



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estudio Comparativo entre Estudiantes Francófonos de la Universidad de Moncton, Canadá y Estudiantes Hispanos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México”

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

JESSICA ZARAGOZA CORTES

Director(a) de Tesis

DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA

Codirector(a) de Tesis

DRA. LITA VILLALÓN

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a 6 de Noviembre de 2012



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	i
ÍNDICE DE TABLAS	iii
ABREVIATURAS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I INTRODUCCIÓN	1
II ANTECEDENTES	
2.1 <i>Generalidades</i>	4
2.2 <i>Antecedentes del Problema</i>	8
2.3 <i>Marco Teórico</i>	11
III JUSTIFICACIÓN	27
IV OBJETIVOS	
4.1 <i>Objetivo General</i>	31
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	31
V HIPÓTESIS	
VI MATERIAL Y MÉTODO	
6.1 <i>Etapa 1: ICSa-UAEH</i>	32
6.2 <i>Etapa 2: FCSEC-UdeM</i>	34
6.3 <i>Etapa 3: Comparativo</i>	35
6.4 <i>Criterios De Inclusión y de Exclusión por Etapas</i>	36
6.5 <i>Consideraciones Éticas por Etapas</i>	37

6.6	<i>Definición de las Variables</i>	38
6.7	<i>Análisis Estadístico</i>	46
6.8	<i>Apoyo y Financiamiento</i>	46
VII	RESULTADOS	
7.1	<i>Descripción de las muestras generales: Etapa 1 y 2</i>	47
7.2	<i>Comparativo: Etapa 3</i>	55
VIII	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
8.1	<i>Muestra General Etapa 1 (ICSa-UAEH)</i>	62
8.2	<i>Muestra General FCSEC- UdeM: Etapa 2</i>	68
8.3	<i>Comparativo: Etapa 3</i>	73
IX	CONCLUSIONES	85
X	RECOMENDACIONES	90
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
XII	ANEXOS	107
12.1	<i>Carta ética de la Etapa 1</i>	108
12.2	<i>Instrumento: Versión en Español</i>	109
12.3	<i>Carta Ética de la Etapa 2</i>	121
12.4	<i>Instrumentos: Versión en Francés</i>	123
12.5	<i>Consentimiento informado de la Etapa 3 (Versión en Español)</i>	135
12.6	<i>Consentimiento Informado de la Etapa 3 (Versión en Francés)</i>	137
12.7	<i>Factoriales de los Instrumentos</i>	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos y Alcances de Algunos Métodos de Evaluación del Estado Nutricio	18
Tabla 2. Submuestras	35
Tabla 3. Puntos de Corte: Presión Arterial	43
Tabla 4. Puntos de Corte: Glucosa en Ayuno y Colesterol Total	45
Tabla 5. Distribución Porcentual de Tiempos de Comida, ICSa-UAEH	48
Tabla 6. Distribución Porcentual de Tiempos de Comida: FCSEC-UdeM	49
Tabla 7. Distribución Porcentual del CIMEC: ICSa-UAEH	49
Tabla 8. Distribución Porcentual del CIMEC: FCSEC-UdeM	51
Tabla 9. Distribución Porcentual EFRATA: ICSa-UAEH	51
Tabla 10. Distribución Porcentual EFRATA: FCSEC-UdeM	
Tabla 11. Distribución Porcentual Cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal: ICSa-UAEH	52
Tabla 12. Distribución Porcentual Cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal: FCSEC-UdeM	53
Tabla 13. Comparativo: Tiempos de Comida en Mujeres de Ambas Submuestras.	55
Tabla 14. Comparativo: CIMEC en Mujeres de Ambas Submuestras.	56
Tabla 15. Comparativo: EFRATA en Mujeres de Ambas Submuestras.	57
Tabla 16. Comparativo: CBCAR en Mujeres de Ambas Submuestras.	58
Tabla 17. Comparativo: Presión Arterial Diastólica, en mujeres de ambas submuestras.	61

ABREVIATURAS

TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
TANE	Trastorno Alimentario No Especificado
IMC	Índice de Masa Corporal
ChEAT	Children's versión of the Eating Attitudes Test
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
CAR	Conductas Alimentarias de Riesgo
FR	Factores de Riesgo
DSM IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ICSa-UAEH	Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
FCSEC-UdeM	Facultad de Ciencias de Salud y Estudios Comunitarios de la Universidad de Moncton.
CIMEC	Cuestionario sobre la Influencia del Modelo Estético Corporal
EFRATA	Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria.
CBCAR	Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo
MCI	Malestar con la imagen corporal
IP	Influencia de la Publicidad
IMV	Influencia de mensajes verbales
IMS	Influencia de modelos sociales
ISS	Influencia de situaciones sociales
CC	Circunferencia de Cintura
PA	Presión Arterial

HTA	Hipertensión Arterial
HAS	Hipertensión Arterial Sistólica
HAD	Hipertensión Arterial Diastólica
HTA-SD	Hipertensión Arterial Sistólica-Diastólica

RESUMEN

Propósito: Comparar la prevalencia de factores de riesgo (biológicos, psicológicos y socioculturales) asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria entre estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Estudios Comunitarios de la Universidad de Moncton Canadá (FCSEC-UdeM) y estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSa- UAEH), México. **Materiales y métodos:** **Etapa 1:** Estudio transversal de campo de tipo descriptivo, en una muestra representativa (N=838) de entre 17 a 26 años ($X^2=20.1$, DE ± 1.6), de hombres (30.7%) y mujeres (69.3%) estudiantes de ICSa-UAEH. **Etapa 2:** Estudio transversal de campo de tipo descriptivo, en una muestra autoseleccionada (N= 94) de entre 17 a 30 años de edad ($X^2=20.9$, DE ± 1.9), de hombres (11.7%) y mujeres (88.3%) estudiantes la FCSEC-UdeM. **Etapa 3:** Estudio transversal de campo de tipo comparativo, entre dos submuestras una del ICSa-UAEH) (n=42) de entre 18 y 23 años ($X^2=19.5$, DE ± 1.1) y otra de FCSEC-UdeM (n=42) de entre 18 y 25 años de edad ($X^2=20.7$, DE ± 2.7). Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-40); Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal; Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). La insatisfacción corporal fue medida con un *continuum* de nueve figuras corporales. Se evaluaron indicadores del estado nutricional: Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), presión arterial (PA), glucosa en ayuno y colesterol total. **Resultados** (Etapa 3): 50% (ICSa-UAEH) y 31% (FCSEC-UdeM) desayunan diariamente; 76.2% (ICSa-UAEH) y 47.6% (FCSEC-UdeM) realiza tres comidas diariamente. 2.4% de la submuestra ICSa-UAEH, “siempre” percibe la influencia de mensajes verbales, 4.8% de modelos sociales y 4.8% de situaciones sociales; mientras que en la FCSEC-UdeM, 19.5% “siempre” experimenta la influencia de mensajes verbales y 22% de modelos sociales. De acuerdo a la EFRATA, muy frecuentemente y siempre, 2.4% (ICSa-UAEH) y 7.5% (FCSEC-UdeM) presentaron una conducta alimentaria compulsiva; 11.9% (ICSa-UAEH) y 58.5% (FCSEC-UdeM) una conducta alimentaria normal y 2.4% (ICSa-UAEH) y 9.5% (FCSEC-UdeM) una conducta alimentaria por compensación psicológica. En ICSa-UAEH se encontró 87.8% de insatisfacción; en la FCSEC-UdeM, 61.9%. En los indicadores del estado nutricional: glucosa en ayuno, 28.6% (ICSa-UAEH) y 2.4% (FCSEC-UdeM) se encuentra en riesgo (glucosa >100 - <126). Circunferencia de Cintura: en el ICSa-UAEH 28.6% se encuentra en riesgo (>80 cm) y el 50% en alto riesgo (>88 cm), en la FCSEC-UdeM 9.5% en riesgo y 7.1% en alto riesgo. Presión Arterial: en ICS-UAEH, 7.1% presentó PA alta-diastólica (≥ 90 mmHg) y 47.6% pre-hipertensión-diastólica (80-89 mmHg); en la FCSEC-UdeM 4.6% alta-diastólica y 14.3% pre-hipertensión-diastólica. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** ICSa-UAEH registró mayor omisión de tiempos de comida, sobresaliendo el desayuno en comparación con. FCSEC-UdeM. De igual manera mostró un alejamiento mucho más evidente de la conducta alimentaria normal; mayores prevalencias de prediabetes, de obesidad abdominal y de pre-hipertensión arterial diastólica. No obstante FCSEC-UdeM alcanzó prevalencias más altas de CAR, de influencia sociocultural en especial de “modelos sociales”. Como dato relevante la insatisfacción por el anhelo de ser delgada fue muy similar en ambas submuestras. **Palabras Clave:** TCA, Factores de Riesgo, Estudiantes Universitarios, México, Canadá.

