres; en mujeres se encontró que el 18.6% y hombres el 7.8% reportan malestar con la imagen corporal, el 37.2% de las mujeres, y 23.2% de hombres, informó eliminar tiempos de comida y aunque sólo el 17.2% de las mujeres registraron preocupación por el peso y la comida, el 5.2% de hombres y 6% de las mujeres en ese estudio, manifestaron el uso de dietas restringidas.

En la actualidad, incluso los sujetos con IMC normal pueden presentar insatisfacción con la imagen corporal, como lo demuestra el estudio realizado en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud en Hidalgo por Saucedo-Molina *et al.* (2010) en donde a pesar de que de acuerdo con la distribución del IMC, más del 60% de la muestra estaba en la categoría de peso normal, se encontró que un alto porcentaje de adultos jóvenes (78%) están insatisfechos con su imagen corporal, identificándose una tendencia preferente por la delgadez tanto en mujeres como en varones.

Es así como se aprecia claramente que estos factores de riesgo están presentes en estudiantes de Pachuca, sin embargo aun no se ha trabajado de manera específica en estudiantes de una preparatoria pública, lo que dio pie a la presente investigación pues es muy probable que en ellos se encuentren presentes.

3. JUSTIFICACIÓN

El estudio de las conductas alimentarias y de la imagen corporal, es relativamente nuevo aunque de suma importancia gracias a la creciente prevalencia de los últimos años, esto ha provocado un gran interés en ellas.

En las últimas tres décadas del siglo XX, ocurrió un cambio en los países occidentales que está relacionado con los ideales estéticos del cuerpo. El someterse a dietas y el deseo de ser delgada han alcanzado el estatus de una obsesión cultural (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002).

En México, la atención que han recibido los TCA ha sido marginal, debido posiblemente al reducido número de pacientes con trastornos alimentarios atendidos en el país (Unikel-Santoncini, Bojorquez y Saucedo-Molina, 2010). Sin embargo, se ha apreciado con claridad que la mayor parte de las investigaciones realizadas, se han hecho en adolescentes y jóvenes, debido por una parte, a que son grupos de riesgo y por otra, a que la aparición de TCA ocurre principalmente entre los 12 y 25 años de edad (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006) siendo menos frecuentes su desarrollo en edades superiores a los 25 años. La distribución por sexos muestra que aproximadamente entre el 85 y 95% de esta población que presenta alteraciones en la conducta alimentaria son mujeres (Rome *et al.*, 2003).

Actualmente se han incrementado los reportes de investigación los cuales muestran un aumento en la incidencia de los TCA en sociedades con características socioeconómicas y culturales diversas (Gard y Freeman, 1996 ; Smolak y Striegel-Moore, 2001), es por esto que las investigaciones en este rubro deben ser cada vez mayores y diversas para poder tener una visión amplia y completa de esta problemática.

Una investigación realizada en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatoria y licenciatura en una escuela privada de Pachuca Hidalgo por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010) concluyó que en la población estudiada están presentes las CAR y que éstas fueron mayores en las 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; sin embargo, hasta el momento, no hay datos de estudios realizados en

alumnos de preparatorias públicas en Hidalgo que permitan apoyar estos hallazgos desde el sector público.

Es así como se pretendió aumentar la poca información que existe en estudios de los adolescentes en el estado relacionados a estos temas, que como ya se dijo antes, es donde existe una mayor incidencia y prevalencia de TCA, lo que es muy importante para ampliar la visión sobre esta problemática en las preparatorias públicas del estado de Hidalgo.

Se pretendió también aportar algunos conocimientos sobre la detección temprana de TCA y de los individuos en riesgo, para así lograr desarrollar a largo plazo programas de intervención ya sea para la prevención o diagnóstico de los mismos y por lo tanto disminuir la incidencia y prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo y de insatisfacción con la imagen corporal, lo que se reflejaría en la disminución de casos de TCA.

Por todo lo anterior, surgieron los siguientes objetivos de investigación.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Evaluar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y su relación con el IMC en estudiantes, hombres y mujeres de una preparatoria del sector público de Pachuca de Soto, Hidalgo.

4.2 Objetivos específicos

Evaluar en estudiantes de una preparatoria pública en Pachuca de Soto, Hidalgo la distribución de:

- a. Conductas Alimentarias de Riesgo.
- b. La satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal.
- c. El IMC.

Determinar la relación entre:

- a. CAR y el IMC.
- b. La insatisfacción con la imagen corporal y el IMC.
- c. CAR e Insatisfacción con la imagen corporal

5. HIPÓTESIS

1. A mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal.
2. A mayor IMC mayor presencia de CAR.
3. A mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor presencia de CAR.
4. Mayor presencia de CAR en mujeres que en hombres.
5. Mayor insatisfacción con la imagen corporal en mujeres, comparadas con los hombres.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El estudio de campo que se hizo, fue de tipo transversal, descriptivo y correlacional.

6.2 Muestra

Se trabajó con una muestra probabilística integrada por hombres y mujeres (N=1020) de una preparatoria del sector público ubicada en Pachuca de Soto Hidalgo, que constó de 663 mujeres y 357 hombres de todos los semestres con un rango de edad de 14-20 años, con una media de 16.0 (DE=1.116).

La fórmula de proporciones se empleó para determinar el tamaño de la muestra y se describe a continuación (Pagano y Gauvreau, 2001):

$$N = \frac{(Z_B + Z_0)^2 (PQ)}{(P_1 - P_0)^2} \quad P = \frac{X_1 - X_2}{n_1 - n_2} \quad Q = 1 - P$$

Donde:

Z_B =Poder de la muestra o probabilidad de rechazar una hipótesis nula falsa

Z_0 =Nivel de confiabilidad o probabilidad de rechazar una hipótesis nula verdadera

P =Proporción estimada a partir de dos poblaciones

$P_1 - P_0$ =Diferencia de dos proporciones de dos poblaciones con respecto a una característica

6.2.1 Criterios de inclusión

- a. Estar inscrito en la Preparatoria No. 1.
- b. Contestar los instrumentos de evaluación en un 90%.

6.2.2 Criterios de exclusión

- a. Alumnos que se nieguen a participar en el estudio.
- b. Alumnas embarazadas.

6.2.3 Criterios de eliminación

- a. Dejar de asistir la institución donde se realizó la investigación.
- b. No contestar los instrumentos de evaluación en un 90%.

6.3 Definición de variables

6.3.1 Sociodemográficas

- **Sexo**

Definición conceptual: “Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables” (Comisión de Derechos Humanos del DF, 2009).

Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario.

- **Edad**

Definición conceptual: “La edad del individuo se determina con el número de meses o años de vida cumplidos” (Peláez, *et al.*, 1993 p.7).

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, p. 252).

Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario. ¿A qué clase social consideras que perteneces? y se incluyeron las siguientes opciones de respuesta para estratificar dicha variable:

- 1) Alta, 2) Media-Alta, 3) Media, 4) Media-baja, 5) Baja, 6) Pobre.

6.3.2 Factores de riesgo

6.3.2.1 IMC

Definición conceptual: “Razón que se establece al dividir el peso corporal de un individuo expresado en kg, entre la estatura expresada en metros, elevada al cuadrado” (Orientación Alimentaria, Glosario de Términos, 2001 p.23).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 (\text{m}^2)}$$

Los sujetos se clasificaron de acuerdo a los valores encontrados para la población adolescente a partir de los puntos de corte percentilares señalados por el National Center for Health Statistics (CDC, Growth Charts: United States, 2000) en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. IMC Percentilar para adolescentes mujeres

Edad	<P5 Desnutrición	P5 Bajo Peso	P10-P85 Normal	P85-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.

Tabla 2. IMC Percentilar para adolescentes hombres

Edad	<P5 Desnutrición	P5 Bajo Peso	P10-P85 Normal	P85-P95 Sobrepeso	>P95 Obesidad
14	< 15.8	15.8 – 16.5	16.6 – 22.6	22.7 – 25.9	> 25.9
15	< 16.5	16.5 – 17.1	17.2 – 23.3	23.4 – 26.8	> 26.8
16	< 17.1	17.1 – 17.8	17.9 – 24.3	24.4 – 27.6	> 27.6
17	< 17.8	17.8 – 18.4	18.5 – 25	25.1 – 28.3	> 28.3
18	< 18.3	18.3 – 19	19.1 – 25.7	25.8 – 29	> 29
19	< 18.8	18.8 – 19.5	19.6 – 26.4	26.5 – 29.7	> 29.7

Fuente: National Center for Health Statistics, 2000.

6.3.2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición conceptual: “La práctica de dietas restrictivas y ayunos, la realización de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos, laxantes o enemas y el vómito autoprovocado, todo ello con el fin consciente de perder peso” (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006, p. 16).

Definición operacional: Fueron evaluadas por dos cuestionarios validados y confiabilizados por Unikel-Santoncini (2004) y Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010). Las respuestas fueron valoradas en cuatro categorías, 1) Nunca, 2) Pocas veces, 3) Muchas veces y 4) Siempre. Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas a excepción de las variables tiempos de comida y conducta alimentaria normal, ya que en éstas a mayor puntuación, es menor el problema.

- **Conducta alimentaria normal**

Definición conceptual: “No solo se refiere a la ingestión de alimentos, es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos y que se ve influenciada por factores ajenos a la persona” (Saucedo-Molina, 2003, p.62).

- **Dieta restringida**

Definición conceptual: “Tendencia repetitiva de auto-privación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como la eliminación de tiempos de comida, ya sea desayuno, comida o cena, a lo largo del día con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal” (Gómez-Peresmitré, 1998,p.41).

- **Medidas compensatorias**

Definición conceptual: “Consiste en el uso de diuréticos, laxantes, enemas o pastillas con el propósito para perder peso” (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2006, p. 16).

- **Atracón/Purga**

Definición conceptual: “Ingesta de alimento un corto periodo (1 a 2 horas) en cantidad superior a la que mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias, así como vómito autoinducido y ayuno” (APA, 2002).

- **Tiempos de comida**

Definición conceptual: “Realización de la ingestión de alimentos a lo largo del día en sus diferentes tiempos (desayuno, comida y cena)” (Saucedo-Molina, *et al.*,2008, p. 21).

6.3.2.3 Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal

Definición conceptual: “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 (muscultura para hombres y delgadez para mujeres) asumido y la imagen corporal propia percibida y se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal” (Mancilla, *et al*, 2006, p.128).

Definición operacional: Se midió por medio de nueve figuras las cuales van desde una obesa hasta una muy delgada tanto para hombres como para mujeres. Se interpretan como insatisfacción a la diferencia de la figura actual con la figura ideal; diferencias positivas (figura actual más gruesa que la ideal) interpretándose como el deseo de estar más delgados (as), y negativas (figura actual más delgada que la ideal) el cual refleja el deseo de estar más grueso (a); cuanto más grande sea la diferencia, mayor será la insatisfacción, y una diferencia igual a 0 se interpretará como satisfacción con la imagen corporal (Gómez Peresmitré, *et al*, 2001).

6.4 Instrumento

El instrumento (Anexo 1 y 2) que se utilizó en este estudio es de tipo auto-aplicable en su versión para hombre (XY) y para mujer (XX) el cual mide Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel, *et al.*, 2004), Factores socioculturales (influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal), conducta alimentaria normal y tiempos de comida (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010) y Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal mediante una escala visual de nueve figuras corporales que van desde una muy delgada hasta una muy obesa tanto para hombres como para mujeres según sea el caso (Gómez-Peresmitré, *et al.*, 2001).

Los instrumentos son debidamente confiabilizados y validados para dicha población. Las secciones que conforman el instrumento se describen a continuación.

Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo. Consiste en diez preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, 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). Las respuestas están valoradas en cuatro categorías: Nunca (0), A veces (1), Con frecuencia 2 veces en una semana (2), Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana (3); tiene un punto de corte de 10, en el que puntuaciones de 11 o mayores significan “riesgo” y menores a 11 se interpreta como “no riesgo”. Para su validez, 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= 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±3.9). Se hicieron análisis de consistencia interna y análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua. El instrumento arrojó un alpha de Cronbach=0.83, lo que quiere decir que tiene una alta confiabilidad. En la tabla 3 del anexo 3, se muestra la distribución de los factores junto con sus cargas factoriales (Unikel-Santocini, Bojórquez y Carreño, 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 1306 estudiantes que quinto y sexto grado 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= 1.23). Se realizó un análisis de consistencia interna y un análisis factorial de Máxima Verosimilitud con rotación de Oblimin. Este cuestionario mide conductas alimentarias y aspectos socioculturales. El instrumento para mujeres (FRATAP-M) quedó conformado de 23 reactivos con un alpha de Cronbach de 0.83. Mientras que para hombres (FRATAP-H) consta de 22 reactivos agrupados en cinco factores con un alfa de Cronbach= 0.75. Para este estudio solo se trabajó con los siguientes factores: Dieta restringida, Tiempos de comida y Conducta alimentaria normal. Las tablas 4 y 5 (anexo 3) muestran la distribución de los factores y su carga factorial de la versión para mujeres y hombres respectivamente. Las respuestas de este cuestionario, están valoradas en cuatro categorías: Nunca (1), Pocas veces (2), Muchas veces (3), Siempre (4) (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010). Es importante mencionar que en mujeres no apareció el factor Conducta alimentaria normal pero en cambió surgió otro que en varones no, llamado Dieta restringida.

6.5 Procedimiento

Se habló con el director de la Preparatoria a quien se le presentó el proyecto de manera clara y sencilla, una vez autorizado, se acudió a la preparatoria pública de la ciudad de Pachuca para la aplicación grupal del instrumento a la muestra elegida en los días y horarios asignados por las autoridades correspondientes. Los responsables del estudio, explicaron a los alumnos de manera clara y precisa el objetivo del estudio enfatizando en la importancia de su participación garantizando la confidencialidad de la información recabada. Posteriormente se dieron las instrucciones de llenado del instrumento, al terminar se procedió a la toma del peso y la estatura de cada sujeto registrando las medidas en su cuestionario (estas tomas se hicieron por personal previamente capacitado y estandarizado).

La toma del peso se hizo con el mínimo de ropa posible, sin zapatos, en posición recta, en el centro de la báscula y con los pies paralelos, la toma de la estatura se hará 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° (Felman, 2000), para la obtención de esta medida, se colocó el estadímetro en una pared lisa y sin bordes. Posteriormente, se llevó a cabo la captura de datos para la elaboración del banco de datos correspondiente para realizar el análisis estadístico correspondiente.

6.6 Análisis estadístico

La captura de los datos se hicieron con el Statistical Package Social Science (SPSS) en su versión 15.0 para Windows; para cubrir los objetivos planteados, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las diferentes variables, comparación por sexo y comparación por IMC los cuales fueron reportados en porcentaje, de igual manera se realizó correlación de Pearson entre las diferentes variables.

6.7 Materiales

- Báscula digital TANITA[®], con capacidad de 120kg y precisión de 0.1kg.
- Estadímetro portátil tipo escuadra marca SECA[®].
- Papelería y artículos de oficina.

6.8 Aspectos éticos

Con base a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, y de acuerdo al artículo 17, este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que solo se tomó el peso y la estatura de cada sujeto, así como la contestación del cuestionario y ya que estos no son procedimientos invasivos ni se manipula la conducta de los sujetos de estudio, no requirió de consentimiento informado por escrito pero si verbal de los participantes (Ley General de Salud, 1984).

7. RESULTADOS

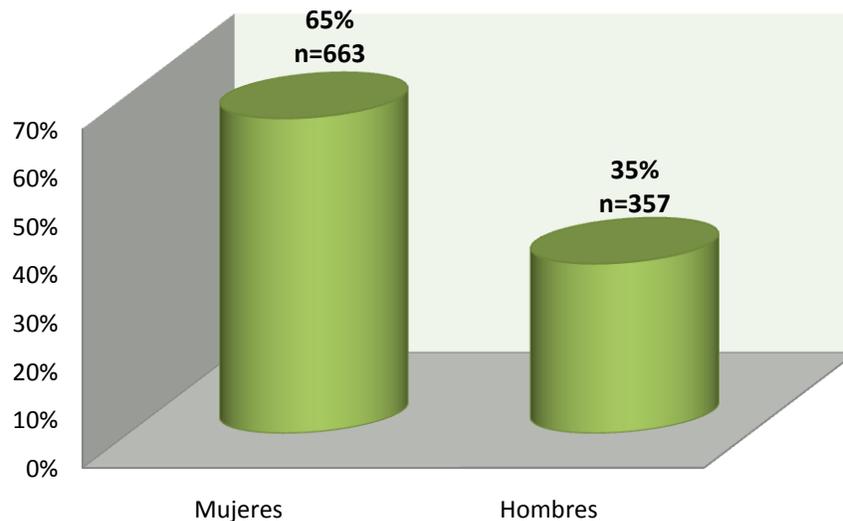
A continuación se muestran los resultados obtenidos en la investigación, explicando primero la muestra general, después por sexo y finalmente por IMC. Describiendo en primer lugar las variables sociodemográficas, seguido de la evaluación antropométrica, posteriormente el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) y la Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal, finalizando con la distribución de algunos factores que integran el cuestionario de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Alimentación en Púberes (FRATAP).