ABSTRACT

Purpose: To Compare the prevalence of risk factors (biological, psychological and sociocultural) associated to Eating Disorders in students of Faculté des sciences de la Santé et de Services communautaires, Université de Moncton, Canada (FCSEC-UdeM) and students of the Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSA-UAEH), México.

Methods: **Stage 1:** A cross-sectional, descriptive and representative field research was carried out in a sample N=838 (11.7% men, women 69.3%), students of ICSa-UAEH from 17 to 26 years old ($X^2=20.1$, DE ± 1.6). **Stage 2:** Cross-sectional descriptive field study was carried out, in a self-selected sample (N=94) of men (11.7%) and women (88.3%) students from FCSEC-UdeM from 17 to 30 years old ($X^2=20.9$, DE ± 1.9). **Stage 3:** A cross-sectional comparative field research was carried out between two subsamples of female students; one from ICSa-UAEH (n= 42), from 18 to 23 years old ($X^2=19.5$, SD ± 1.1) and other from FCSEC-UdeM (n=42) from 18 to 25 years old ($X^2 = 20.7$, SD ± 2.7). The instruments applied were: Influence on the Aesthetic Model Questionnaire (CIMEC-40); Attitudes towards Body Figure Questionnaire; Risk Factors Associated to Eating Disorders Scale (EFRATA) and the Brief Questionnaire for Risky Eating (CBCAR). Body dissatisfaction was measured with a continuum of nine body shapes. The nutritional status indicators measured were: Body Mass Index (BMI), waist circumference (WC), blood pressure (BP), glucose and total cholesterol. **Results:** (Stage 3): 50% (ICSA-UAEH) and 31% (FCSEC-UdeM) eat breakfast daily. 76.2% (ICSA-UAEH) and 47.6% (FCSEC-UdeM) daily made three meals. 2.4% of ICSa-UAEH “always” feels verbal messages influence, 4.8% social models influence and 4.8% social situations influence; while the FCSEC-UdeM, 19.5% “always” feels verbal messages influence and 22% social models influence. According to EFRATA “very often and always” 2.4% (ICSA-UAEH) and 7.5% (FCSEC-UdeM) had a compulsive eating behavior; 11.9% (ICSA-UAEH) and 58.5% (FCSEC-UdeM), of normal eating behavior; 2.4% (ICSA-UAEH) and 9.5% (FCSEC-UdeM) emotional eating. In ICSa-UAEH found 87.8% of dissatisfaction and the FCSEC-UdeM 61.9%. Nutritional status indicators showed: glucose: 28.6% (ICSA-UAEH) and 2.4% (FCSEC-UdeM) were at risk (glucose >100 - <126). Waist circumference: in ICSa-UAEH 28.6% was at risk (>80 cm) and 50% reached high risk (>88 cm). In FCSEC-UdeM 9.5% was at risk and 7.1% was at high risk. Blood pressure (BP): In ICS-UAEH, 7.1% had BP High-diastolic (≥ 90 mmHg) and 47.6% pre-diastolic-hypertension (80-89 mmHg); In FCSEC-UdeM, 4.6% had BP High-diastolic and 14.3% pre-diastolic-hypertension. All these differences were statistically significant. **Conclusion:** Conclusion: ICSa-UAEH showed higher omission of meal times, mainly breakfast compared with FCSEC-UdeM, as well as less normal eating behavior, higher prevalence of prediabetes, abdominal obesity and pre-hypertension. However, prevalence of disordered eating in FCSEC-UdeM was higher, as well as sociocultural influences, predominantly social models influence. As relevant finding, prevalence of dissatisfaction in the sense to be thinner was similar in both subsamples. **Keywords:** Eating Behaviors, Risk Factors, College Students, México, Canada.

I. INTRODUCCIÓN

Por definición los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son un problema de salud mental, cuya importancia ha sido reconocida por más de tres décadas. En un principio, las investigaciones en torno a ellos consideraban que eran tan sólo un problema de mujeres jóvenes de clase alta, y casi exclusivo de países con un alto índice de desarrollo humano (medido a través de tres parámetros de salud, educación y riqueza)⁽¹⁾. Sin embargo, esta idea ha sido puesta en duda ante el reporte de un gran número de casos, y de porcentajes importantes de actitudes y conductas alimentarias de riesgo (CAR), en diversas partes del mundo, en diversos niveles socioeconómicos y en ambos sexos⁽²⁻⁴⁾.

Dichos reportes, también han demostrado que existen varios factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de padecer un TCA; entre los cuales se encuentra, la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre la apariencia física, y la interiorización del modelo promovido por estos, la excesiva preocupación por la delgadez, además de la práctica de CAR, como dietas restringidas, el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo entre otras; comportamientos ampliamente difundidos en la población joven, tanto femenina como masculina, por lo que es muy posible que éstas representen tan sólo un espectro de los (TCA), lo cual tiene importantes implicaciones en la detección temprana y en la prevención de los mismos⁽⁵⁾.

El aumento de estos factores de riesgo (FR) podría ir al parejo con un proceso de aculturación; el cual involucra el rechazo de ciertas características culturales propias de la cultura de una persona, y la adopción de algunas otras de otro grupo o cultura, sin que esto implique el completo abandono de los patrones propios^(6, 7).

Un ejemplo de esto, ha sido la difusión progresiva de ciertos valores occidentales, como la adopción del estándar de belleza popular y con ello la patología alimentaria, históricamente característica de los países económicamente desarrollados y de etnias caucásicas; precursoras de la lipofobia y del ideal de delgadez (con un cuerpo extremadamente esbelto para mujeres e incluso con medidas específicas y uno musculoso y

sin grasa para varones)⁽⁸⁾. Cultura de la delgadez, que se ha extendido rápida e interculturalmente, a tal grado que hoy en día puede verse en diversas culturas, independientemente de su área geográfica y sus costumbres^(4, 9-12).

Por otro lado, uno de los principales problemas de salud pública en diversas partes del mundo, está representado por la epidemia del sobrepeso y la obesidad. Condición física asociada con un mayor seguimiento de CAR y una mayor influencia de factores socioculturales, que propician mayor vulnerabilidad de padecer alteraciones del estado mental y nutricional⁽¹³⁻¹⁵⁾.

De acuerdo a todo lo anterior, se presenta el objetivo general de esta investigación que consistió comparar la prevalencia de FR (biológicos, psicológicos y socioculturales) asociados a TCA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Estudios Comunitarios de la Universidad de Moncton Canadá (FCSEC-UdeM) y en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSa- UAEH), México.

A lo largo de este documento, se presenta en primer lugar el capítulo 2, el cual incluye como primer subtema 1) generalidades, la epidemiología a nivel mundial, nacional y estatal de los TCA. Mientras que en el 2) antecedentes del problema que incluye el análisis de estudios transculturales hechos hasta la fecha en México y en Canadá. Finalmente el subtema 3) marco teórico, que contiene las definiciones de los TCA y sus variantes, junto con los criterios diagnósticos y complicaciones psicológicas y fisiológicas asociadas a ellos, razón por la cual se incluyó también la descripción de los métodos para la evaluación del estado de nutrición; y por último la descripción de algunos FR que se asocian a estos padecimientos, de acuerdo a la literatura revisada.

La justificación de la investigación se aborda en el capítulo tres, las hipótesis de investigación en el 4 y los objetivos en el capítulo 5. Cabe mencionar que de acuerdo con los objetivos específicos de este trabajo, que fueron, 1) determinar la prevalencia de FR: biológicos, psicológicos y socioculturales, en estudiantes de la FCSEC-UdeM, Canadá, y

en estudiantes del ICSa-UAEH en México, y 2) determinar indicadores bioquímicos, antropométricos y clínicos en dos submuestras, una de cada institución, se procedió por cuestiones de orden a dividir el trabajo de campo en tres momentos:

La *Etapa 1*, concerniente al trabajo de campo realizado en el ICSa-UAEH, en el ciclo escolar Enero-Junio 2011 en Hidalgo, México; La *Etapa 2*, referente al trabajo de campo en la FCSEC-UdeM en Moncton Canadá, ciclo escolar Julio-Diciembre, 2011, y la *Etapa 3*, realizada en dos submuestras, una por cada universidad.

Por último, los resultados, discusión y conclusiones de cada una de las etapas se abordan en los capítulos 7 y 8, terminando el trabajo con las referencias bibliográficas que dieron sustento a la presente investigación.

II. ANTECEDENTES

2.1. GENERALIDADES:

Epidemiología de los TCA a nivel mundial

En prácticamente todo el mundo, hoy en día se conocen a los TCA, se han definido junto con sus criterios diagnósticos y se han sufrido en distintas magnitudes alrededor del mundo. Existen numerosos estudios epidemiológicos que dan cifras de prevalencias no concordantes debido a la falta de uniformidad en cuanto a las condiciones de los estudios y los criterios para la inclusión de casos en las muestras. Según estos la prevalencia de la Anorexia Nervosa (AN) entre mujeres va de 0.5 a 3.7% y de Bulimia Nervosa (BN) de 1.1 a 4.20%⁽³⁾.

Cuantiosos estudios han estimado la frecuencia de los TCA en estudiantes universitarias⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, pero pocos han identificado su prevalencia en población abierta. Fue así como uno de los primeros trabajos en que se intentó, fue el realizado en residentes de la comunidad de Rochester, Minnesota de 1980 a 1990. Los resultados identificaron un incremento en la incidencia, pues de 30/100000 habitantes identificados en 1980, subió a 49.7/100000 habitantes en 1983. La tasa anual de incidencia fue de 26.2/100000 para mujeres, y 0.8/100000 habitantes para hombres⁽¹⁷⁾.

De manera general, en los EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de TCA; de éstos, más del 90% son mujeres, la mayoría entre los 10 y los 30 años; En reportes más recientes por término medio, la prevalencia de la AN en mujeres menores de 25 años oscila del 0.1 al 1%, mientras que para la BN, que ocurre con mayor frecuencia entre los 12 y 40 años llega a ser hasta del 1-2%^(3, 18, 19).

En España el 5% de la población femenina joven sufre un TCA. El 11.5%, están en alto riesgo de padecerlo. La mitad de la población española presenta problemas y trastornos relacionados con la apariencia física, la nutrición y alimentación. Desafortunadamente, además de la AN y la BN, existen los trastornos alimentarios no especificados (TANES), que aunque no cubran la totalidad de los criterios diagnósticos de aquellos, son igual de

graves y complicados⁽²⁰⁾. De estos últimos se ha encontrado una mayor prevalencia, sobresaliendo el trastorno por atracón. Por ejemplo, en España se hizo un estudio en una muestra de mujeres de 12 a 21 años de edad de la comunidad de Navarra, en donde la prevalencia global de TCA se cifró en 4.1%, correspondiendo 0.3% AN, 0.8% BN y 3.1% a los TANES⁽²¹⁾.

En **Canadá**, el gobierno ha reportado que 1.5% de mujeres de 15 a 24 años de edad tienen un trastorno alimentario. En una investigación llevada a cabo en adolescentes escolares de Ontario, se encontró que más de la cuarta parte de ellas presentaron alguna alteración en la conducta alimentaria, en especial las que tenían valores elevados del índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, los especialistas del Departamento de Psiquiatría y Atención Ambulatoria de los Trastornos Alimentarios de la Red Asistencial Universitaria de Toronto, afirmaron que aunque estas actitudes y conductas fueron más frecuentes en las adolescentes mayores, también fueron reportadas por 20% de las de 12 a 14 años. Estas últimas representarían un grupo junto con las de mayor IMC que podría beneficiarse con la prevención primaria y con medidas de intervención temprana ⁽²²⁾.

Recientemente se informó en este mismo país que alrededor de 80% de las jóvenes de 18 años, de talla y peso normales, expresaron que deseaban bajar de peso, y que aunque la mayoría de estas actitudes pueden ser benignas, su presencia generalmente tiene consecuencias médicas y psicológicas peligrosas. Además de su alta comorbilidad con otros trastornos como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y drogas, la depresión y el suicidio.

En un estudio realizado en 2483 mujeres de 12 a 18 años de edad, en escuelas de Toronto, Hamilton y Ottawa, y en el que se evaluaron actitudes y conductas alimentarias anómalas con el fin de determinar su prevalencia y distribución demográfica, se encontró que 13% de las de 12 a 14 años de edad, y 16% de las de 15 a 18 años calificaron por arriba del punto de corte recomendado (>20) por una de las escalas aplicadas (Eating Attitudes Test-26). El seguimiento de dieta restringida fue reportado en 23% de las participantes, 15% registró atracones asociados con pérdida de control, 8.2% vómito auto inducido, y 2.4% el uso de píldoras para adelgazar. Se concluyó que 27% de las chicas de 12 a 18 años

de edad presentaron actitudes y conductas alimentarias anómalas, que estas se incrementan gradualmente durante la adolescencia, y que a mayor seguimiento de dieta restringida mayor riesgo de atracones y conductas purgativas ⁽²³⁾.

En otra investigación llevada a cabo en una muestra de 2279 mujeres de 10 a 14 años de edad, se examinó la prevalencia de la dieta restringida y actitudes negativas hacia la alimentación en el sur de Ontario, Canadá. Para ello se aplicó el ChEAT (Children's versión of the Eating Attitudes Test), cuestionario autoaplicable que reveló que 29.3% de las chicas, muy frecuentemente están tratando de perder peso. El comer compulsivamente y el vómito autoinducido ocurren regularmente en un 3.9% y 1.5%, respectivamente, y 10.5% de ellas obtuvo puntuaciones superiores al umbral clínico para trastornos de la conducta alimentaria recomendado por el ChEAT (≥ 20). Se concluyó que aquellos sujetos con puntajes elevados, fueron los que más seguían dietas restringidas y utilizaban más métodos extremos para el control del peso corporal⁽²⁴⁾.