7.1 Distribución de Variables Sociodemográficas

- **Sexo**

La distribución por sexo (Gráfico 1), permite ver que el mayor valor fue de mujeres con un 65% y el menor para hombres con 35%.

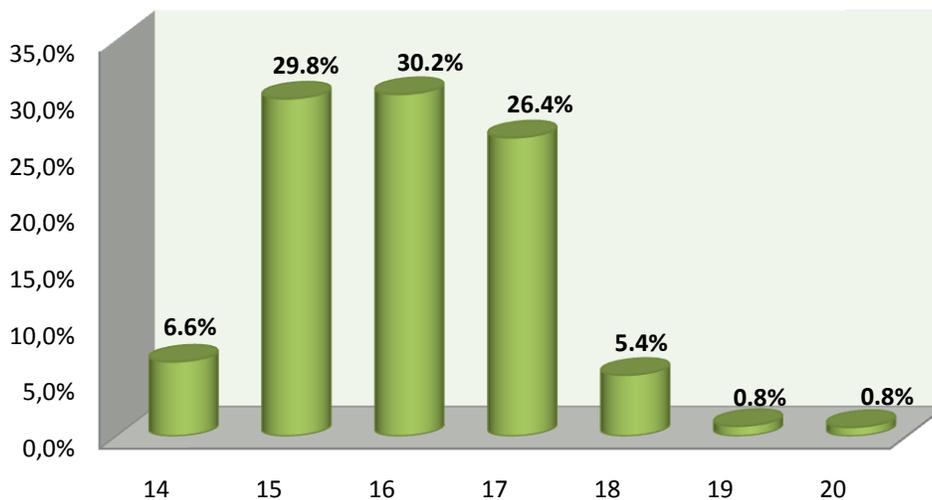
Gráfico 1. Distribución porcentual por sexo



- **Edad**

En la distribución por edad (Gráfico 2), en la que el rango fue de 14-20 años, con una media de 16.0 (DE=1.116); los alumnos de 16 años obtuvieron los mayores porcentajes (30.2%), les siguieron los de 15 años (29.8%); 17 años (26.3%) y 14 años (6.6%); los porcentajes con valores menores fueron para 18 y 19 años (5.4% y 0.8%) y finalmente la edad de 20 años, con un porcentaje de 0.8%.

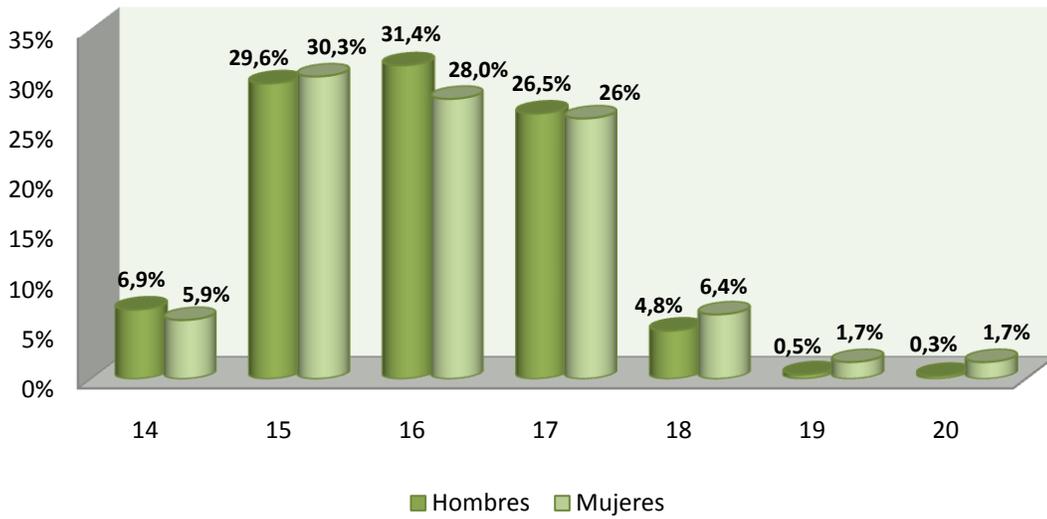
Gráfico 2. Distribución porcentual por edad



- **Edad por sexo**

En esta distribución (Gráfico 3); con predominio del género masculino sobre el femenino se encontró primero a los de 14 años (hombres 6.9% y mujeres 5.9%); de 16 años (hombres 31.4% y mujeres 28%) y 17 años (hombres 26.5% y mujeres 26%). Las mujeres de 15 años de edad tuvieron mayor porcentaje que los hombres (29.6% hombres y 30.3% mujeres); las de 18 años (4.8% hombres y 6.4% mujeres); las de 19 (0.5% hombres y 1.7% mujeres) así como las de 20 (0.3% hombres y 1.7% mujeres).

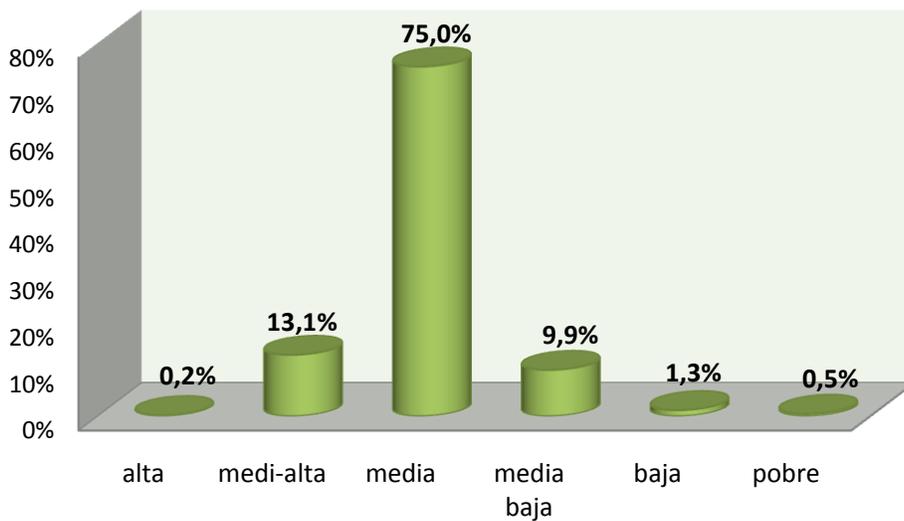
Gráfico 3. Distribución porcentual por edad y sexo



- **Clase Social**

En la distribución de acuerdo a la clase social (Gráfico 4), se encontró 0.2% para la clase alta, 13.1% para la media-alta, para la clase media se encontró un 75%, siendo este el porcentaje más alto, 9.9% para la clase media-baja y para la clase baja y pobre 1.3% y 0.5% respectivamente.

Gráfico 4. Distribución porcentual de Clase Social

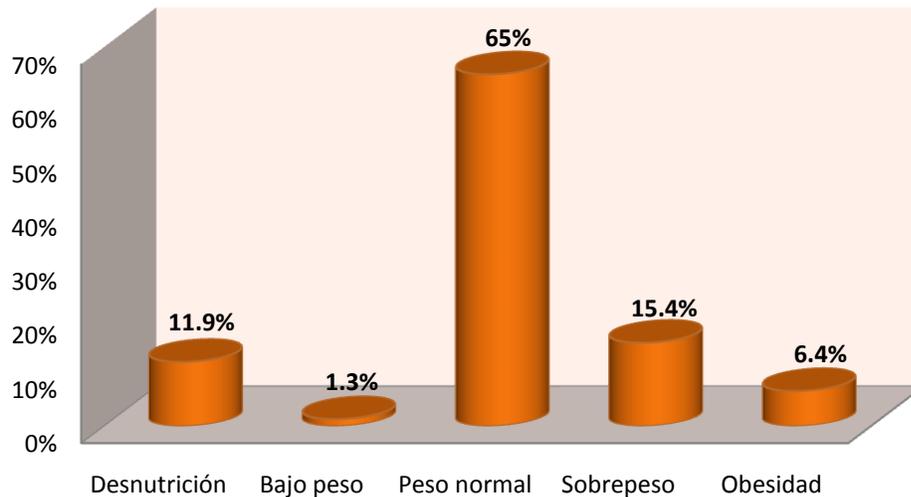


7.2 Descripción de la Evaluación Antropométrica

- **Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P)**

De acuerdo a las categorías del IMC-P presentadas en el Gráfico 5, se encontró en la muestra total, que el 65% está dentro de la normalidad (n=663), mientras que el 15.4% (n=157) presenta sobrepeso, el 6.4% (n=66) obesidad y el 11.9% (n=121) desnutrición. El porcentaje menor corresponde a la categoría de bajo peso con 1.3% (n=13).

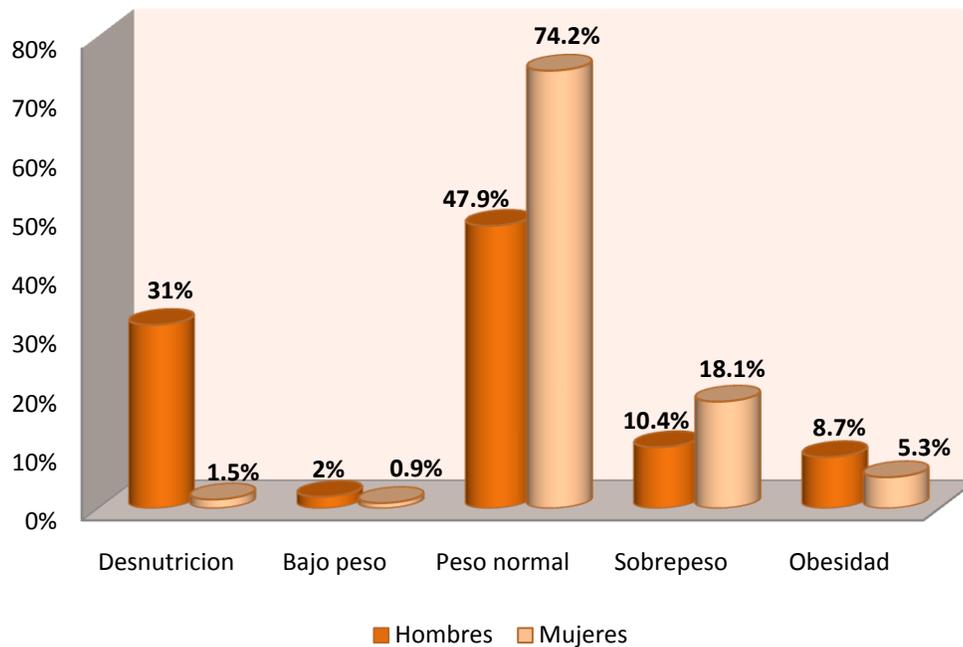
Gráfico 5. Distribución porcentual de IMC-P



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

Los valores mayores para ambos sexos (Gráfico 6) se encontraron en la categoría de normalidad, donde predominó el género femenino (mujeres 74.2% y hombres 47.9%), sin embargo, para las categorías de bajo peso, desnutrición y obesidad, los hombres tuvieron mayor porcentaje (hombres 2%, 31% y 8.7% y mujeres 0.9%, 1.5% y 5.3% respectivamente). La única categoría donde las mujeres tuvieron mayor porcentaje, fue en la de sobrepeso (mujeres 18.1% y hombres 10.4%).

Gráfico 6. IMC-P por sexo

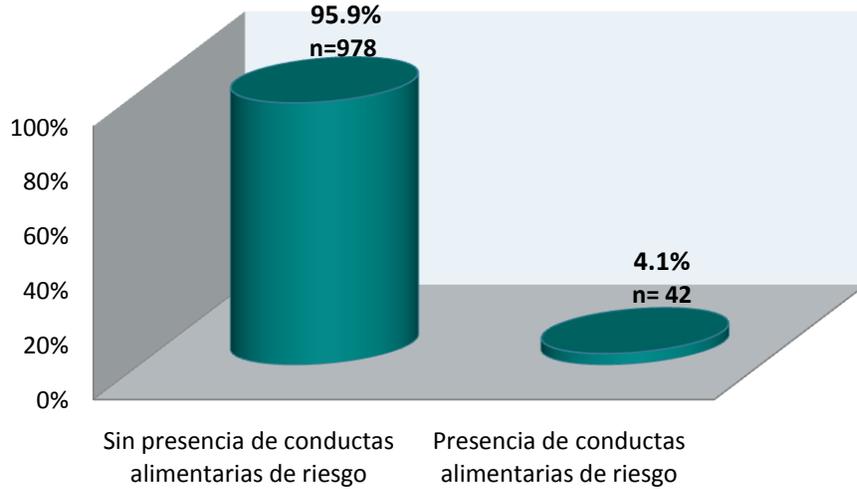


7.3 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

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

Con respecto a esta sección del instrumento, después haber realizado la sumatoria para obtener la puntuación antes mencionada, los datos permitieron apreciar que el 4.1% de la muestra general presenta conductas alimentarias de riesgo, el resto (95.9%), no las presenta (Gráfico 7).

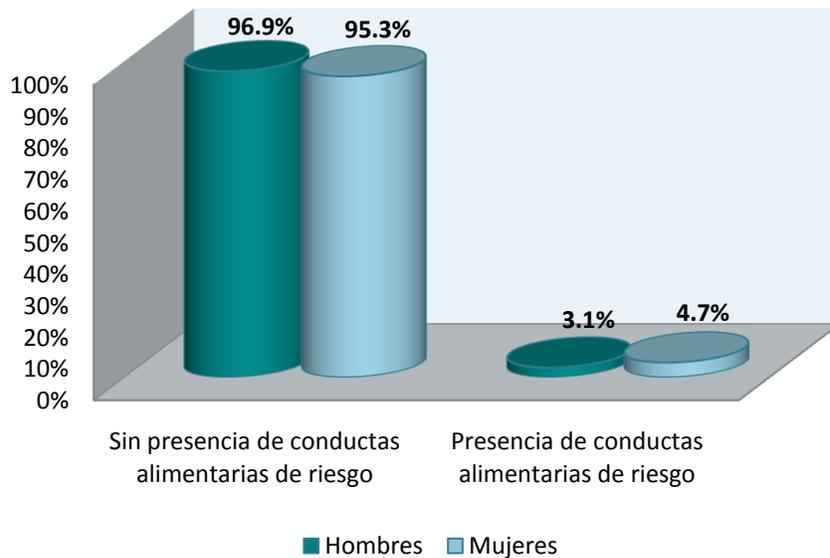
Gráfico 7. Distribución porcentual de conductas alimentarias de riesgo



- **Comparación por sexo (Gráfico 8)**

Como era de esperarse, se halló mayor porcentaje de mujeres con conductas alimentarias de riesgo (4.7%) al compararlo con los hombres (3.1%); por lo tanto, fue mayor el porcentaje de hombres que no las presentó (96.9%), que el de mujeres (95.3%).

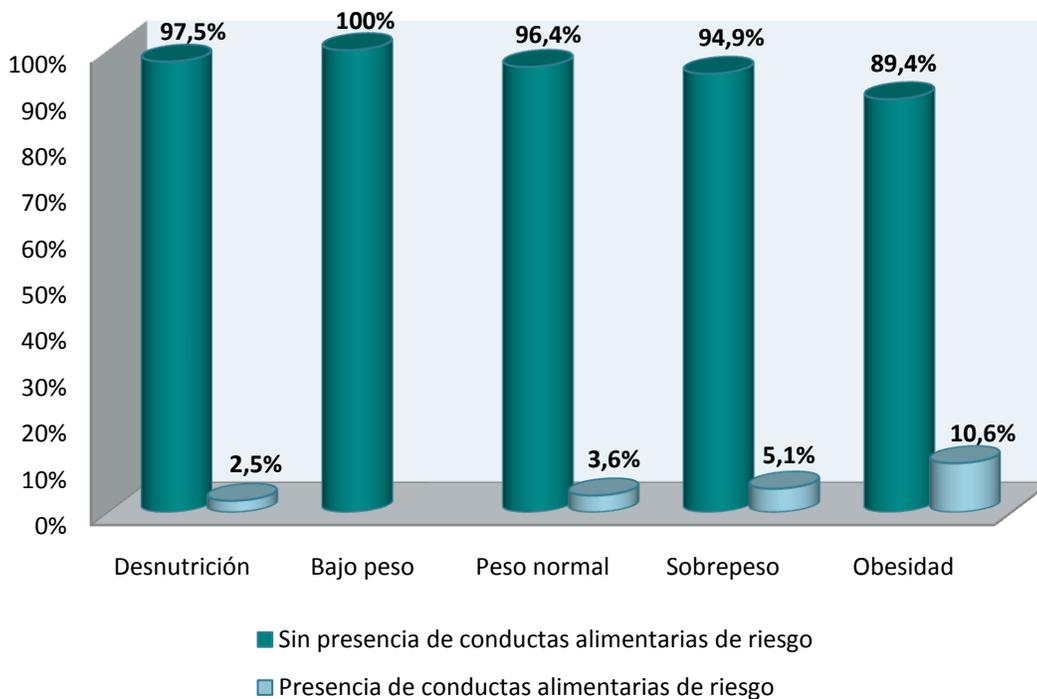
Gráfico 8. Distribución porcentual por sexo: Conductas Alimentarias de Riesgo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 9)

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que en los sujetos con IMC bajo peso (100%) y desnutrición (97.5%) se hallaron los porcentajes más altos para la categoría “Sin presencia de conductas alimentarias de riesgo”. En la opción “Presencia de conductas alimentarias de riesgo”, el valor más alto se encontró en la categoría de obesidad (10.6%), mientras que el valor menor estuvo en aquellos que presentaron desnutrición (2.5%). Cabe mencionar que en la categoría bajo peso no se obtuvieron valores para esta opción.