Epidemiología Nacional

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica ⁽²⁵⁾, se encontró, para hombres y mujeres, una prevalencia de bulimia nervosa presentada alguna vez en la vida de 1.2%, 0.4% para la ocurrida en el último año, y 0.3% la que se presentó en el último mes. Los datos en mujeres fueron de 1.8% alguna vez en la vida, 0.8% en el último año y 0.5% en el último mes; mientras que en los hombres sólo se reportó la prevalencia alguna vez en la vida (0.6%). El diagnóstico de AN no fue reportado.

En la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría, los registros de primera vez se han incrementado considerablemente, pues del año 1996 en que se creó esta clínica, el número de pacientes de primera vez era de 4, registrando 253 en el 2008⁽²⁶⁾.

Los datos obtenidos en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal 1997, con una muestra representativa de estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal (N=9755), con un cuestionario que mide síntomas característicos de la AN y la NB elaborado específicamente para dicha investigación; se encontró que el 3.1% de las mujeres presentan 3 ó 4 indicadores clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor (sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo); mientras que únicamente el 0.3% de hombres se encuentran en dicha situación, lo que confirma la relación 10:1 que se ha reportado en la literatura internacional entre hombres y mujeres⁽²⁷⁾. En las mediciones 2000 y 2003 de la misma encuesta se encontró un incremento importante en las conductas reportadas tanto por hombres como por mujeres en comparación con la medición 1997. En los varones se observó un incremento general, de 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003; mientras que en las mujeres el incremento observado fue de 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003⁽²⁷⁾.

Finalmente de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2006), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), existen algunas prácticas de riesgo que en los últimos tiempos se han convertido en una moda principalmente en la población joven, tales como las dietas restringidas, ayunos y exceso de ejercicio para bajar de peso. La encuesta llevada a cabo en 25 mil 56 adolescentes de 10 a 19 años, arrojó que 3.2% de ellos practicó alguna conducta alimentaria de riesgo en los últimos tres meses, aunque en menor proporción el vómito inducido y la ingesta de medicamentos. La práctica de estas conductas alimentarias propias de la anorexia y bulimia afecta a las mujeres en mayor proporción, sobre todo a las de 16 a 19 años de edad. En tanto que el 18.3% de los encuestados dijeron que les preocupa engordar o perder el control para comer⁽⁵⁾.

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En el estado de Hidalgo hasta el momento no existe el reporte epidemiológico de estos trastornos; sin embargo, en la primera investigación realizada en población hidalguense, efectuada en una muestra probabilística de 2,194 púberes de 11 a 15 años de edad de ambos sexos, se encontró que 25% de las mujeres y 16% de los varones, elimina algún tiempo de comida. En el seguimiento de dieta restringida los valores fueron semejantes entre hombres y mujeres (6% y 5.2%, respectivamente); mientras que solamente las mujeres registraron preocupación por el peso y la comida (17.2%) ⁽²⁸⁾.

En el siguiente trabajo efectuado en enero-junio del 2007, en estudiantes hombres y mujeres, de primer ingreso al Instituto de Ciencias de la Salud, en una muestra de 330 estudiantes de 16 a 20 años de edad, se encontró que: 1.2% “frecuentemente y muy frecuentemente” tenían una conducta alimentaria compulsiva; 3.3% se preocupa por el peso y la comida; 2.3% comía por compensación psicológica; y 2.5% realizaba dieta restringida ⁽²⁹⁾.

En el más reciente estudio realizado en estudiantes universitarios de Pachuca, Hidalgo, de una institución privada, en el que se trabajó con una muestra de 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) de los cuales 45.1% eran de nivel preparatoria con un rango de edad de 15 a 17 años (15.82 ± 0.78) y 54.9% de nivel licenciatura en un intervalo de edad de 18 a 23 años (19.81 ± 1.41), y en el que se aplicó el mismo instrumento que en la ENSANUT-2006, la prevalencia de CAR en mujeres fue de 8.4% (9.0% en preparatoria; 7.9% en licenciatura) y en hombres de 2.9% (1.6% en preparatoria; 4.2% en licenciatura). Los porcentajes de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, vómito auto-inducido, ayunos, dietas, pastillas, diuréticos y laxantes fueron mayores en las mujeres ⁽¹⁴⁾.

En cuestión de comparaciones, tanto México como Canadá ya han sido objeto de esta clase de estudios.

En México se han comparado FR asociados a TCA con España (en 64 españoles y 69 mexicanos hombres y mujeres, de 12-15 años), en donde se encontró que las mexicanas expresaban mayor insatisfacción con la imagen corporal, que anhelaban más una figura delgada y que era muy importante para ellas la apariencia física con el sexo opuesto, el trabajo y las fiestas en comparación con las mujeres de España, contrariando la hipótesis de que los TCA son exclusivos de países occidentales y ricos⁽³⁰⁾.

En un segundo estudio transcultural, también con España (en hombres y mujeres de entre 15 - 18 años), en lo que se refiere a la variable de insatisfacción corporal, se encontró que los mexicanos presentaron tasas más altas de insatisfacción con la imagen corporal, y que eran las mujeres quienes estaban más insatisfechas (españolas y mexicanas) que los hombres; sin embargo, se planteó que la insatisfacción que sufren los hombres es diferente a la de las mujeres, pues ellos querían estar más fornidos, con músculo (no con grasa), mientras que las mujeres deseaban estar más delgadas, independientemente de su peso real⁽³¹⁾.

Posteriormente, en el seguimiento de este estudio entre estos dos países que comparten el idioma y las raíces culturales, en relación a las CAR, los resultados mostraron que los españoles en general, hombres y mujeres, se preocupaban más que los mexicanos por el peso y la comida, por ejemplo, evitaban consumir ciertos alimentos como harinas, pastas, grasas e ingerían productos dietéticos; sintiendo culpa, depresión y una lucha constante por no consumir alimentos que consideran engordadores, etc. El porcentaje de mujeres españolas que hacen dieta para controlar su peso fue mayor también, sin embargo, los mexicanos inician más jóvenes dicha práctica (hombres 9-11 años y mujeres 12-13 años)⁽⁸⁾.

En Canada, de acuerdo con una investigación realizada en el 2001⁽¹⁰⁾, entre mujeres canadienses e hindúes de 18 a 24 años, se encontró en las dos muestras una predisposición similar a la insatisfacción con la imagen corporal; sin embargo, al correlacionarlas con el IMC se encontró que la naturaleza de la insatisfacción fue diferente entre los dos grupos. Se sugirió que las mujeres hindúes, no necesariamente presentan una percepción distorsionada

de la imagen corporal clásica de los TCA, sino más bien un interés y preocupación realista, que se relaciona con un mayor IMC. Es decir, las mujeres hindúes tienden a tener una percepción menos distorsionada del "nivel de grasa" que las mujeres canadienses; concluyendo que a pesar que las mujeres de Canadá y la India pueden ser igualmente predispuestas, los factores que desencadenan la dieta y los hábitos alimentarios desordenados son diferentes; ya que en las mujeres hindúes se encontró que la preocupación se centra en la parte superior del dorso, es decir, el peso y forma de la cara, el cuello, los hombros y pecho, y no tanto en el peso y forma del abdomen, caderas y muslos (regiones del cuerpo normalmente clasificadas con sobrepeso por pacientes con TCA), como ocurrió en las canadienses.

Esta diferencia, muy probablemente tiene su origen en la cultura, ya que la cara, el cuello y los hombros son regiones del cuerpo que normalmente no son cubiertos por los estilos de vestir de las mujeres hindúes, lo que sugiere que el peso de estas zonas, puede ser un factor importante para la práctica de dieta restrictiva, sin embargo, esta preocupación no representa, como ya se mencionó, una distorsión en la percepción de la imagen corporal en la muestra de las mujeres de la India. Lo que podría explicar, en parte, la relativamente baja prevalencia de TCA en este país⁽¹⁰⁾.