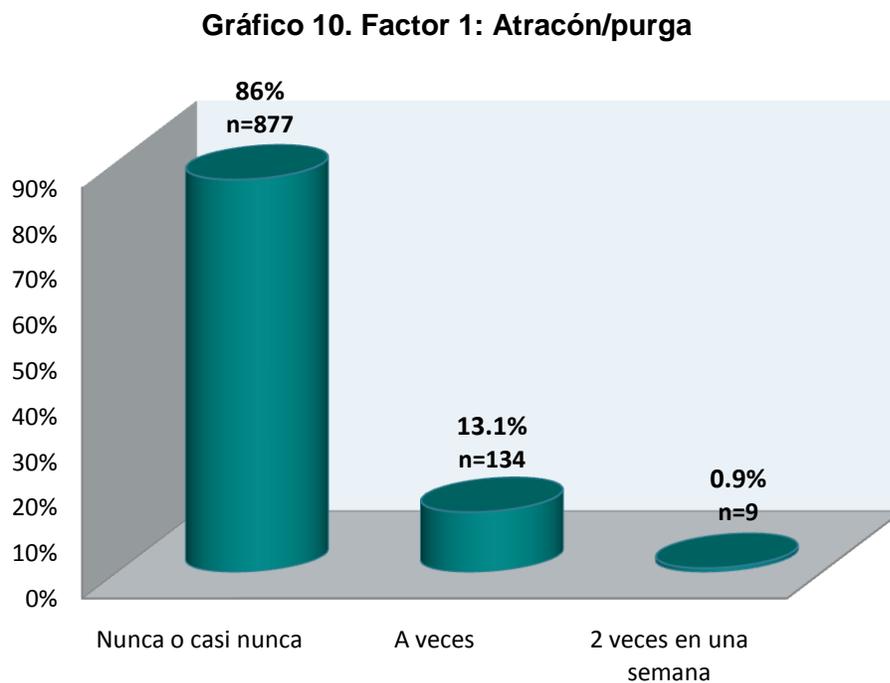
Gráfico 9. Distribución porcentual por IMC y Conductas Alimentarias de Riesgo



El cuestionario que evalúa las Conductas Alimentarias de Riesgo está conformado por tres factores: Atracón/purga, Medidas compensatorias y Conductas restrictivas.

7.3.1 Factor 1: Atracón/purga (Gráfico 10)

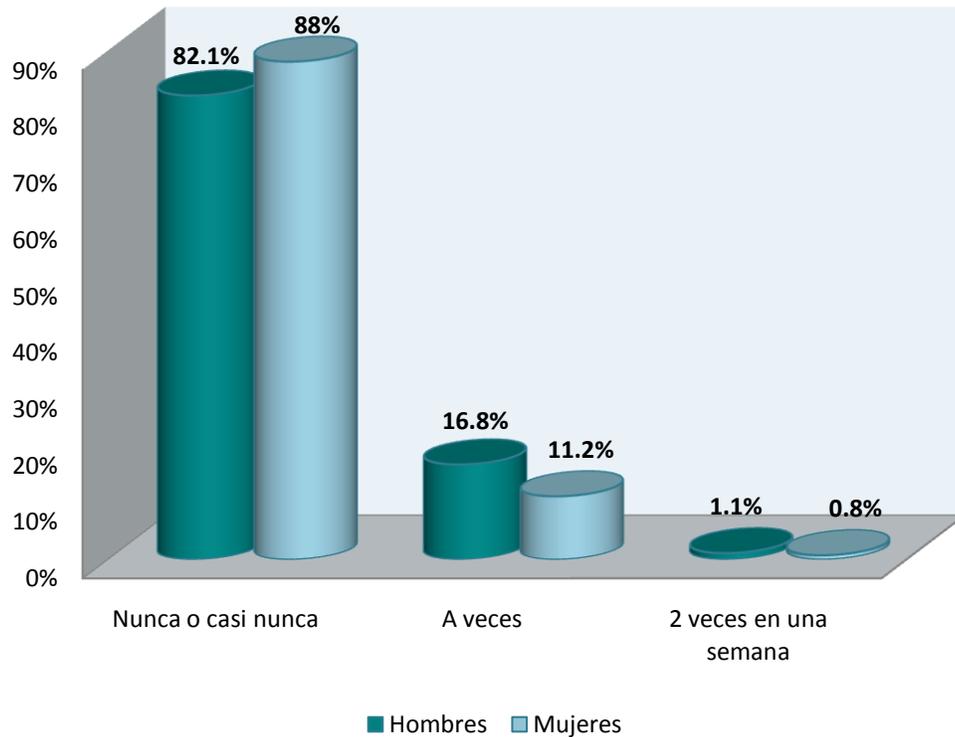
Los resultados de este factor arrojaron que el 86% de la muestra total nunca o casi nunca han practicado estas conductas, siendo este el porcentaje mayor, siguiéndole “a veces” con 13.1% y por último 0.9% “2 veces a la semana”.



- **Comparación por sexo.** (Gráfico 11)

Dentro de este factor en la comparación por sexo, los valores más altos, fueron, en hombres y mujeres, “nunca” (82.1% y 88%). En la categoría de “a veces” y “2 veces en una semana” los hombres tuvieron mayor porcentaje (16.8% y 1.1%) comparados con las mujeres (11.2% y 0.8%).

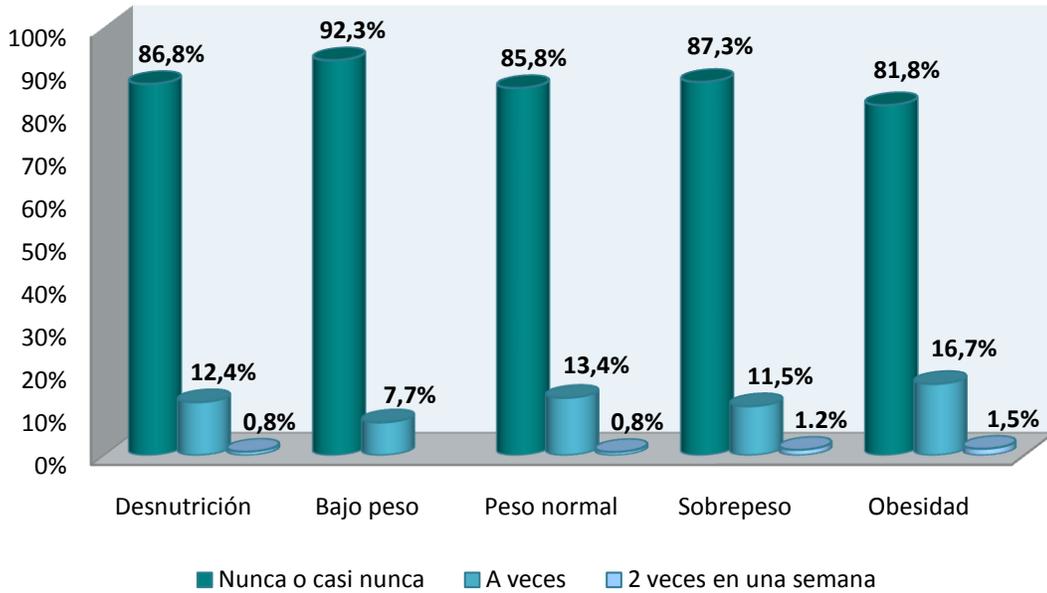
Gráfico 11. Factor 1: Atracón/purga comparación por sexo



- **Comparación por IMC (Gráfico 12)**

Los valores más altos se encontraron en la categoría “Nunca o casi nunca” (92.3% bajo peso, 87.3% sobrepeso, 86.5% desnutrición, 85.8% peso normal y 81.8% obesidad). En la categoría “A veces” los valores más altos fueron para quienes presentan obesidad (16.7%), y los menores para quienes tienen IMC bajo peso (7.7%). Para la opción de respuesta “2 veces en una semana” se presentaron valores iguales para los IMC desnutrición y peso normal (0.8%), mientras que los valores más altos son para obesidad (1.5%), seguidos de sobrepeso (1.2%); es importante señalar que no se registraron valores para el IMC bajo peso en esta respuesta.

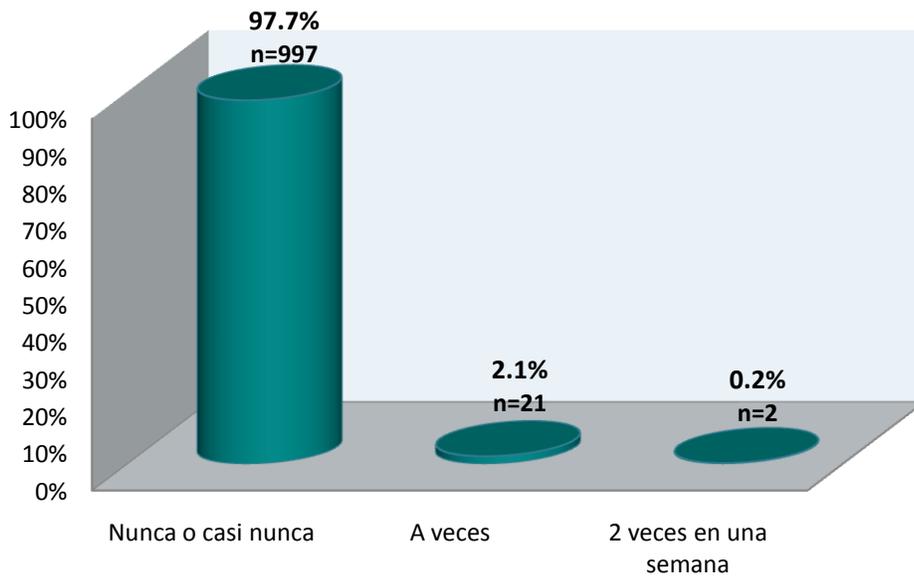
Gráfico 12. Factor 1: Atracón/purga comparación por IMC



7.3.2 Factor 2: Medidas compensatorias (Gráfico 13)

En este segundo factor, el porcentaje más alto registrado fue el que pertenece a la categoría “nunca o casi nunca” (97.7%), siendo los más bajos “a veces” (2.1%) y “2 veces en una semana” (0.2%).

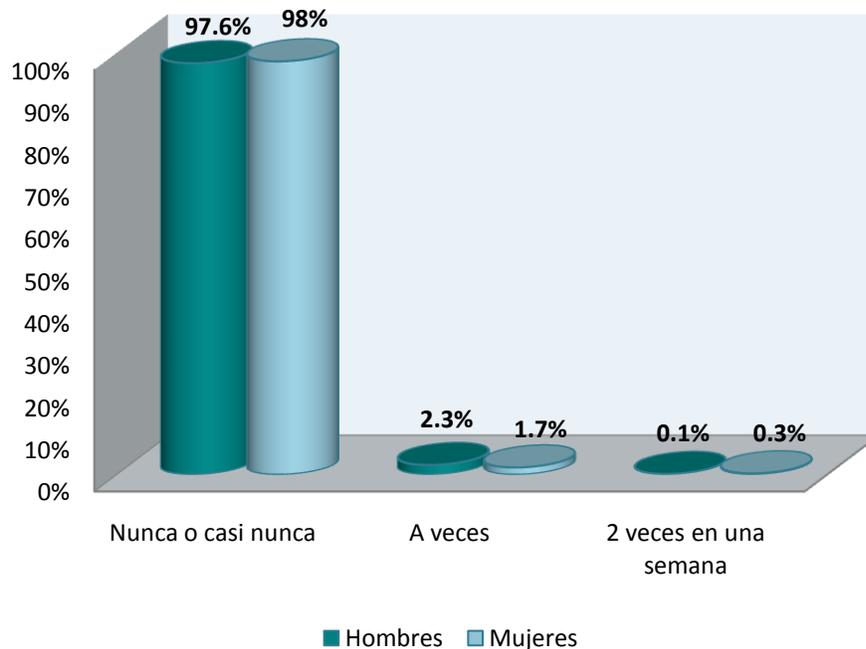
Gráfico 13. Factor 2: Medidas compensatorias



- **Comparación por sexo** (Gráfico 14)

En el análisis de los resultados por sexo, los resultados fueron similares, los porcentajes mayores para hombres y mujeres se identificaron en la categoría de “Nunca o casi nunca” (97.6% y 98%). El porcentaje más bajo en la categoría “a veces” lo obtuvieron los hombres (1.7%) a diferencia de las mujeres (2.3%); en cambio, en la categoría “2 veces en una semana” el porcentaje fue menor para mujeres en comparación con los hombres (0.3% y 0.1%) respectivamente.

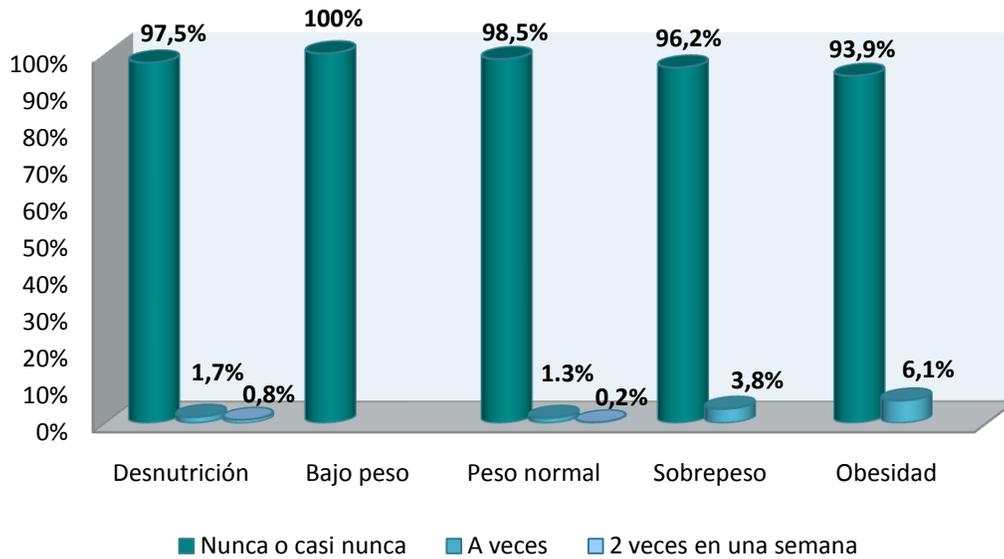
Gráfico 14. Factor 2: Medidas compensatorias comparación por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 15)

En este segundo factor, los porcentajes más altos pertenecen a la categoría “Nunca o casi nunca” (100% bajo peso, 98.5% peso normal, 97.5% desnutrición, 96.2% sobrepeso y 93.9% obesidad); en la categoría “A veces” los valores del IMC fueron 6.1% obesidad, 3.8% sobrepeso, 1.7% desnutrición y 1.4% peso normal. En la opción “2 veces en una semana” se encontraron los porcentajes más bajos (0.8% desnutrición y 0.2% peso normal).

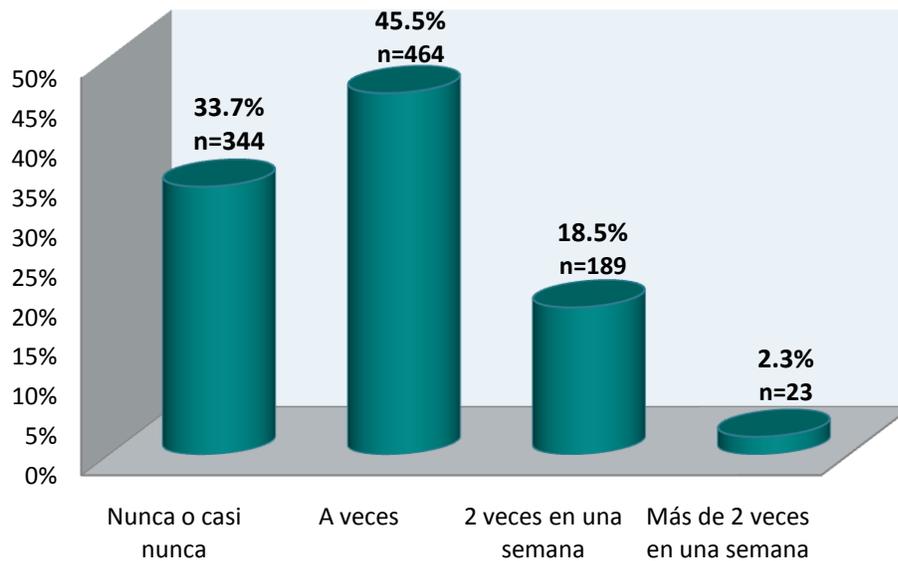
Gráfico 15. Factor 2: Medidas compensatorias comparación por IMC



7.3.3 Factor 3: Restricción (Gráfico 16)

En cuanto al factor 3, se encontró que el porcentaje mayor fue en la categoría “a veces” (45.5%) en seguida “nunca o casi nunca” (33.7%) y “2 veces en una semana” (18.5%) siendo “más de 2 veces en una semana” la categoría con menor porcentaje de la muestra total (2.3%).