De acuerdo a la revisión documental que se ha realizado, no existen hasta el momento estudios comparativos entre México y Canadá relacionados con FR asociados a TCA, razón por la cual resulta interesante plantear un estudio comparativo entre estas dos naciones.

2.3 MARCO TEÓRICO


Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)


Los TCA conforman un síndrome, esto es un conjunto de síntomas (cuantitativa y cualitativamente agrupados), criterios diagnósticos señalados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV – TR), como padecimientos de origen psíquico entre los que se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, además de los trastornos de la conducta alimentaria no específicos, también conocidos como síndromes parciales o trastornos subclínicos⁽³²⁾.

Anorexia Nervosa (AN)

Se caracteriza por una pérdida de peso considerable originada por el propio enfermo, ocasionada por un temor fóbico a engordar, que puede superar en pocos meses con facilidad el 15 por ciento del peso inicial, a través de la restricción voluntaria y de otras actividades corrompidas como el ejercicio físico excesivo, uso y abuso de laxantes, diuréticos y provocación del vómito a fin de perder peso corporal. El cuadro se acompaña de distorsión de la imagen corporal, con dismorfofobia y un miedo morboso a engordar, malnutrición secundaria, amenorrea en la mujer además de desinterés sexual y rasgos psicopatológicos, personalidad premórbida obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida⁽³³⁾. Los FR para la AN ha sido variable a lo largo de la historia, siendo los más comunes: la edad inferior a 25 años, sexo femenino (10 mujeres frente a 1 varón), peso algo superior a la media, y nivel socioeconómico medio-alto en su mayoría, en donde la presión social (publicidad, modelos de belleza, delgadez etc.) son un factor esencial⁽³⁴⁾.

Subtipos:

 Tipo purgativo: El individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

 Tipo no purgativo: El individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso pero no recurre regularmente al vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso ⁽³²⁾.

Bulimia Nervosa (BN)

Cuadro caracterizado por episodios de atracones recurrentes e incontrolados de ingesta de alimentos en un tiempo corto (2 horas), en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían. Generalmente seguidos de vómitos espontáneos o provocados, que se dan varias veces a la semana y durante varios meses y a veces en lugar de vómitos, recurren a productos como: laxantes, diuréticos o ayunos posteriores, ejercicio o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso, o para paliar la vergüenza ⁽³²⁾.

La BN fue descrita como una variante de la AN en 1979 por Russell. Puede, no obstante aparecer sola, en el curso de una AN, o como síntoma en alternancia o mixtura entre la anorexia y bulimia. Su diagnóstico actual es mucho más frecuente que la anorexia ⁽³⁵⁾. Es característica de un grupo de mayor edad y se asocia de manera significativa a la obesidad, suelen ser de personalidad extrovertida con dificultades en el control de los impulsos, con tendencia al abuso de alcohol y drogas, trastornos afectivos e intentos de suicidio y promiscuidad sexual ⁽³²⁾.

Subtipos:

- Purgativa: como conducta compensatoria inadecuada más frecuente se emplean las purgas; es decir, los vómitos, laxantes, diuréticos y estimulantes tiroideos. Es más benigna y se suele remitir con el tiempo.
- No purgativa: como conducta compensatoria más frecuente se acude al ejercicio físico excesivo y el ayuno.

El atracón se define como una ingestión voraz, en un tiempo discreto (una o dos horas), de una cantidad de comida exagerada para cualquier sujeto en su misma situación,

junto a una sensación de pérdida de control. El sujeto siente que no puede parar de comer, ni controla la cantidad de calorías que ingiere. Los atracones y conducta compensatoria inadecuada aparecen, al menos 2 veces a la semana, durante 3 meses consecutivos⁽³²⁾.

TANE (Trastornos Alimentarios No Especificados)

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se han incluido a los llamados no específicos, conocidos también como síndromes parciales, atípicos o trastornos subclínicos⁽³⁶⁾. Los TCA diagnosticados en sentido estricto bajo los criterios exigidos en los manuales del diagnóstico DSM-IV o CIE-10 han aumentado en los últimos años; sin embargo, las frecuencias reportadas de síndromes parciales son alarmantemente mayores, y su relevancia está en que estos sujetos con trastornos atípicos, pueden llegar a evolucionar a TCA. Además, aún sin llegar a ser casos, quienes los padecen presentan perturbaciones cognoscitivas y de conducta que les impiden un buen funcionamiento general en todos los aspectos^(27, 36). Entre estos tenemos:

- En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero el peso del sujeto se encuentra dentro de los límites normales.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida.
- Masticar y expulsar, sin tragar.
- Trastorno por atracón (ausencia de conductas compensatorias inapropiadas)⁽³²⁾.

El trastorno por atracón, es un síndrome descrito por primera vez por Stunkard en 1959, un trastorno de conducta atípico en la nomenclatura moderna, observado no sólo en jóvenes sino también y con mayor frecuencia en mujeres de la cuarta y quinta década de la vida, que se acompaña frecuentemente de obesidad⁽³⁷⁾. Actualmente se está considerando si debe ser contemplado como un trastorno en sí mismo o una variación incompleta de otros trastornos. Se caracteriza por los siguientes elementos:

1. Atracones recurrentes caracterizados por ingerir una gran cantidad de alimentos y tener la sensación de pérdida de control durante éstos; asociado con al menos tres de los siguientes:
 - Comer más rápidamente de lo usual.
 - Comer hasta estar incómodamente lleno.
 - Comer cantidades exageradas sin tener hambre.
 - Comer a solas por pena a que otros observen la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos.
 - Sentir culpa, coraje o tristeza después del atracón.
2. Malestar psicológico importante.
3. Atracones cuando menos dos días por semana por un lapso de seis meses.
4. No hay anorexia nervosa o bulimia nervosa, ni conductas compensatorias concomitantes⁽³²⁾.

Complicaciones Fisiológicas y Psicológicas de los TCA

Reducciones importantes de la ingestión de alimentos, eliminación de ciertos alimentos considerados como "engordadores" (pan, leche, grasas, carne, frijoles, entre otros), y/o la eliminación de tiempos de comidas (desayuno, comida, cena o colación), pueden ser especialmente conductas peligrosas por los problemas nutricios y metabólicos que provocan, además es sabido que deficiencias de minerales, como calcio y hierro, alteran la formación de tejido óseo y muscular; que la deficiencia de hierro aumenta el riesgo de adquirir anemia principalmente en las mujeres por la menstruación⁽³⁸⁾.

Si la restricción se prolonga^(39, 40), se puede caer en una desnutrición energético-proteínica, que es un estado de balance negativo de nutrimentos, en la que debido a la disminución en la ingestión de éstos, el gasto energético se reduce. Al perdurar la falta de aporte, la grasa corporal se moviliza, lo que se refleja en “una pérdida de peso” pero a un costo muy alto, pues hay una disminución en las proteínas musculares que afectan al músculo cardíaco lo que favorece la aparición de hipotensión, hipotermia, disminución del pulso, pulso filiforme, sonidos distantes cardíacos y soplo sistólico por anemia. A nivel gastrointestinal surgen alteraciones importantes tanto morfológicas como funcionales. En el estómago la mucosa se va atrofiando y la secreción del ácido clorhídrico se reduce. En ocasiones se presenta dilatación gástrica, vaciamiento lento y tendencia al vómito. El intestino pierde peso y su pared se adelgaza a expensas de la mucosa intestinal. Todo esto provoca alteraciones en la digestión y absorción, por la disminución de enzimas gástricas⁽³⁹⁾.

En la desnutrición energético-proteínica, identificada principalmente en los pacientes anoréxicos, hay una disminución importante del sistema inmunitario. Por ejemplo, las barreras anatómicas, como la piel y las mucosas, sufren atrofia, permitiendo la colonización de bacterias en sitios anormales dando pie a diversas y severas infecciones. El tubo digestivo es profundamente afectado en los TCA. Entre las complicaciones consecutivas a las conductas alimentarias de riesgo, como el ayuno, por ejemplo, están el retardo en el vaciamiento gástrico, la disminución de la motilidad del intestino delgado y el estreñimiento. Estas complicaciones originan manifestaciones de meteorismo abdominal y una sensación prolongada de llenura abdominal, que puede persistir durante horas después de la ingestión de alimento. La hipoplasia de la médula ósea, que se observa en 50% de los anoréxicos nerviosos, produce grados variables de leucopenia, anemia y raras veces trombocitopenia. Esta disfunción se ha adjudicado a depleción de la grasa medular. También hay una baja de estrógenos, así como elevados niveles de glucocorticoides⁽³⁹⁾.

En los pacientes que tienen conductas compensatorias inapropiadas como el vómito, puede haber indicadores clínicos como: 1) cicatrices en el dorso de la mano utilizada para estimular el reflejo nauseoso, lo que se conoce como signo de Russell; 2) crecimiento de las glándulas parótidas, y 3) erosión del esmalte dentario con un aumento en la caries

dental. El vómito crónico ocasiona deshidratación, alcalosis e hipocalcemia. Entre las manifestaciones clínicas comunes están faringitis, esofagitis, hematemesis leve, dolor abdominal y hemorragia subconjuntival. Entre las complicaciones gastrointestinales más serias figuran los desgarros esofágicos, la perforación esofágica y la dilatación o perforación gástrica aguda. El abuso de laxantes conduce a deshidratación, elevación en los niveles de aldosterona y vasopresina en suero, hemorragia rectal, atonía intestinal y calambres abdominales⁽⁴¹⁾.

El consumo inadecuado de alimentos, también tiene consecuencias psicológicas. En un estudio clásico realizado con un grupo de 36 sujetos que se presentaron voluntariamente para participar en él, eran sometidos a una dieta restringida que les llevó a una pérdida de peso del 25%. A los seis meses, final del período planeado, se encontró que estos tardaban dos horas en realizar una comida que unos meses antes sólo les hubiera llevado algunos minutos; pasaban horas planeando qué harían con la cuota de alimento que les era suministrado a diario. Más de la mitad de esos hombres empezó a leer libros de cocina y a coleccionar recetas culinarias; se produjo un incremento dramático en el consumo de café y té (hasta 15 tazas diarias), de goma de mascar y cigarrillos, pues ellos buscaban de cualquier forma mantener el estómago lleno. De manera general sus comportamientos se fueron haciendo claramente obsesivo-compulsivos, se notó una clara tendencia al aislamiento social, una evidente irritabilidad y pérdida de interés sexual. Los datos psicométricos mostraron una alteración importante en el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), instrumento frecuentemente utilizado para identificar la estructura de la personalidad y psicopatologías, y en el que las puntuaciones de las escalas correspondientes a hipocondría, depresión e histeria se incrementaron significativamente. Después de 12 semanas de rehabilitación nutritiva, cuando se les permitió acceder libremente a los alimentos, la mayoría de ellos recuperó su peso y su estabilidad emocional⁽⁴²⁾.

Evaluación del Estado nutricional

Ante la necesidad de diagnosticar y prevenir los TCA, es necesaria la evaluación del estado de nutrición, que no es más que el resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos y las necesidades nutrimentales de los individuos, consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social, de este modo tal complejidad obliga a ser específicos cuando se trata de evaluar el estado de nutrición. Por lo tanto, los indicadores utilizados dependerán del objetivo de la evaluación y de los resultados que se esperan de ella. La evaluación del estado nutricional se puede realizar a partir de la aplicación de diversos métodos, que tienen alcances y límites específicos⁽⁴³⁾ (Tabla 1).

Algunos de los criterios fundamentales para la selección de los indicadores necesarios son:

- El objeto de la evaluación (identificar si se pretende identificar sujetos enfermos o en riesgo).
- El sujeto o grupo de sujetos que serán evaluados (niños o adultos, sanos o enfermos etc.)
- Los recursos humanos y materiales con los que se cuenta para la realización de la valoración. (capacitación adecuada)⁽⁴³⁾.

Factores de Riesgo (FR)

Una parte importante del conocimiento logrado en relación a los TCA en cuanto a su predicción y prevención, ha sido la identificación de FR; se trata de estímulos, conductas y características personales y del entorno, que tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste o desequilibrio, ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad⁽⁴⁴⁾.

Tabla 1. Objetivos y alcances de algunos métodos de evaluación del estado nutricional

MÉTODO	OBJETIVO	ALCANCE	EJEMPLO
Encuesta dietética	Conocer las características de la alimentación	Permite identificar alteraciones de la dieta (por exceso o deficiencia) antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso	Encuestas de recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo
Evaluación clínica	Identificar la presencia y gravedad de los signos y síntomas asociados con las alteraciones del estado nutricional.	Ayuda a identificar manifestaciones anatómicas y clínicas de alteraciones nutricias	Signos clínicos: signo de bandera o descamación de la piel. Signos vitales: tensión arterial. Síntomas como fatiga o náuseas.
Métodos Antropométricos	Determinar las proporciones corporales asociadas al estado nutricional	Permite identificar alteraciones* pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a este.	Peso, estatura, diversos perímetros y segmentos corporales.
Métodos Bioquímicos	Establecer concentraciones disponibles de diversos nutrientes o metabolitos asociados.	Permite identificar alteraciones* presentes y subclínicas, así como riesgos posteriores. En algunos casos permiten la evaluación funcional del estado nutricional	Nutrientes: vitamina C o Zinc. Metabolitos: ácido Xanturénico para detectar la deficiencia de vitamina B6. Indicadores de riesgo: Cardiovascular (perfil de lípidos), o inflamación crónica (proteína C reactiva).
Métodos Biofísicos	Valorar diversos aspectos anatómicos y funcionales asociados al estado	Permite identificar alteraciones* presentes y subclínicas, así como riesgos posteriores	Impedancia bioeléctrica o densidad corporal.
Métodos inmunológicos	Determinar la capacidad funcional del sistema inmunitario y sus alteraciones ocasionadas por deficiencias nutricias	Permite identificar alteraciones funcionales preclínicas.	Proliferación de linfocitos, actividad fagocítica para deficiencia de cobre o hierro.
Métodos moleculares	Identificar la presencia de polimorfismos de diversas proteínas	Facilita el cálculo del riesgo de enfermedades de origen molecular.	Polimorfismos de enzimas que participan en el metabolismo de ácido fólico

Avila-Rosas H, Caraveo-Enriquez V, Valdéz-Ramos R, Tejero-Barrera E. Evaluación del estado de nutrición. En: Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez Lizaur AB, Arroyo P. *Compladores Nutriología Médica México: Médica Panamericana*; 2008. p. 747-83.⁽⁴³⁾

Puesto que la opinión más generalizada en lo referente a la etiología de los TCA, es que tienen un origen multicausal^(34, 37), existen diversas clasificaciones de los FR en el campo de TCA^(44, 45); para efectos de su investigación se han tomado la siguiente.

- Factores biológicos: Aquellos relacionados con el cuerpo real o biológico. como la madurez sexual precoz o tardía, peso y talla corporales (IMC)⁽⁴⁴⁾.
- Características de personalidad, como ansiedad, disforia y baja autoestima que puede provocar una insatisfacción con la imagen corporal⁽³⁷⁾ y ciertos patrones de conductas alimentarias (como dieta restrictiva, ayunos y ejercicio excesivo)^(46, 47).
- Factores familiares, como baja empatía entre padres e hijas, intrusividad, y hostilidad, separación de los padres, vicios, antecedentes de obesidad en la madre⁽⁴⁰⁾.
- Factores socioculturales, como la cultura de la delgadez, y la influencia de modelos estéticos corporales a través de la publicidad, de la familia y de los pares^(45, 48).