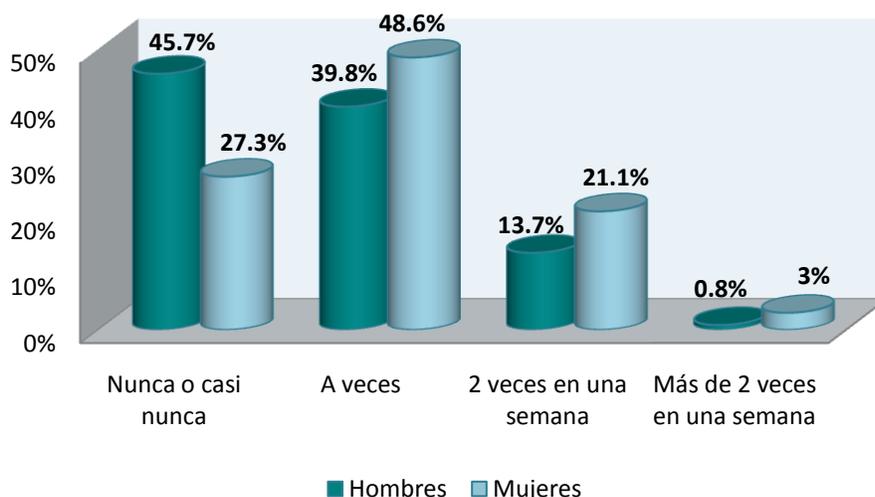
Gráfico 16. Factor 3: Restricción



- **Comparación por sexo** (Gráfico 17)

Una vez analizado el factor con la muestra total, se realizó el análisis por sexo, dando como resultado en la categoría “nunca o casi nunca” 45.7% en hombres y 27.3% en mujeres, en la categoría “a veces” 39.8% en hombres y 48.6% en mujeres, seguida de la categoría “2 veces en una semana” con 13.7% en hombres y 21.1% en mujeres y por último, los porcentajes menores para ambos sexos fueron en la categoría “más de 2 veces por semana” (hombres 0.8% y mujeres 3%). Es importante resaltar que esta última categoría no se presentó en los otros dos factores anteriores.

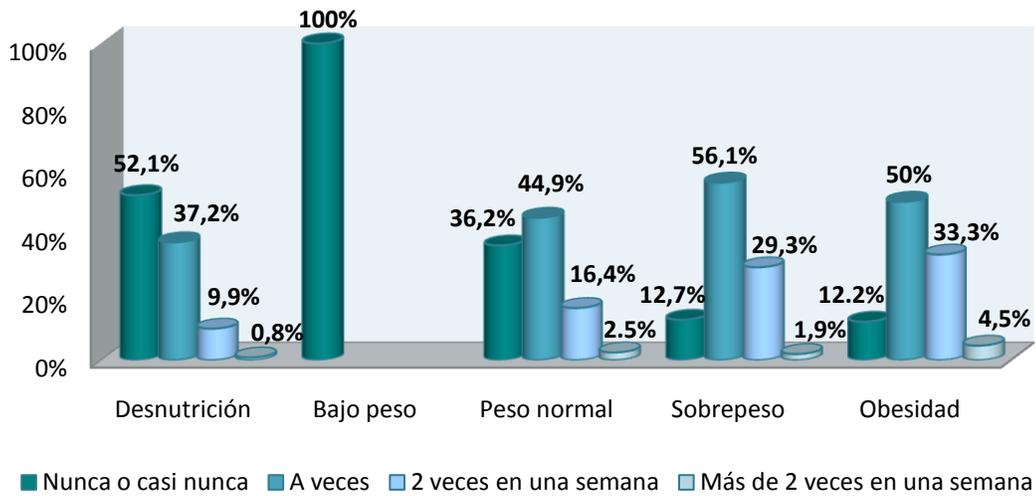
Gráfico 17. Factor 3: Restricción comparación por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 18)

En el análisis de los resultados de este factor por IMC, los porcentajes fueron muy diferentes en cada categoría. Para la opción “Nunca o casi nunca” el valor más alto fue para el IMC bajo peso (100%) y el menor para obesidad (12.2%). En la categoría “A veces” el porcentaje mayor se encontró en el IMC sobrepeso (56.1%) y el menor a desnutrición (37.2%). El 33.3% corresponde a la categoría obesidad en la opción de respuesta “2 veces en una semana” como valor más alto, seguido del 29.3% sobrepeso, 16.4% peso normal y 9.9% desnutrición. En cambio los porcentajes más bajos se obtuvieron en la categoría “Más de 2 veces en una semana” (4.5% obesidad, 2.5% peso normal, 1.9% sobrepeso y 0.8% desnutrición).

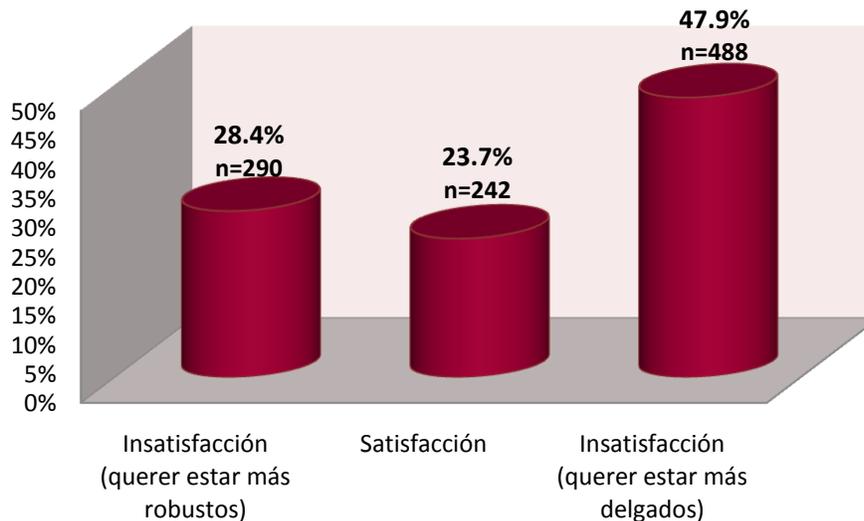
Gráfico 18. Factor 3: Restricción comparación por IMC



7.4 Distribución Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal

En esta variable se encontró que solo el 23.7% del total de la muestra, reportó estar satisfecho con su imagen corporal, resaltando que el 76.3% está insatisfecho. De este valor, el 28.4% está insatisfecho en el sentido de querer tener una figura más robusta y el 47.9% está insatisfecho con la imagen corporal en el sentido de querer ser más delgado (Gráfico 19).

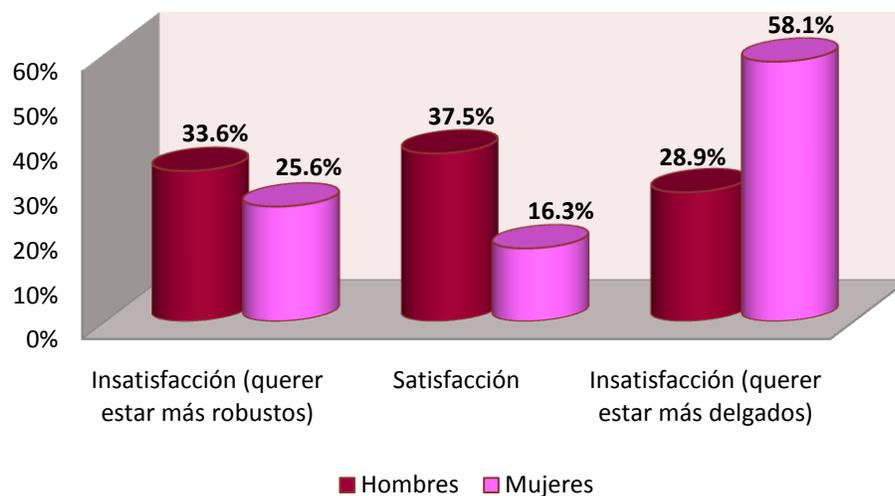
Gráfico 19. Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal



- **Comparación por sexo** (Gráfico 20)

Cuando se revisaron los datos provenientes de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por sexos, fue claro apreciar que la satisfacción fue mayor en los hombres con 37.5% ya que solo el 16.3% de las mujeres están satisfechas con la imagen corporal. El predominio de querer estar más robustos fue en los hombres con un 33.6% a diferencia de las mujeres (25.6%) y el porcentaje mayor de querer estar más delgados fue en las mujeres con 58.07% en comparación con los hombres que obtuvieron 28.9%.

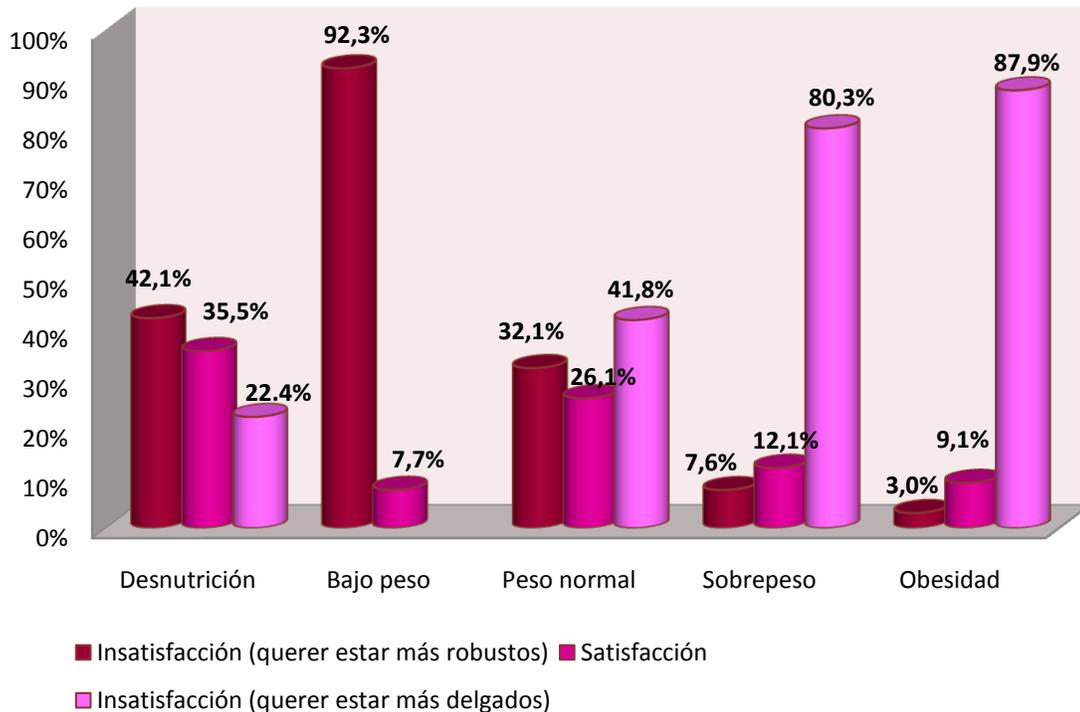
Gráfico 20. Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 21)

En esta variable se encontró que aquellos con IMC de bajo peso (92.3%) tienen el porcentaje más alto en la categoría “Insatisfacción por querer estar más robustos” mientras que sobrepeso (7.6%) y obesidad (3.0%) tuvieron valores muy bajos. De quienes se encuentran “Satisfechos”, el valor más alto corresponde al IMC desnutrición (35.5%), seguido de peso normal (26.1%), sobrepeso (12.1%), obesidad (9.1%) y bajo peso (7.7%). Aquellos que están insatisfechos con la imagen corporal en el sentido de querer ser más delgados, se encontró el porcentaje mayor en la categoría de IMC obesidad (87.9%) y el menor en la opción desnutrición (22.4%).

Gráfico 21. Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal por IMC



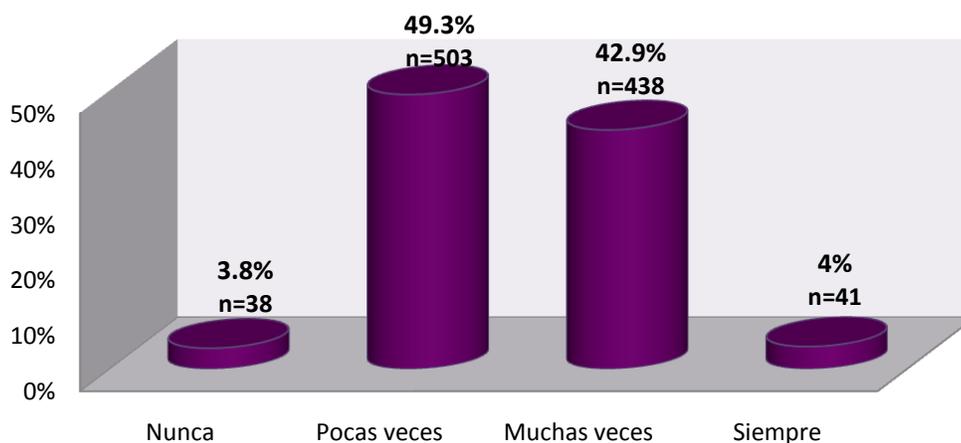
7.5 Distribución FRATAP (Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en Púberes)

Este cuestionario fue aplicado en su versión para hombre (FRATAP-H) y su versión para mujer (FRATAP-M) y para fines de este estudio, los factores analizados fueron los siguientes:

7.5.1 Factor III: Conducta alimentaria normal (Gráfico 22)

En esta gráfica se aprecia que el porcentaje más bajo correspondió a la categoría de respuesta “nunca” (3.8%); el más alto lo registró la opción de “pocas veces” (49.3%), seguida del 42.9% para la respuesta “muchas veces” y por último 4% de la respuesta “siempre”.

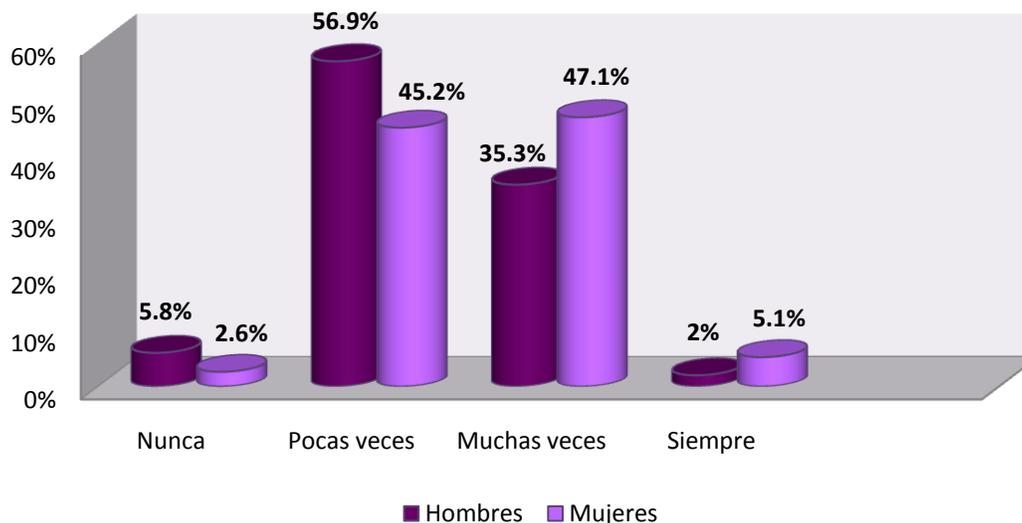
Gráfico 22. FRATAP Factor III: Conducta alimentaria normal



- **Comparación por sexo** (Gráfico 23)

Con respecto al comportamiento de este factor, los datos en la categoría “nunca” se obtuvieron 5.8% en hombres y 2.6% en mujeres, siendo esta categoría la de menor porcentaje para las mujeres; en la categoría “pocas veces” el porcentaje mayor lo obtuvieron los hombres (56.9%) comparado con las mujeres (45.2%), seguidos de “muchas veces” donde hubo un predominio del género femenino (35.3% hombres y 47.1% mujeres) junto con los que “siempre” presentan esta conducta (2% hombres y 5.1% mujeres).

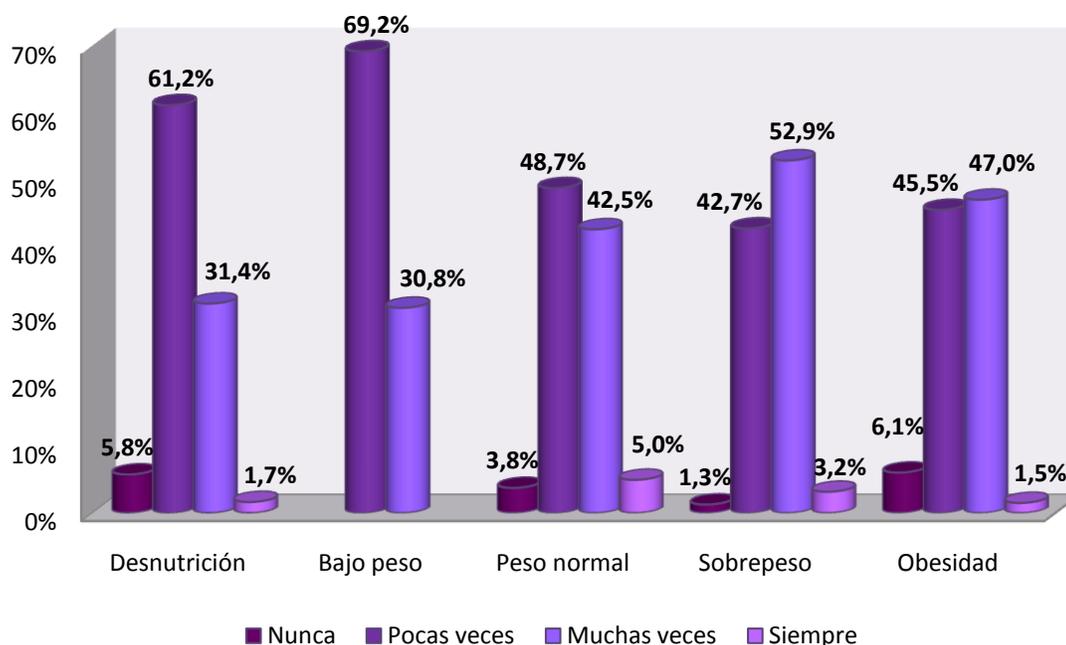
Gráfico 23. FRATAP Factor III: Conducta alimentaria normal por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 24)

En la siguiente gráfica se registró que el valor más alto en la opción de respuesta “Siempre” correspondió al IMC peso normal (5.0%) y el menor a obesidad (1.5%). Para la categoría “Muchas veces” se encontró que quienes presentaron sobrepeso (52.9%) obtuvieron el porcentaje mayor y aquellos con bajo peso (30.8%) el menor; mientras que en la categoría “Pocas veces” ocurrió lo contrario, el IMC bajo peso (69.2%) obtuvo el mayor porcentaje y sobrepeso (42.7%) el más bajo. Los datos en la categoría “Nunca” fueron los más bajos de esta distribución (obesidad 6.1%, desnutrición 5.8%, peso normal 3.8% y desnutrición 1.3%); cabe destacar que en esta respuesta no se encontró ningún valor para el IMC bajo peso.

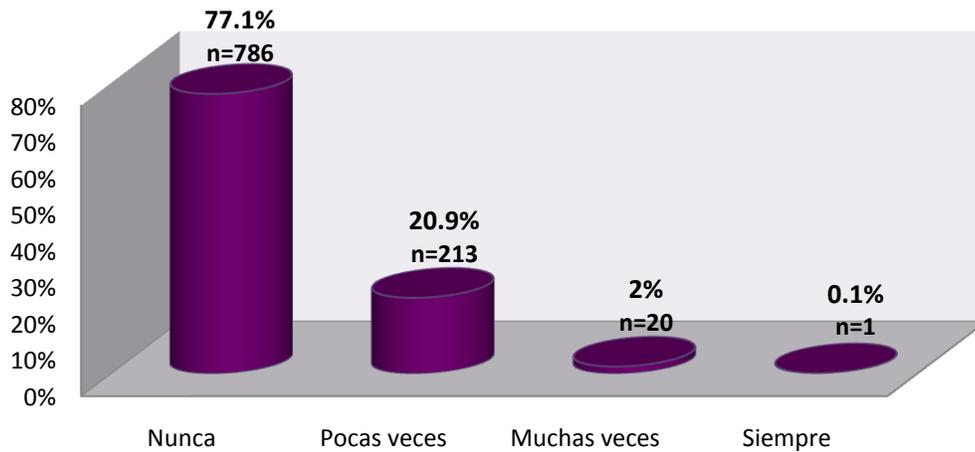
Gráfico 24. FRATAP Factor III: Conducta alimentaria normal por IMC



7.5.2 Factor IV: Dieta Restringida (Gráfico 25)

En este factor, se observa que el valor más alto encontrado en toda la muestra fue en la categoría “nunca” con 77.1% en seguida “pocas veces” con 20.9%, siendo las categorías de “muchas veces” y “siempre” las que reportaron los porcentajes menores (2% y 0.1% respectivamente).

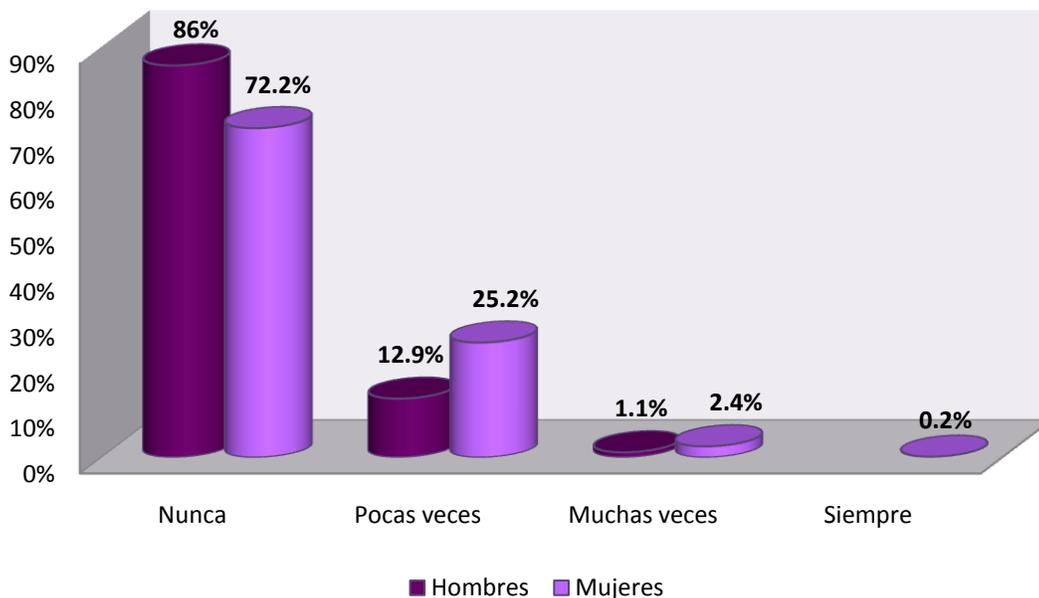
Gráfico 25. FRATAP Factor IV: Dieta Restringida



- **Comparación por sexo**

Al realizar el análisis por sexo, los porcentajes más altos para ambos sexos, aparecieron en la categoría “nunca” (86% hombres y 72.2% mujeres), seguido de “pocas veces” (12.9% hombres y 25.2% mujeres) y “muchas veces” (1.1% hombres y 2.4% mujeres). A diferencia de los anteriores, solo se observó en mujeres (0.2%) la categoría donde reportaron “siempre” practicar este tipo de conducta (Gráfico 26).

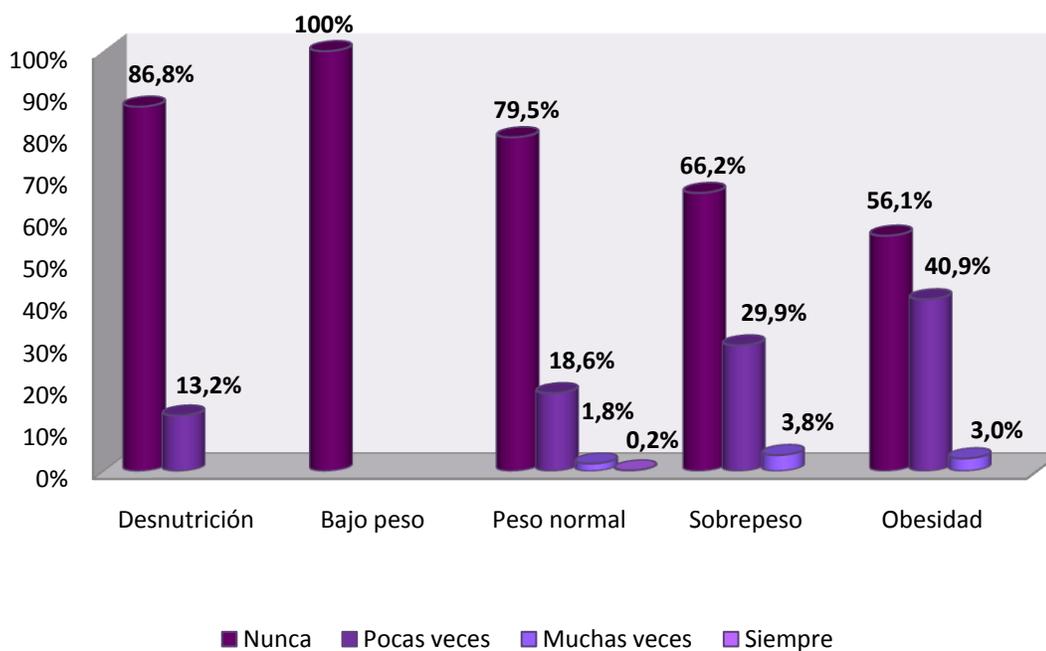
Gráfico 26. FRATAP Factor IV: Dieta Restringida por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 27)

Con respecto al comportamiento de este factor, los valores de la categoría de respuesta “Siempre” sólo se registró en el IMC peso normal (0.2%). En la opción “Muchas veces” los datos fueron semejantes para los IMC sobrepeso (3.8%) y obesidad (3.0%), el valor menor correspondió al IMC peso normal 1.8%. El porcentaje más alto a la respuesta “Pocas veces” fue de 40.9% (obesidad) y el menor de 13.2% (desnutrición); mientras que para la categoría “Nunca” el valor mayor correspondió al IMC bajo peso (100%) y el menor a obesidad (56.1%)

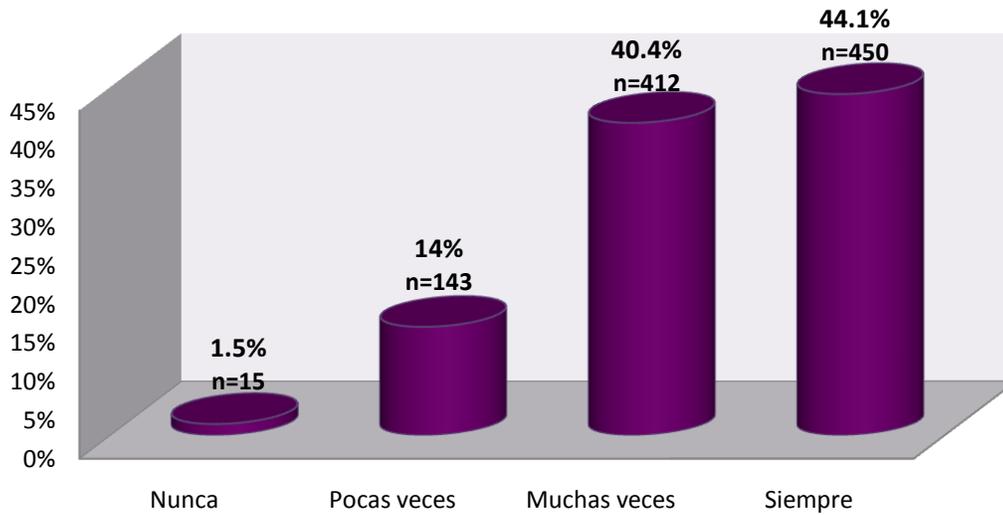
Gráfico 27. FRATAP Factor IV: Dieta Restringida



7.5.3 Factor V: Tiempos de comida (Gráfico 28)

En esta distribución, en la categoría de respuesta de quienes “nunca” sigue sus tiempos de comida se encontró el porcentaje más bajo (1.5%), mientras que el más alto correspondió a la opción “siempre” (44.1%). En cuanto a la categoría de “pocas veces” el 14% lleva a cabo sus tiempos de comida y para finalizar, se encontró que 40.4% de la muestra total “muchas veces” los realiza.

Gráfico 28. FRATAP Factor V: Tiempos de comida



- **Comparación por sexo**

El gráfico 29, muestra que en cuanto a este factor, los porcentajes más altos para ambos sexos fueron en la categoría “siempre” (47.1% hombres y 42.5% mujeres), en segundo lugar, “muchas veces” (39.8% hombres y 40.7% mujeres), después la opción “pocas veces” (11.2% hombres y 15.5% mujeres) siendo “nunca” la que presentó los porcentajes más bajos (2% hombres y 1.2% mujeres).

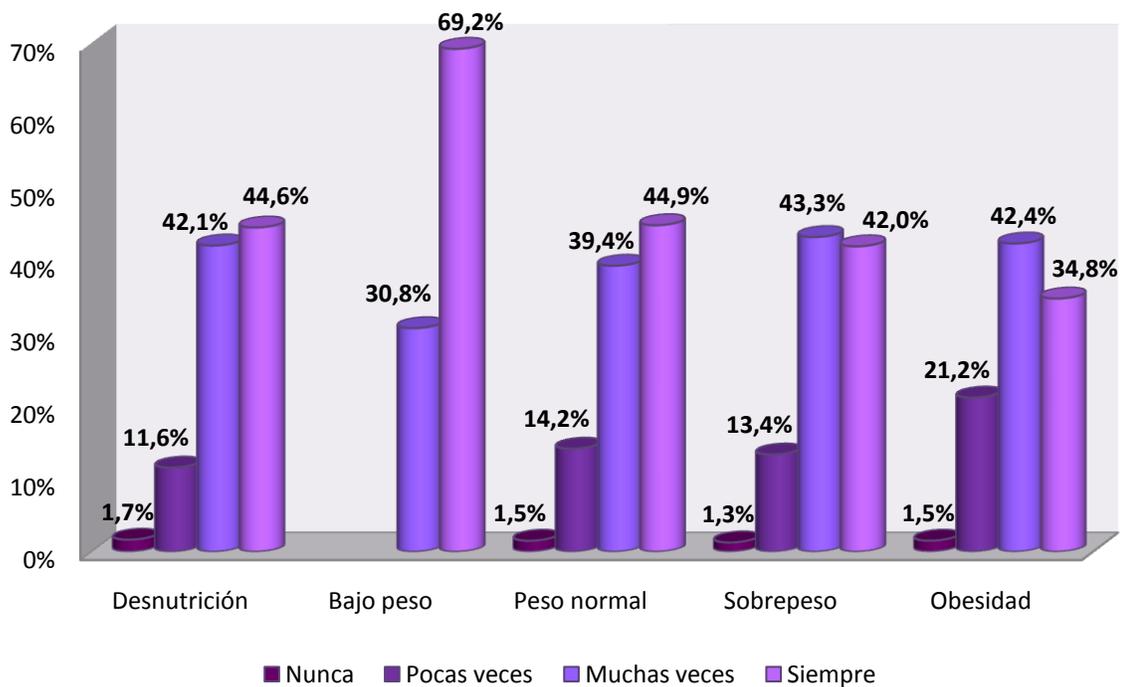
Gráfico 29. FRATAP Factor V: Tiempos de comida por sexo



- **Comparación por IMC** (Gráfico 30)

En este factor se identificaron datos similares en quienes respondieron “nunca” realizar sus tres tiempos de comida (desnutrición 1.7%, peso normal y obesidad 1.5%, y sobrepeso 1.3%). En la opción de respuesta “Pocas veces” se registró el valor mayor en el IMC obesidad (21.2%) y el menor en desnutrición (11.6%). El porcentaje más alto de la categoría “Muchas veces” correspondió al IMC sobrepeso (43.3%), en seguida obesidad (42.4%), desnutrición (42.1%), peso normal (39.4%) y bajo peso (30.8%). Finalmente, dentro de la categoría “Siempre” se registró el valor mayor para el IMC bajo peso (69.2%) y el menor en obesidad (34.8%).

Gráfico 30. FRATAP Factor V: Tiempos de comida



7.6 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

Se realizó un análisis de correlación de Pearson, el cual permite determinar la fuerza de asociación entre dos variables, así como la trayectoria que toman las mismas (Daniel, 2009). Las variables analizadas fueron la insatisfacción con la imagen corporal (ya sea por querer estar más delgados o más robustos), los factores del cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo, Conducta Alimentaria Normal, Dieta Restringida y Tiempos de comida pertenecientes al FRATAP y el IMC.

Tabla 6. Matriz de Correlación entre Variables asociadas: Muestra general.

	IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	Dieta Restringida
Insatisfacción con la imagen corporal	0.518		
Restricción	0.369	0.394	0.533
CBCAR	0.314	0.347	

Todas las correlaciones fueron significativas a nivel 0.01

En la tabla 6, que describe el comportamiento de la muestra general, se observa que las correlaciones significativas fueron entre IMC e insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.518$; $p<0.01$), lo cual quiere decir que hay una correlación moderada, ya que a mayor IMC, mayor es la insatisfacción con la imagen corporal. Se encontró también correlación entre el IMC y la sumatoria del cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo ($r=0.314$; $p<0.01$) lo que significa que a mayor IMC, mayor presencia de CAR. Otras correlaciones encontradas en la muestra total fueron: insatisfacción con la imagen corporal con el factor Restricción ($r=0.394$; $p<0.01$) y con la sumatoria del CBCAR ($r=0.347$; $p<0.01$), lo que se interpreta como una tendencia de que a mayor insatisfacción, mayor es el seguimiento de CAR. En cuanto al IMC con el factor Restricción ($r=0.369$; $p<0.01$), los resultados dejan entrever que mientras más alto sea el IMC o la insatisfacción con la imagen corporal, existe una tendencia a presentar conductas restrictivas.