A continuación se describen algunos de ellos:

Factores Biológicos

Adolescencia:

La adolescencia es uno de los períodos de la vida de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. La preocupación por el peso y la figura corporales se incrementan con el desarrollo volviéndose comunes en ella, particularmente en las mujeres. La exigencia por lograr las metas de esta etapa, se torna difícil para muchos y puede tener un impacto significativo en la confianza y la autoestima. Para aquellos que tienen problema con alcanzar dichas metas, y la consecuente sensación de falta de control, el control sobre la forma de comer puede surgir como una respuesta no específica hacia las demandas de la adolescencia⁽⁴⁹⁾.

Desafortunadamente, también se ha confirmado que los adultos jóvenes son un grupo susceptible a estos padecimientos principalmente por la presión ejercida por el entorno social, o bien, en la mayoría de los casos han sido adolescentes que no resolvieron esta

problemática y la siguen cargando en esta etapa de la vida, debido a la persistencia de respuestas psicológicas en forma de una imagen negativa, baja autoestima, psicopatologías y los ideales culturales dominantes⁽⁵⁰⁾.

Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC, es considerado uno de los indicadores antropométricos más frecuentemente utilizados por la facilidad de su estimación (peso en kilogramos entre la talla en metros, elevada al cuadrado), es un reflejo de la corpulencia del individuo, clasificándolo en las categorías: desnutrición, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad⁽³⁷⁾.

Diversos estudios revelan que los sujetos con sobrepeso y obesidad además de ser los que con mayor frecuencia presentan CAR, son los que también registran una mayor interiorización de una figura delgada^(13, 51-53). De la misma manera, se sabe que muchas de las pacientes con TCA, tienen largas historias de sobrepeso y obesidad, con fluctuaciones frecuentes en el peso corporal, y con un constante seguimiento de dietas restrictivas⁽⁵⁴⁾; evidencia que ha dado origen a la idea, que la distancia entre el peso corporal real y el ideal, promueve insatisfacción corporal y la práctica de CAR, con el propósito de bajar de peso, en aquellas personas que han interiorizado el ideal estético de delgadez^(14, 28).

Por otro lado, no sólo las personas con exceso de peso, se encuentran en riesgo de llegar a padecer un TCA, pues también se ha documentado, que una gran parte de adolescentes mujeres insatisfechas con sus cuerpo, pocas tienen sobrepeso u obesidad^(44, 55), es decir, que la excesiva preocupación por el peso puede estar presente aún en personas con peso saludable; anhelando la delgadez no por razones de salud, sino más bien por consideraciones psicoestéticas, y lipofóbicas, relacionadas con la estigmatización de la obesidad e incluso el sobrepeso, y la promoción de la figura “ideal delgada”, de medios de comunicación.

 **Imagen Corporal**

La imagen corporal, es la actitud hacia el propio cuerpo y en especial, hacia la propia apariencia, la imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias⁽⁵⁶⁾. Como es claro el ideal de belleza en nuestra cultura actual es insano; la excesiva preocupación estética puede generar en el sujeto disgusto con su propio cuerpo, llegando a negarse a sí mismo y a no aceptar el cuerpo que le correspondería de acuerdo a su talla, edad y sexo^(57, 58), retroalimentando así la tendencia de evaluación estética en función de lo que se ha aprendido respecto del concepto de belleza y salud actual, resultando la distorsión perceptiva o la insatisfacción corporal:

a) Insatisfacción Corporal

Componente afectivo, actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo, es decir cómo se siente la paciente con su propio cuerpo. La sociedad ha ido aceptando de manera progresiva el modelo estético corporal delgado, hace tan sólo unas décadas el actual prototipo estético delgado, era despreciado ampliamente a favor de mujeres con cuerpos más curvados y gruesos, ya que éste era el aspecto que otorgaba valor positivo a las mujeres; actualmente aquellas mujeres cuya figura indicaba que estaban bien alimentadas serían consideradas poco menos que obesas. Hoy la figura corporal de perfección en mujeres, es sumamente delgada, con un pecho bien desarrollado, mientras que los hombres buscan un cuerpo más denso y musculoso^(44, 58). La difusión de este modelo va unido de modo inevitable a la promoción, aparición o potenciación de la insatisfacción corporal que acontece cuando el individuo internaliza este cuerpo ideal, y mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de este. Esta diferencia existente entre el modelo estético corporal asumido y la imagen corporal propia percibida se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal, la cual antecede casi de inmediato a la mayoría de los TCA^(44, 51).

b) Distorsión o Alteración Perceptiva

Se refiere al grado de exactitud, o en este caso de no exactitud, con la que el paciente estima sus dimensiones corporales). La distorsión de la imagen corporal no se refiere al cuerpo que el individuo enfermo ve, sino al que imagina tener, una representación mental del cuerpo, el cual no acepta, lo que puede propiciar la toma de estrategias con el único y firme propósito de perder el peso “excedido”, sobresaliendo las conductas compensatorias y restringidas, actitudes que dan pie a TCA⁽⁵⁷⁾. En general las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario, sin embargo para el individuo resulta bastante claro y real, tanto que supera a su percepción visual directa de su verdadero cuerpo, definitivamente esta preocupación por la imagen corporal ocupa un lugar privilegiado en sus pensamientos y todo lo demás, es decir las otras características personales pasan a un segundo plano^(44, 57).

Conductas Alimentarias de Riesgo:

Conjunto de manifestaciones conductuales y cognoscitivas, similares en su forma, pero diferentes en frecuencia e intensidad con relación a los TCA, que engloban los patrones de consumo alimentario y son consideradas como un factor de riesgo, por lo tanto, evaluarlas permite conocer la vulnerabilidad que tienen una persona a padecerlos. Entre las conductas de riesgo se encuentran:

- Conducta alimentaria compulsiva (atracción): conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias. Los episodios de ingestión voraz se asocian con: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente, 4) comer sólo porque se tiene vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.

- Conductas compensatoria/purga: conductas inapropiadas, de manera repetida, con el fin

de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo. Generalmente ocurren después de un atracón o un episodio de ingestión voraz⁽³²⁾.

- Preocupación por el peso y la comida. Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere⁽⁵⁹⁾.
- Comer por compensación psicológica: ingestión de alimentos debida a motivaciones psicológicas como resultado de estados de ánimo, es decir, cuando se relaciona el comer con ansiedad, tristeza o tranquilidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo, o preferir cierto tipo de alimentos.
- Dieta crónica/restricción: tendencia repetitiva a la auto privación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal⁽⁶⁰⁾.

Factores Socioculturales

En nuestro entorno, la influencia sociocultural ejerce presión sobre las personas con respecto a sus cuerpos y por ende en su conducta alimentaria. Esta influencia percibida por el sujeto, proviene de otras personas o imágenes y hasta culturas, que son idealizadas o admiradas⁽⁵⁸⁾.

La cultura en sí, ha sido propuesta como un factor de riesgo importante para los TCA^(45, 48, 61, 62). Por ejemplo la denominada “cultura de la delgadez”, en la que se sobrevalora la esbeltez para la mujer y el cuerpo musculoso y fuerte para el varón, la cual juega un papel determinante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los trastornos

alimentarios, ya que estos estereotipos son signos de belleza, poder y éxito profesional y sexual ^(48, 63).

De la misma manera, el papel de los medios de comunicación en los trastornos de la alimentación debe ser estudiada a la par con los rápidos cambios socioeconómicos que configuran la vida de los jóvenes y preocupaciones cotidianas. A nivel mundial se vive la llamada “globalización”, proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les da un carácter global.