7.6.1 Correlación entre Variables: Mujeres

La correlación de Pearson también se efectuó por sexos, iniciando con las mujeres (Tabla 7) en las que se identificaron asociaciones positivas y significativas entre el IMC y la insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.486$; $p<0.01$). El factor Restricción reportó correlación con el IMC ($r=0.337$; $p<0.01$), con el factor Atracón/Purga ($r=0.351$; $p<0.01$) y con la insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.379$; $p<0.01$), lo que indica una tendencia de que a mayor IMC, mayor presencia de atracones, mayor es la insatisfacción corporal y es mayor el seguimiento de Conductas restrictivas. Se reportó también correlación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sumatoria del CBCAR ($r=0.363$ $p<0.01$), es decir, mientras mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor será el seguimiento de CAR. Por otro lado, el factor Dieta Restringida también obtuvo asociación positiva con el factor Atracón/Purga ($r=0.323$; $p<0.01$).

Tabla 7. Matriz de Correlación entre Variables asociadas: Mujeres.

	IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	Dieta Restringida	Restricción
Insatisfacción con la imagen corporal	0.486			
Restricción	0.337	0.379	0.554	
Atracón/Purga			0.323	0.351
CBCAR		0.363		

Todas las correlaciones fueron significativas a nivel 0.01

7.6.2 Correlación entre variables: Hombres.

En la tabla 8 se observa las correlaciones encontradas en los hombres en las que muestra que a mayor IMC, mayor será la insatisfacción con la imagen corporal por querer ser más delgados ($r=0.601$; $p<0.01$). Otra correlación hallada fue la de el IMC con el factor Restricción ($r=.435$; $p<0.01$) y con la sumatoria del CBCAR ($r=0.340$; $p<0.01$) lo que muestra una tendencia de que a mayor IMC mayor es la presencia de CAR. El factor Medidas Compensatorias, reportó correlación con el factor Atracón/Purga, lo que indica que a mayor presencia de Atracones, mayor es la utilización de medidas compensatorias, esta correlación sólo fue encontrada en los hombres ($r=0.300$; $p<0.01$). Para finalizar, la última correlación encontrada en los hombres, fue la Insatisfacción con la imagen corporal y el factor Restricción ($r=0.349$; $p<0.01$), lo que reporta que a mayor insatisfacción con la imagen corporal por querer ser más delgados, mayor es el seguimiento de conductas restrictivas y viceversa.

Tabla 8. Matriz de Correlaciones entre Variables asociadas: Hombres.

	IMC	Insatisfacción con la imagen corporal	Dieta Restringida	Atracón/Purga
Insatisfacción con la imagen corporal	0.601			
Restricción	0.435	0.349	0.437	
CBCAR	0.340			
Medidas compensatorias				0.300

Todas las correlaciones fueron significativas a nivel 0.01

Es importante mencionar que se encontraron también correlaciones positivas y significativas a un nivel de 0.01, en la muestra general ($r=0.533$), en el análisis en mujeres ($r=0.554$) y hombres ($r=0.437$); entre el factor Dieta restringida, medido por el FRATAP, y el factor restricción, medido por el CBCAR, lo que corrobora que ambos instrumentos miden conductas restrictivas.

8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvo la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, de la imagen corporal y del IMC mediante la descripción de la distribución de las diferentes variables que formaron parte de este estudio, así como las relaciones existentes entre ellas; de tal manera que fue posible alcanzar los objetivos planteados.

La información obtenida proviene de una institución pública representada por alumnos de 14 a 20 años de edad que son un grupo de riesgo ante los TCA, por ser adolescentes, según lo descrito por Benedito, *et. al.*, en el 2003, ya que sobrevaloran sus dimensiones corporales, están insatisfechos con su imagen corporal, desean perder peso y por tanto se someten a dietas restrictivas, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio.

Una vez analizado el IMC-P, el 65% de la muestra se situó en peso normal, dato un poco más alto que el encontrado por la ENSANUT (Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006) a nivel estatal (57.6%). Los porcentajes correspondientes a obesidad y sobrepeso en la muestra general fueron de 6.4% y 15.4% respectivamente; estos datos son inferiores a lo reportado en esta misma encuesta a nivel estatal y nacional, ya que se encontró 7.2% para obesidad y 22.6% en Hidalgo, mientras que para el país aproximadamente 1 de cada 3 adolescentes tienen exceso de peso (Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006). En cuanto a la comparación por sexo, los hombres obtuvieron 8.7% y las mujeres 5.3% referente a la categoría "obesidad" lo que concuerda con los datos encontrados por la ENSANUT (Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006) ya que en el estado de Hidalgo 8.7% de los hombres y el 5.7% de las mujeres presentaron obesidad; mientras que 21.7% de hombres y el 23.5% de mujeres presentan sobrepeso, datos mayores comparados con los resultados hallados en este estudio (10.4% hombres y 18.1% mujeres), esto probablemente se deba a que esta investigación fue realizada en una institución del sector público.

La distribución de las CAR en la muestra general fue de 4.1%, lo que es similar a lo encontrado por Chávez (2011) donde se reportó que el 5.1% de una escuela preparatoria privada de Pachuca Hidalgo las presentaban, lo que demuestra que como en otras investigaciones realizadas en el país comparando estudiantes de ambos sectores educativos, los estudiantes de escuelas privadas han reportado mayores porcentajes (Unikel-Santocini, *et. al.*, 2010), estas son cifras muy inferiores a lo reportado por la ENSANUT (Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006), que aunque no se hizo distinción entre escuelas privadas y públicas, se encontró el 18.3%, es importante resaltar que este es el primer estudio realizado en estudiantes de bachillerato público en Hidalgo.

En el análisis por IMC, los sujetos clasificados con obesidad, fueron los que presentaron mayor porcentaje de CAR (10.6%) lo que reafirma lo reportado en otros estudios nacionales (Unikel, *et. al.*, 2000 y Unikel, *et. al.* 2002). De igual manera, estos hallazgos fueron confirmados por las asociaciones encontradas entre el IMC y las CAR tanto en la muestra general ($r= 0.314$, $p<0.01$) como en el grupo de hombres ($r=0.340$, $p<0.01$) en donde a mayor Índice de Masa Corporal, mayor presencia de dichas conductas, datos que reafirman lo encontrado por Unikel-Santoncini, *et al* en el 2002 en donde afirman que en la media que aumenta el Índice de Masa Corporal, aumenta la prevalencia de CAR.

Los resultados arrojados por la presente investigación confirmaron nuevamente que las mujeres son las más afectadas con un 4.7%, siendo este un porcentaje mayor al 3.9% reportado para el estado de Hidalgo en una investigación realizada en mujeres adolescentes estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior de 17 estados del país (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2010); es importante recalcar que aunque este incremento es ligero, debe interpretarse como señal de alarma para los profesionales interesados en desarrollar programas de prevención asociados a estos padecimientos ya que aunque estos resultados fueron menores, coinciden con los encontrados en una preparatoria del sector privado por Chávez (2011) que fue de 6.9%, por lo señalado por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini en el 2010^b en una

muestra semejante (9%), y por el estudio realizado por Nuño-Gutiérrez *et al.* en Guadalajara (2009) donde el 10.3% de las mujeres mostró presencia de CAR, dato similar al reportado para el Distrito Federal (10.8%) según Unikel-Santoncini, *et al.* (2010). Lo anterior corrobora que en México, los porcentajes de CAR van desde 4% hasta el 18% en mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2010 y Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006) y es muy probable que datos distintos a estos, se deban a la metodología usada para su análisis. Es así como se sigue ratificando que estas conductas están presentes tanto en todas las zonas del país, como en distintos niveles socioeconómicos.

En el caso de los varones, se registró una prevalencia de CAR del 3.1%, dato similar al encontrado por Chávez en 2011 que fue de 3.2% y al 2.8% obtenido en sujetos de Guadalajara (Nuño-Gutiérrez, 2009). Estos datos son ligeramente superiores a los reportados por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini en el 2010^b donde se analizaron datos estudiantes de preparatoria y licenciatura del sector privado; en esta investigación, el 2.9% del total de hombres y el 1.6% de los varones de nivel preparatoria presentó CAR.

Con respecto a los factores del CBCAR, en el que el primero es el de Atracón/Purga y que se refiere a los episodios de ingesta voraz de comida, pérdida de control sobre lo que comen, la realización de vómito autoinducido después de comer o el hacer ayunos para tratar de bajar de peso; en este se encontró que el 0.8% de mujeres y el 1.1% de hombres presentaban esta conducta “Con frecuencia”, porcentajes semejantes con lo reportado para una escuela preparatoria privada (Chávez, 2011) donde el 0.9% fue para mujeres y el 2.8% para hombres y los también reportados por Bravo en el 2008 (0.8% y 0.8%, respectivamente); datos muy inferiores a los publicados en la ENSANUT (21.9% mujeres y 14.8% hombres). Como se observa, los porcentajes de este factor han ido aumentando y son mayores en los varones, esto posiblemente se deba al apetito correspondiente a esta etapa de su desarrollo; de igual manera, los datos siguen siendo ligeramente mayores para las instituciones privadas. Es por eso que se requiere de programas de prevención para evitar que estos sujetos desarrollen algún TCA.

El segundo factor con el que se evalúan las Medidas Compensatorias, se pregunta acerca del uso de pastillas, diuréticos o laxantes para tratar de bajar de peso; medidas practicadas probablemente después de que la ingesta de alimentos haya producido algún sentimiento de culpa para reducir o mantener el peso y/o las medidas corporales, los resultados fueron 0.2% en hombres y 0.3% en mujeres, datos similares a los descritos por la ENSANUT (Olaiz-Fernández, *et. al.*, 2006), 0.2% en hombres y 0.6% en mujeres; por Bravo (2008); 0.8% y 1.2%, para hombres y mujeres respectivamente; y por Chávez (2011); 2.7% en varones y 0.9% en mujeres. Nuevamente se puede observar que los valores son más elevados para los sujetos de las instituciones privadas, esto posiblemente se deba a que existe una mayor presión de la sociedad en ellos para ser aceptados en su círculo social y toman estas conductas como una manera de lograr el ideal estético.

Aunque se encontró una relación baja pero estadísticamente significativa ($r=0.300$, $p=0.01$) entre los factores Atracón/Purga y Medidas compensatorias en los hombres, se puede suponer que ellos son más susceptibles a perder el control al comer, vomitar, hacer ejercicio y/o tomar laxantes o diuréticos con la finalidad de bajar de peso.

El tercer factor, denominado Restricción, y que trata sobre la práctica de dietas restrictivas y ejercicio con la finalidad de bajar de peso, reportó que el 24.1% de las mujeres y el 14.5% de los hombres realizan esta conducta, dato obtenido al sumar las opciones de respuesta “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia” ya que este fue el único factor de este cuestionario que mostró porcentajes en la opción “Con mucha frecuencia”, cifras distintas a las encontradas en el Distrito Federal por Unikel-Santoncini *et al.* (2006) en mujeres (11.9%) y hombres (14.7%) así como también los datos encontrados en Pachuca, Hidalgo en una preparatoria privada, donde los sujetos reportaron, en el 2008, 38.7% para las mujeres y 12.5% para los hombres, y en 2010, 22.9% en hombres y las mujeres 32.4% (Bravo, 2008 y Chávez, 2011). Aunque las mujeres siguen siendo las que más reportan llevar a cabo estas conductas y los porcentajes han disminuido, es importante resaltar que las cifras en

varones han aumentado del 2008 a la fecha. Sin embargo, aunque estas conductas son aceptadas y promovidas socialmente como la manera de obtener el peso y la figura corporal deseados, preocupa que se vea como un estilo de vida “normal” de alimentarse particularmente en la población joven (Unikel –Santoncini, *et. al.*, 2002), haciendo a esto una señal de alarma para principalmente seguir haciendo estudios en esta población.

Siguiendo con este factor, otros datos que deben ser discutidos son las asociaciones estadísticamente significativas ($p=0.01$) que se observaron entre el IMC y restricción ($r=0.369$ en la muestra total, $r=0.435$ en hombres y $r=0.337$ en mujeres), la insatisfacción con la imagen corporal y restricción ($r=0.394$ en la muestra total, $r=0.349$ en hombres y $r=0.379$ en mujeres), y los factores dieta restringida y restricción con el factor atracón/purga ($r=0.323$ y $r=0.351$), lo que indica que a mayor IMC e insatisfacción con la imagen corporal, los sujetos realizan más este tipo de conductas, tales como dietas de tipo restrictivo o ejercicio para tratar de bajar de peso, hecho que concuerda con lo reportado por Saucedo-Molina (2004) que menciona que aunque el IMC no predice de manera directa esta conducta, si puede influir en que el sujeto la presente, la cual a su vez está asociada a otros factores considerados desencadenantes de los TCA, dentro de los cuales sobresalen los socioculturales, como lo es la influencia de la publicidad de productos para adelgazar y mejorar la figura corporal.

A pesar de que la mayoría de los sujetos estudiados se ubicaron dentro de los valores normales de peso (65%), un gran porcentaje de la muestra general (76.3%) mostró estar insatisfecho con su imagen corporal, externando una tendencia preferente por la delgadez (47.9%); estos resultados coinciden con lo encontrado en diferentes estudios, en donde el 57% de los púberes están insatisfechos con su imagen corporal, prefiriendo estar más delgados el 40% (Saucedo-Molina, *et al.*, 2008), hasta un 59% en muestras de hombres y mujeres de 10 a 15 años de edad, en donde el 42% quiere estar más delgado (Toro, 1994), y en el realizado en una preparatoria privada por Chávez en el 2011 (61.5% Insatisfechos y 38.7%

quieren estar más delgados). Como ya se ha dicho anteriormente, se considera esta variable como uno de los predictores de TCA, ya que puede influir en el desarrollo de conductas anómalas como las CAR; esto concuerda con lo que se encontró en el presente estudio, en el que se identificó una correlación estadísticamente significativa ($p=0.01$) para la muestra general y en mujeres, entre la variable insatisfacción con la imagen corporal y el CBCAR ($r= 0.347$ y $r=0.369$ respectivamente), lo que permite confirmar que en esta muestra existe la tendencia de que a mayor insatisfacción, mayor será el seguimiento de CAR.

En el análisis por sexo, las mujeres fueron las que presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción (83.7%), cifra muy superior a la reportada por Gómez-Peremité (1999) de 44% y al 63% obtenido en una escuela preparatoria privada en la misma ciudad en la que se efectuó este estudio (Chávez, 2011), prevaleciendo como mayor valor la insatisfacción positiva, es decir, el querer estar más delgada (58.1%) lo que reafirma lo descrito por otras investigaciones que van del 16.9% en estudiantes de secundaria (Ríos, 2010) al 51% y 54% en estudiantes de preparatoria (Chávez, 2011 y Bravo, 2008), lo que concuerda con Costin (2002), que en la actualidad se considera a la delgadez como la figura ideal “femenina” ya que no solo representa atractivo físico y sexual, sino también es sinónimo de éxito, control, sacrificio personal, riqueza, etc, misma que las mujeres han adoptado debido a las exigencias sociales, culturales e incluso familiares.

Por otro lado, en los varones el 62.5% resultaron insatisfechos con su imagen corporal, siendo el porcentaje más alto pero en esta ocasión en el sentido negativo, es decir, el querer estar más robustos (33.6%), nuevamente estos hallazgos son semejantes a otras investigaciones en donde las cifras fueron de 17.9% (Ríos, 2010), 30% (Bravo, 2008), 33.5% (Chávez 2011) y 20.7% (Saucedo-Molina, et al, 2008) confirmándose la tendencia en los hombres por querer un cuerpo con músculos (mesomorfo) y no precisamente por engordar o que implique el aumento de grasa corporal (Unikel-Santoncini, *et al.*, 2006). Hoy en día el cuerpo masculino ha adquirido una importancia creciente, gracias, principalmente, a la sociedad

globalizada, quien en poco tiempo incluyó a los varones a la moda y el consumismo, y con ello, el afán de conseguir el ideal masculino, que se basa principalmente en ser delgado pero con músculos muy marcados, lo que al igual que con las mujeres, esto puede ocasionar un estilo de vida poco saludable, con el empeño por alcanzar el cuerpo ideal; esto puede explicar el aumento de los factores de riesgo asociados a TCA en ellos (Trujano, *et al.*,2010).

En el análisis por IMC los sujetos que presentaron mayores porcentajes de insatisfacción con la imagen corporal, fueron los de la categoría “Obesidad” (90.7%) y “Sobrepeso” (87.9%), hallazgos semejantes a distintas investigaciones como la reportada por Saucedo-Molina, *et al* en el 2008 (82.3% y 81.2% respectivamente), y por Lora-Cortez y Saucedo-Molina en el 2006 (96% “Obesidad” y 90% “Sobrepeso”) lo que ratifica que a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal. Es importante resaltar que aunque los sujetos con obesidad y sobrepeso fueron los más insatisfechos con su imagen corporal y que en su mayoría quieren estar más delgados, la investigación también arrojó que en estudiantes con IMC normal (41.8%) y los que se sitúan en la categoría “Desnutrición” (22.4%) quieren ser más delgados; lo que concuerda con lo reportado por Saucedo Molina, *et al*, en el 2008 (35.3% IMC normal y 4.2% Desnutrición), esto posiblemente obedece al ideal de delgadez que se maneja en la actualidad por la sociedad. Resultaría muy interesante profundizar las investigaciones en estos sujetos ya que representan grupos vulnerables ante el desarrollo de un TCA.

En cuanto a las correlaciones obtenidas, en la muestra total se encontró una asociación fuerte estadísticamente significativa entre las variables IMC e insatisfacción con la imagen corporal ($p=0.518$, $r=0.01$), sin embargo, al hacer el análisis por sexo, en los hombres fue más fuerte la asociación que en las mujeres ($r=0.601$ $p=0.01$ y $r=0.486$, $p=0.01$ respectivamente), esto concuerda con otras investigaciones en donde las mujeres sienten mayor insatisfacción que los hombres al tener un IMC mayor (Acosta y Gómez, 2003).

Para el análisis del factor Conducta Alimentaria Normal, se hizo la sumatoria de las categorías “Muchas veces” y “Siempre”, en donde las mujeres fueron quienes más lo presentaron para estas categorías (52.2%) en comparación con los hombres (37.3%), resultados parecidos a lo que se ha reportado en estudios nacionales similares, como el de Chávez (2011) en una preparatoria privada, donde el 10.6% de las mujeres fueron quienes “Siempre” realizan esta conducta, porcentaje más elevado que y el 9.2% los hombres (Chávez, 2011), datos que concuerdan con lo encontrado por Ramírez (2011), donde las mujeres fueron las que presentaron conductas alimentarias consideradas como normales tales como llevar una dieta nutritiva, comer cosas saludables o que contengan fibra (como las verduras), mejorar sus hábitos alimenticios y cuidar lo que comen para no subir de peso con más frecuencia (17.4%) en comparación con los hombres (8.9%).

Al analizar la muestra general, el 46.9% de los sujetos, realizan esta conducta “Muchas veces” y “Siempre”; resultados congruentes con los procedentes de una escuela preparatoria privada en Pachuca donde el 55.9% la presentan; datos inferiores a los obtenidos en el estudio realizado por Saucedo-Molina *et al* en el 2008, donde el 24.2% de los encuestados se encontró en estas categorías. Debe recordarse que esta conducta se vuelve de riesgo cuando no se lleva a cabo correctamente.

En cuanto al análisis de la conducta alimentaria normal por categoría de IMC, se observó que los estudiantes con un IMC de desnutrición (33.1%), bajo peso (30.8%), normal (47.5%), sobrepeso (56.1%) y obesidad (48.5%) refirieron que muchas veces y siempre cumplen con estas conductas, con el propósito de cuidar su salud; datos semejantes a lo encontrado por Ríos en el 2010 en donde los sujetos con IMC normal resultaron ser los que más llevan a cabo esta conducta; hay que enfatizar que esta por sí sola no es una conducta de riesgo, pero en cambio, si no se lleva a cabo se puede tornar en CAR.

Al revisar el factor Dieta restringida, el 2.6% de las mujeres y el 1.1% de los hombres registraron conductas de tipo restrictivo, los porcentajes resultaron de la suma de las categorías “Muchas veces” y “Siempre”, datos similares a los reportados por Baños (1.8% y 1.5%) pero inferiores a los registrados en hombres (6%) y en mujeres (5.2%) (Saucedo-Molina, *et al.*, 2008); en el estudio publicado por Saucedo-Molina, *et al.* (2010) sólo las mujeres presentaron estas conductas (3.8%), lo anterior reafirma que las mujeres son un grupo de riesgo para desarrollar TCA, esto es coherente con los hallazgos de este estudio. Todos los resultados concuerdan con la incidencia reportada en la ENSANUT para ambos sexos (Olaiz-Fernández, *et al.*, 2006).

En el análisis de este factor por IMC, se reafirma que a mayor IMC, mayor es la presencia de conductas restrictivas ya que en los sujetos con obesidad y sobrepeso se encontró 3.0% y 3.8% respectivamente en la opción de respuesta “Muchas veces”, es importante resaltar que en la única categoría que se encontró la respuesta “Siempre” fue en la categoría de “Peso normal” (0.2%) resultando el 2% de la suma de las opciones de respuesta “Muchas veces” y “siempre”; estos resultados son ligeramente inferiores a lo reportado en el 2008 por Saucedo-Molina *et al* en los que se reportó 5%, 9.7% y 11% para IMC normal, sobrepeso y obesidad respectivamente, datos coincidentes con lo encontrado por Ríos en el 2010 en estudiantes de secundaria (4.1% Sobrepeso, 10.3% Peso normal). Aquí nuevamente se puede apreciar que los sujetos con mayor IMC tienen a presentar más conductas de tipo restrictivas, muy posiblemente con la finalidad de disminuir y controlar el peso.

Para discutir el último factor estudiado, que fue Tiempos de comida, también se sumaron las categorías “Muchas veces” y “Siempre” resultando que el 84.5% de la muestra de los estudiantes efectúan los tiempos de comida, datos similares a lo reportado por Chávez (2011) y Bravo (2008) donde el 85.6% y el 80.1% de la muestra respectivamente los efectúan. En cuanto al análisis por sexo, en las mujeres se encontró el 83.2%, mientras que en los hombres el 86.9%, estos datos son

similares a lo reportado por Saucedo-Molina *et al.* (2010^b) en donde el 75% perteneció a las mujeres y el 84% a los hombres. Con esto se corrobora que las mujeres son las que menos realizan sus tres tiempos de comida, afirmación que concuerda lo descrito anteriormente para las conductas restrictivas, en donde son las mujeres quienes más las practican, aseveración que reafirma lo reportado en un estudio en Hidalgo (Saucedo-Molina *et al.*, 2008) en el cual, el 75.2% perteneció a las mujeres y el 84.3% a los hombres. En este factor se preguntó la frecuencia con la que acostumbran desayunar, cenar y realizar sus tres tiempos de comida a lo largo del día.

Al hacer la comparación de este factor con el IMC, resultó que la mayoría de los estudiantes con desnutrición, bajo peso y con IMC normal realizan más “siempre” y “muchas veces” sus tres tiempos de comida (86.7%, 100% y 84.3%) a diferencia de los de sobrepeso y obesidad, donde se reportaron porcentajes de 85.3% y 77.2% respectivamente. Estos datos coinciden con los encontrados en el 2008 por Saucedo-Molina, *et al.*, donde los porcentajes para estas categorías para púberes hidalguenses fueron: 91.2% (desnutrición), 89.9% (bajo peso), 81.3% (peso normal) y 66% (sobrepeso); lo anterior reafirma que a mayor IMC, menor será la realización de los tres tiempos de comida.

9. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en esta investigación, acerca de Conductas Alimentarias de Riesgo, imagen corporal y su relación con el IMC, si bien no confirman el diagnóstico de un trastorno alimentario, sí reflejan la presencia de ciertos factores de riesgo para desarrollarlos, y demuestran que es común encontrarlos en una muestra representativa de una preparatoria pública de Pachuca, con lo que se comprueban las hipótesis descritas en este estudio: a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal y mayor presencia de CAR; a mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor presencia de CAR; y mayor presencia de CAR e insatisfacción con la imagen corporal en mujeres.

Es así como a través de estos hallazgos se puede observar que uno de los factores de riesgo con un porcentaje importante fue la insatisfacción corporal, al haberse encontrado que 76.3% de los estudiantes tienden a preferir el estereotipo ideal, delgado para mujeres (58.1%) y robustos en los hombres (33.6%), ya que en la actualidad son símbolo de belleza y éxito, aún cuando el 65% de ellos tienen un IMC normal, esta insatisfacción con la imagen corporal puede llevar a los sujetos al seguimiento CAR, entre ellas la realización de conductas restrictivas con el fin de controlar su peso y así poder alcanzar este ideal estético

Aunque existen estudios en los que se han confirmado la presencia de dichas conductas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes donde predomina el género femenino, es importante tomar en cuenta también que las cifras en varones han aumentado.

Como era de esperarse el comportamiento entre hombres y mujeres fue diferente, ya que las mujeres presentaron mayor presencia de CAR y mucha mayor insatisfacción con la imagen corporal en comparación con los varones. Lo que confirma una de las hipótesis señaladas en esta investigación (Mayor insatisfacción con la imagen corporal en mujeres, comparadas con los hombres).

Debido a que este estudio se llevó a cabo en una muestra representativa de los estudiantes de una preparatoria del sector público en la ciudad de Pachuca, se pueden generalizar los resultados concluyéndose que el 76.3% de la población está insatisfecha con su imagen corporal, que el 53% no realiza una conducta alimentaria normal y que el 15.5% no efectúa sus tres tiempos de comida. Estos dos últimos factores (conducta alimentaria normal y tiempos de comida), como se ha descrito antes en la literatura, (Saucedo-Molina, 2003) pueden ser factores protectores para las CAR, es decir mientras más las lleven a cabo, menor será el seguimiento de ellas. De igual manera se puede aseverar, que el 21% de la población tiene conductas restrictivas, y que están presentes en ambos sexos. Aunque los valores reportados para los hombres fueron menores, es importante hacer más estudios para estudiar su comportamiento ya que existe una escasa investigación en este campo.

Los hallazgos descritos anteriormente fundamentan el diseño de programas de prevención con tópicos muy precisos para esta población como por ejemplo, orientación alimentaria enfocada a la enseñanza y reforzamiento de una alimentación correcta y a la desvalorización del ideal estético dominante, de tal manera que sea posible eliminar falsos conceptos y creencias sobre alimentación e imagen corporal. Se pueden proponer programas basados en la teoría de disonancia cognitiva cuyo objetivo principal es la modificación de actitudes y comportamientos para que se logre un decremento en los factores de riesgo y un aumento en los factores protectores para evitar el posible desarrollo de algún TCA.

Es importante enfatizar que este es el primer estudio en su tipo realizado en una preparatoria pública en el Estado de Hidalgo, por lo que sería importante hacer más investigaciones para ampliar la información al respecto y así poder realizar estudios comparativos entre este sector y el privado para después retomar los hallazgos encontrados con el propósito, como se mencionó antes, de diseñar y aplicar programas de prevención eficaces y eficientes enfocados especialmente para este grupo etario ya que los TCA son un problema cada vez más frecuente dentro de la población.

10. SUGERENCIAS

Es importante mencionar que en esta investigación, debido a que es la primera que evaluó CAR, Imagen corporal e IMC en una preparatoria del sector público en Hidalgo, surgieron algunas sugerencias.

Hacer el análisis de la insatisfacción con la imagen corporal y el sentido que esta toma en relación a las otras variables de estudio, ya que en esta investigación sólo se midió el grado de insatisfacción o bien la satisfacción con la imagen corporal.

Con base a la experiencia en el trabajo de campo, se propone modificar algunas de las figuras de la sección que mide satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, puesto que algunos estudiantes dibujaron figuras más musculosas manifestando una preferencia hacia estas como la figura ideal.

Ya que el CBCAR fue diseñado para mujeres, se sugiere modificar o añadir algunas de las preguntas ya que algunos sujetos mencionaron que consumían distintos tipos de suplementos y/o complementos para llegar a su imagen ideal. Esto probablemente aumentaría la validez y confiabilidad del instrumento para posteriores investigaciones en varones.

Es primordial resaltar que se debe seguir con las investigaciones tanto para confirmar lo obtenido, como para generar propuestas que mejoren este tipo de estudios.

11. REFERENCIAS

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 Psiquiátrica Americana APA. 2002. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSM IV-TR. 4ta. Ed. Editorial Mansson, S.A. Barcelona, España. pp: 553-564.

Benedito, M.C., Perpiña, C., Botella, C., Baños, R.M. 2003. Body Image and Restrictive Eating Behavior in Adolescent. *An Pediatr*. 58: 268-272.

Bourges-Rodriguez, H. 2008. Los Alimentos, la dieta y la alimentación. En: *Nutriología Médica*. (eds). Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo. Editorial Médica Panamericana, D.F., México. pp: 610.

Bravo, M.I.N. 2008. Distribución de Factores de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria Relacionados con el Índice de Masa Corporal e Indicadores Dietéticos en Estudiantes de una Preparatoria Privada de Pachuca, Hidalgo.

Casanueva, E., Rosellón-Soberón, ME., Unikel, C. 2008. Alimentación y Nutrición en el Adolescente. En: *Nutriología Médica*. (eds). Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo. Editorial Médica Panamericana, D.F., México. pp: 120-139.

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.

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

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 2009. ¿Qué es el género? Disponible en: http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg_cuart. En línea: Fecha de acceso: 20 de Octubre de 2009.

Costin, C. 2002. Anorexia, Bulimia y otros Trastornos de la Alimentación. Editorial Diana. México, D.F. pp: 51-55.

Daniel, W. 2009. Regresión y correlación lineal simple. En: *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 4ta edición. (ed). Limusa W. pp.154,432.

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

García-Camba, E. 2002. Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad*. Masson, Barcelona, España. pp: 3-27.

Gard, M.C., Freeman, CP. 1996. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socio-economic status. *Int J Eating Disord*. 20: 1-12.

Gardner, R.M. 2001. Assessment of Body Image Disturbance in Children and Adolescents. En: *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevalention, and Treatment*. (eds) Thompson, K. y Smolak, L. American Pshychologycal Association. Washington D.C. USA. pp: 193-210.

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

Gómez Peresmitré, G. y Ávila, A. 1998. ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósito de control de peso?. *Revista Iberoamericana* 6: 37-46.

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

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

Guellar, D. y Crispo, R. 2000. *Adolescencia y trastornos del comer*. 1ª edición. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona España. pp:17.

Jiménez, BR. 2007. Distribución de las conductas alimentarias de riesgo y su relación con el IMC en estudiantes del primer ingreso del ICSa de la UAEH en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis para obtener el grado de licenciatura. UAEH. México. pp: 18-22.

Kaufman, K. 1993 ¿Qué me preocupa? Un estudio acerca de los intereses de los adolescentes. *Clinical Pediatrics*. 32: 8-14.

León, RC., Gómez Peresmitré, G. y Platas, S. 2008. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*. 31(6): 447-452.

López, JM. y Sallés, N. 2005. Construcción actual del modelo estético. En: *prevención de la Anorexia y la Bulimia*. (eds) López, JM. y Sallés, N. Editorial Naullibres. pp. 73-103.

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): 60-67.

Lucena, CN. 2003. Diccionario Enciclopédico: el pequeño Larousse Ilustrado. SEP/Ediciones Lrousse. (eds) Lucena, CN. y cols. México D.F. pp: 252.

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

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., Gómez Pérez-Mitré, G., Rayon, A.G., Franco, P.K., Vázquez, A.R., López, A.X. y Acosta, GMU. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. (ed) Mancilla, DJM. Editorial El Manual Moderno. México. pp. 123-157.

Méndez, J.P., Vázquez, V.V., y García, G.E. 2008. Trastornos de la Conducta Alimentarioa. *Bol Med Hosp Infant Mex*.65:579-591.

National Center for Health Statics. CDS Growth Charts: United States. Dirección: <http://www.cdc.gov/nchs> 2000. En línea: Fecha de acceso: 26 de Octubre de 2009.

National Eating Disorders Association. Dirección: <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/SPWhCaus.pdf> 2006. Fecha de acceso: 23 de Octubre de 2009.

Nuño-Gutiérrez, B.L., Celis-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. *Revista de Investigación Clínica*. 61: 287-293.

Orientación Alimentaria: Glosario de términos. 2001. *Cuadernos de Nutrición*. México. 24(1): 5-43.

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

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

Pagano, M. y Gauvreau, K. 2001. Inferencia sobre proporciones; cálculo del tamaño de muestreo. En: *Fundamentos de Bioestadística*. 2da ed. Internacional Thomson editores. Math Learning. Distrito Federal, México. pp: 323-341.

Peláez, M.I., Torre, P., y Ysubza, O. 1993. Procedimiento para la toma de mediciones antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. Instituto Nacional de Nutrición "Dr.Salvador Zubirán" (INNSZ) (Eds.) Peláez, M.I., Torre, P., y Ysubza, O. México D.F. pp: 29-39.

Ramírez-Baños V. 2011. Distribución de Conductas Alimentarias de Riesgo y su relación con el IMC y la Frecuencia de Consumo Alimentario en Estudiantes

Universitarios de una Institución Privada de Pachuca, Hidalgo. Tesis para obtener el grado de licenciatura. UAEH. México. pp: 27-35.

Reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación para la salud. 1984. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Fecha de consulta: 26 de Agosto 2010.

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

Ríos, C. 2010. Distribución de factores de riesgo asociados a TCA y su relación con el IMC y el rendimiento escolar en estudiantes de una escuela secundaria de Pachuca, Hidalgo. Tesis para obtener el grado de licenciatura. UAEH. México. pp:29-51.

Rome, S.E., Ammerman, S.M., Rosen, S.D., Keller, J.R., Mammel, A.K., Rees, M.J., *et al.* 2003. Children and adolescents with eating disorders. *J Academy of Pediatrics*. 111(1): 98-118.

Rodríguez, A.B. Oudhof, V.B. González-Arratia, López-Fuentes, N., Unikel-Santoncini, C. y Becerril, B.M. 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.

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. 2003. Modelos preventivos 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 Gómez-Peresmitré, G. 2004. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna*. 31(2): 69-74.

Saucedo-Molina, T., Peña, A. y Calderón-Ramos, Z. 2007. Conductas Alimentarias de Riesgo en púberes mexicanos de ambos sexos. En: Aportes para la salud mental en Puesto Vallarta. 1era edición. Mexico. p.p. 111-116.

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

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

Saucedo-Molina, T., y Unikel-Santoncini, C. 2010^b. Conductas Alimentarias de Riesgo, Interiorización del estético de delgadez e Índice de Masa Corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Metal*. 33: 11-19.

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*. 10(2): 16-23.

Smolak, L. Striegel-Moore, R. 2001. Challenging the Myth of the Golden Girl: Ethnicity and Eating Disorders. En: *Eating Disorders: Innovative Directions in*

Research and Practice. Ruth Striegel-Moore y Linda Smolak (eds) American Psychological Association. Washington, D.C. USA.

Trujano, P., Nava, C., De Gracia, M., Limón, G., Alatraste, A.L. y Merino, M.T. 2010. Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*. 26: 279-287.

Toro, J., Salmero, M. y Martínez, E. 1994. Assessment of sociocultural influences on the statics body shape model in anorexia nervosa. *Act Physical San*. 89: 147-151.

Toro, J. 2006. Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En: Mancilla Días, JM. Gomez Peresmitré, G. (ed). Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. Manual Moderno. México.

Unikel-Santoncini, C. 1998. Desordenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de balet. Tesis para obtener el grado de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. División de posgrados. Universidad Autónoma de México. México.

Unikel-Santoncini, C., Villator, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, B.C., Alcazar, M.E. y Hernández, R.S. 2000. Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescenens mexicanos. Datos de la población infantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. 52: 140-147.

Unikel-Santoncini, C., Saucedo, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. 2002. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 25(2): 49-57.

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

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

Unikel- Santoncini, C., Bojorquez, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. y Medina-Mora, M. 2006. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica.* 58(1):15-27.

Unikel-Santoncini, C., Bojorquez, I. y Saucedo-Molina, T. 2010. Trastornos alimentarios. Breve panorama de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en México. *Cuadernos de Nutrición.* 31(2): 4-12.

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B.L., Celis-De la Rosa, A., Saucedo-Molina T.J., Trujillo, E.M., García-Castro, F. y Trejo-Franco A. 2010. Conductas Alimentarias de Riesgo: Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica.* 62: 424-432.

Villagrán, Z. 2009. Conductas de riesgo para padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria y su asociación al Índice de Masa Corporal, percepción y preocupación por la imagen corporal en estudiantes de ciencias de la salud. *Congreso 2009. México. Revista Argentina de Salud Mental.* 5 (17): 18-26.

Anexo I

P: _____

T: _____

No. Folio _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD

XY (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relaciona con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ 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, **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

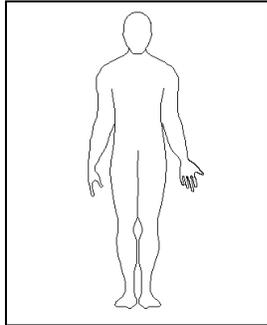
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Núm. De Cuenta:	Turno:	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 quién vives? () Padres () Solo () pareja () amigos () otros familiares otro _____		
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?		
10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?		
11. ¿A qué clase social consideras que perteneces?: () Alta () Media – alta () Media () Media- Baja () Baja () Pobre		
12. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual?		

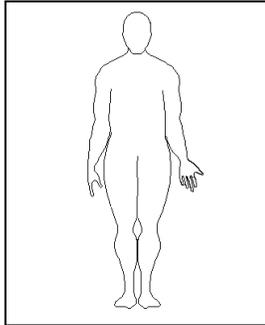
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál (es)				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				

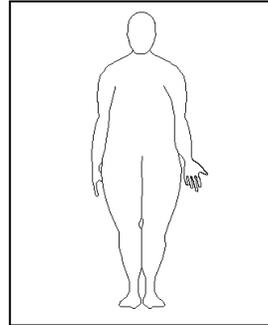
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



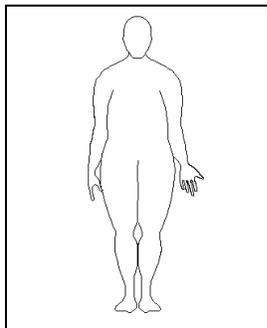
(A)



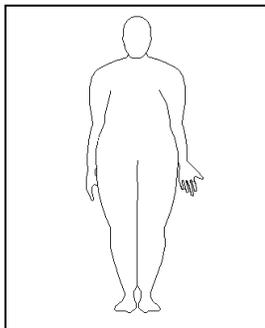
(B)



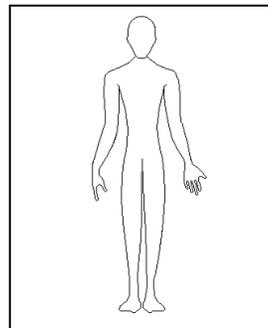
(C)



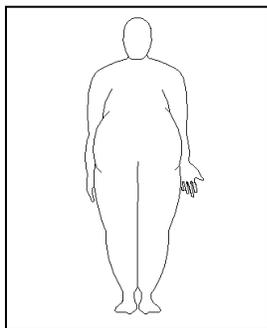
(D)



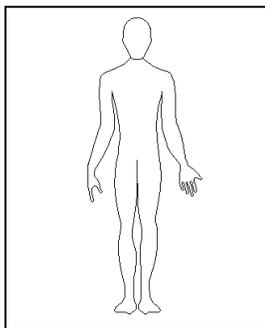
(E)



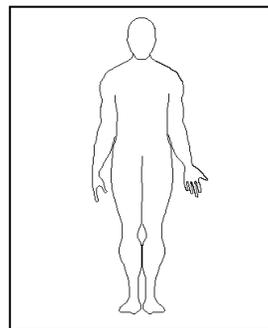
(F)



(G)



(H)



(I)

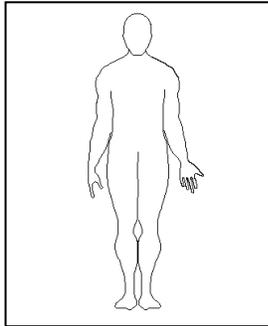
En la siguiente sección, marca con una (X) aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Envidio el cuerpo de gimnastas, nadadores, bailarines, y otros 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 los artistas de televisión.				
9. Procuro comer verduras.				
10. Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.				
11. Me gustaría tener el cuerpo de Místico, William Levy o John Cena				
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 llenito o gordito, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.				
17. Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas de cómo volverse un hombre musculoso.				
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. Procuro 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. Procuro 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 los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.				
28. Cuidas lo que comes para no subir de peso.				

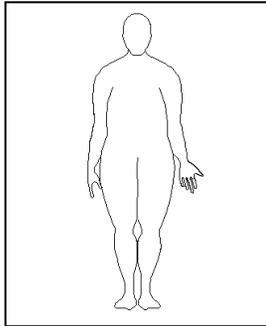
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucho frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gordo				
3	Estar delgado es un logro muy importante para mi				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
5	El peso corporal es importante para ser aceptado				
6	El peso corporal es importante para sentirme bien				
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
8	Me siento gordo aunque los demás me digan que no lo estoy				
9	Estar gordo es sinónimo de imperfección				
10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valioso				
11	Cuando estas gordo las mujeres no se te acercan				
12	Los hombres gordos son menos masculinos				
13	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgado me siento en control				

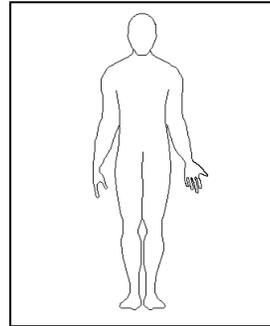
16. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con (X) aquella que más te gustaría tener.



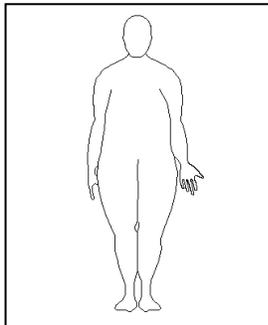
(A)



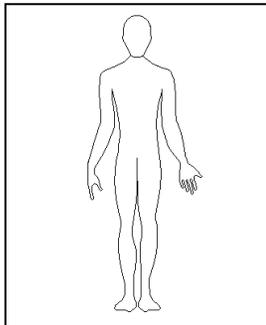
(B)



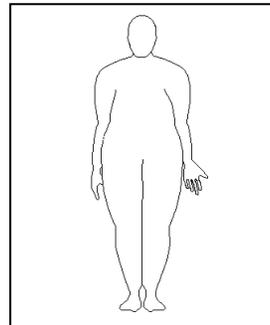
(C)



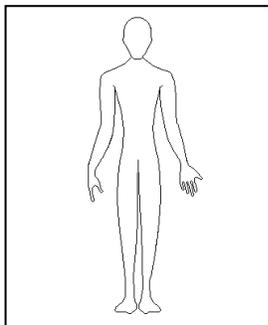
(D)



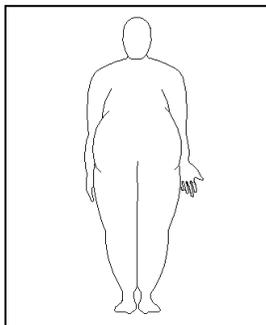
(E)



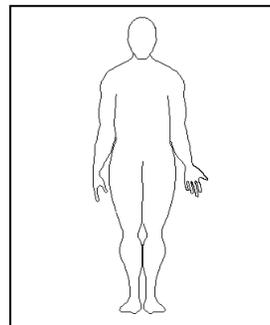
(F)



(G)



(H)



(I)

Anexo II

P: _____

T: _____

No. Folio _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relaciona con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ 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

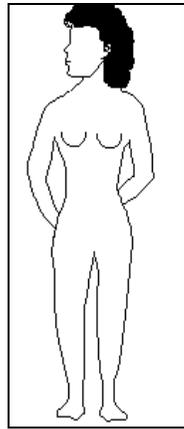
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Núm. De Cuenta:	Turno:	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 quién vives? () Padres () Sola () pareja () amigos () otros familiares otro _____		
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?		
10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?		
11. ¿A qué clase social consideras que perteneces?: () Alta () Media – alta () Media () Media- Baja () Baja () Pobre		
12. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual?		

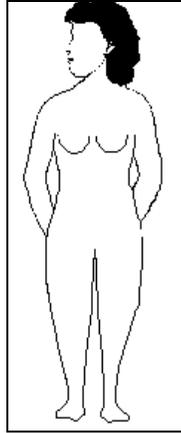
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál (es)				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				

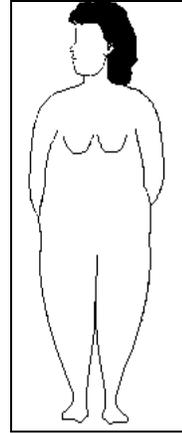
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



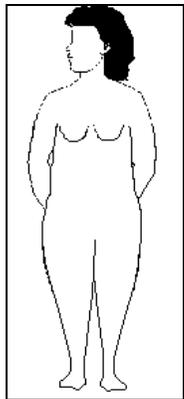
(A)



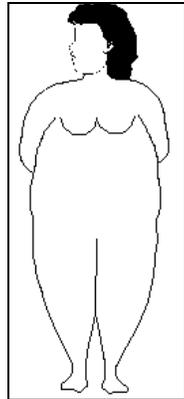
(B)



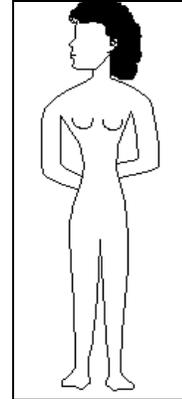
(C)



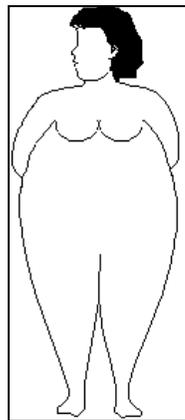
(D)



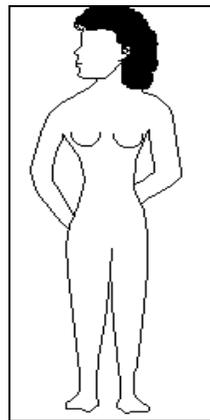
(E)



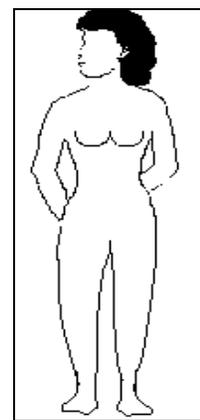
(F)



(G)



(H)



(I)

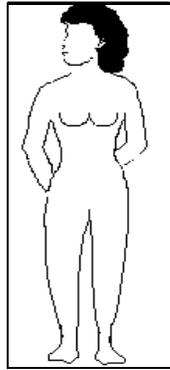
En la siguiente sección, marca con una **(X)** aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

	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. Procuero comer verduras.				
10. Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.				
11. Me gustaría tener el cuerpo de Angelique Boyer, 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. Procuero 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. Procuero 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				

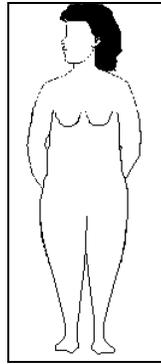
En los últimos 3 meses marca **(X)** una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gorda				
3	Estar delgada es un logro muy importante para mi				
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 sentirme bien				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgada me siento en control				

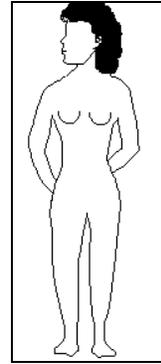
16. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más te gustaría tener.



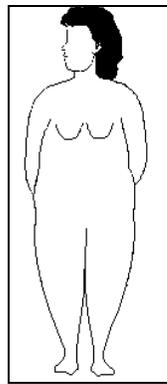
(A)



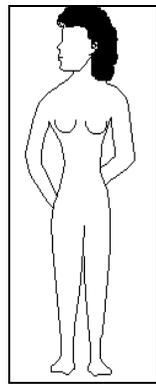
(B)



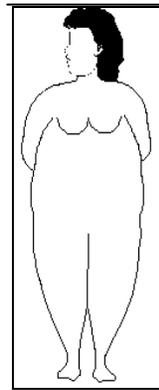
(C)



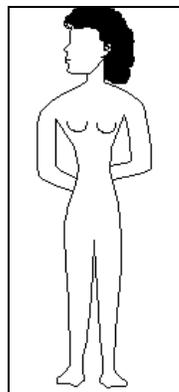
(D)



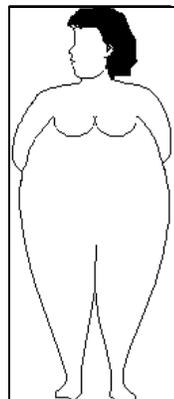
(E)



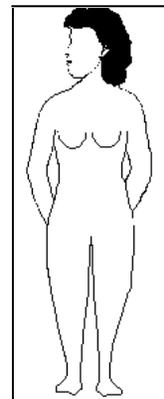
(F)



(G)



(H)



(I)

Anexo II

Tabla 3. Resultados del análisis factorial del Cuestionario Breve para medir Conductas alimentarias de Riesgo

Factor 1. Atracón/Purga		Carga factorial
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.	0.837
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).	0.816
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.	0.714
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12hr o más) para tratar de bajar de peso.	0.558
Factor 2. Medidas Compensatorias		
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	0.785
9	He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso.	0.791
10	He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	0.770
Factor 3. Restricción		
1	Me ha preocupado engordar.	-0.730
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.	-0.618
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.	-0.904

Tabla 4. Resultados del análisis factorial del FRATAP-M

Factor III. Dieta restringida		Carga factorial
2	Para controlar tu peso te saltas comidas.	0.533
6	Tomas agua para quitarte el hambre.	0.656
10	Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.	0.449
15	Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.	0.654
20	Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.558
28	Cuidas lo que comes para no subir de peso.	0.647
Factor V. Tiempos de Comida		
7	Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena).	0.805
12	Acostumbro cenar o merendar.	0.733
22	Acostumbra desayunar.	0.734

Tabla 5. Resultados del análisis factorial del FRATAP-H

Factor II. Conducta alimentaria normal		Carga factorial
4	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	0.714
9	Procuro comer verduras.	0.608
14	Como lo que es bueno para mi salud.	0.694
18	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	0.574
21	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	0.639

28	Cuidas lo que comes para no subir de peso.	0.660
Factor V. Tiempos de Comida		
7	Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena).	0.794
12	Acostumbro cenar o merendar.	0.756
22	Acostumbra desayunar.	0.710