La globalización también es conocida como un proceso de occidentalización, desde este punto de vista, se concibe por muchos como progreso, democracia y libre comercio, mientras que muchos otros protestan por las desventajas que esta trae consigo, pues amenaza la estructura e identidad de las naciones con la seducción del consumismo; por ejemplo, las culturas asiáticas, basadas en alimentaciones vegetarianas, al asumir estilos occidentales cambian a alimentaciones basadas en carne animal, enfrentándose a nuevos fenómenos⁽⁴⁾.

Aculturación

De acuerdo a lo anterior, la globalización trae consigo procesos de “aculturación” que denotan la incorporación de las normas y valores de otra cultura generalmente más desarrollada, para la adaptación a un nuevo contexto sociocultural y hasta sociolingüístico, que no exclusivamente se da por la inmigración, sino también, por el simple contacto cultural entre grupos diferentes sin necesidad de traspasar fronteras, he aquí por qué la aculturación es considerada una de las etapas de la transculturación, definida esta última como un proceso transitivo de una cultura a otra en el que se identifican tres etapas: pérdida o desarraigo parcial de la cultura nativa o precedente; incorporación de la cultura externa o dominante (aculturación); y creación de nuevos fenómenos culturales que surgen de la

combinación entre los elementos que sobreviven de la cultura originaria y los que vienen de la externa^(9, 30, 64).

Hoy en día tal fenómeno es común gracias al incremento del intercambio comercial y la migración que influyen en la vida de las personas, modificando su situación económica, la estructura de las familias y de las comunidades. Además de los lazos económicos, el turismo y sobre todo las mejoras tecnológicas en la comunicación, conducen a una mayor interacción social entre las personas y una mayor oportunidad para el intercambio de ideas y de valores. Desde la música hasta la comida, de la televisión al internet, las personas están expuestas a influencias culturales de todo tipo de una forma nunca antes vista⁽⁶⁵⁾.

La gran variedad de FR identificados en la investigación científica, ha sido clave para la comprensión, prevención y tratamiento de los TCA; desafortunadamente existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermar y el número o severidad de los FR, de tal manera que es necesario seguir profundizando en cada uno de ellos e identificar su distribución, comportamiento e interrelación en grupos específicos, y diseñar programas de prevención en atención la población general y a grupos de riesgo.

Universidades Promotoras de la Salud

Las universidades desempeñan un papel protagónico en la sociedad, buscan comprender los fenómenos y aportar soluciones que orientan y apoyan los cambios en diversos espacios. De esta forma, las instituciones de educación superior, tienen características de gran importancia para la sociedad y para los países, ya que son instituciones que educan, investigan e innovan, de tal manera que todo lo que las afecte o las beneficie repercutirá directamente su comunidad⁽⁶⁶⁾.

En base a esto, en el año de 1986 se estableció el programa “Universidad Saludable”, en el marco de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, a partir del cual las instituciones de nivel superior, en diversas partes del mundo, han implementado proyectos con el propósito de dar respuesta a problemas de salud que afectan a su población, a través de la identificación de FR que amenazan la salud de la población, y del intercambio de conocimiento y trabajo en red, ya que no se puede actuar sino con grupos de expertos que ven la realidad desde diferentes ángulos, la interdisciplinariedad viene exigida por la misma naturaleza de la promoción de la salud⁽⁶⁷⁾.

Es por ello que los estudios que emergen dentro de ellas tienen un gran impacto social, ya que su fin es propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, pares, futuro entorno laboral, y en la sociedad en general; por ejemplo, a nivel nutricional, se esperaría que en las universidades se refuercen hábitos alimentarios saludables, y el desarrollo de habilidades sociales. De tal manera que los jóvenes universitarios, sean capaces de adoptar estilos de vida saludables, mejorando a corto plazo el estado nutricional y a largo plazo la disminución de las prevalencias de TCA, sobrepeso y obesidad, y otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes⁽⁶⁸⁾.

III. JUSTIFICACIÓN

Hasta hace poco tiempo en México los TCA parecían ser un problema minoritario, y la población tenía poco o nulo conocimiento de que se trataba de padecimientos psiquiátricos, hoy en día se ha notado el aumento del número de pacientes y el tema de los TCA es ampliamente discutido hasta en los medios masivos de comunicación.

A pesar de que actualmente se acude con mayor frecuencia a los servicios médicos y de salud mental de las instituciones públicas y privadas pertinentes, uno de los grandes problemas en relación a la detección y diagnóstico, es la falta de conocimiento general sobre las características clínicas de estos problemas por el personal de salud, aunado a que existe un grupo de población intermedio entre individuos sanos y pacientes con TCA, los cuales representan el paso intermedio entre ambos extremos; esta situación representa una complicación notable en el diagnóstico, tratamiento o derivación oportuna. Por lo tanto, es importante conocer y evaluar cómo se distribuyen los factores que actúan como facilitadores de estos trastornos, y así como contar con datos que se puedan comparar, estableciendo semejanzas y diferencias⁽⁶⁹⁾.

Los TCA son un campo del conocimiento que se encuentra actualmente en pleno desarrollo en México en donde todavía falta mayor énfasis en la promoción para la salud en relación a estos padecimientos de origen mental. Los estudios realizados hasta el momento han aportado información importante que ha permitido conocer la naturaleza de estas enfermedades en algunos sectores de la población mexicana, la mayoría de estas llevadas a cabo en las grandes urbes como lo es la ciudad de México^(13, 25, 27, 44, 70), y en grandes capitales como Guadalajara⁽⁷¹⁾, sin embargo, la influencia del ideal occidental de belleza ha alcanzado lugares tan recónditos como las poblaciones semi-urbanas^(11, 72).

La sociedad mexicana, aunque por un lado exalta el pasado indígena, es en la práctica profundamente racista⁽⁶⁴⁾. En este contexto, el aspecto físico indígena es considerado feo, mientras que el modelo de belleza corporal es el caucásico. De este modo, sería de esperarse que las mujeres mexicanas, como parte de su intento de aproximación al ideal

dominante, pusieran en práctica técnicas tendientes a la delgadez. Esto se confirma en el estudio de Bojorquez, 2004 ⁽⁷²⁾, en el que las jóvenes purépechas adoptan el aspecto físico de sus modelos televisivos.

Cómo se ha ido mostrando a través de este trabajo de investigación, numerosos estudios constatan, que al igual que la mayoría de los países occidentales, tanto México^(14, 52, 53, 55, 71, 73) como Canadá^(10, 22, 23, 74) son acechados por la cultura de la delgadez y por la lipofobia característica de los TCA. Pero también, ambas naciones han buscado comprender mejor la influencia de los factores socioculturales, en la incidencia y prevalencia de las alteraciones del comportamiento alimentario. De esta manera el saber manejar el término de globalización a favor del desarrollo y no como una crisis cultural, hace cada día más necesaria la crítica transcultural, caracterizada por intentar aprender más sobre lo que se conoce de otras culturas, no como un acto de arrogancia, sino como un ejercicio académico que puede servir para comprender la naturaleza de las debilidades y aciertos de los países, en este caso en el contexto de los TCA, que han dado la vuelta al mundo y poco a poco se vuelven un problema de salud pública importante⁽⁷⁵⁾.

Aunque México y Canadá son países completamente diferentes tanto en su geografía, como en su economía y política, ambas culturas pertenecen al mundo occidental, en donde, como ya se mencionó el atractivo físico contribuye de manera importante con la obtención de éxito. Por otro lado, ambos países a pesar de sus profundas diferencias comparten una experiencia común, su relación colonial e histórica con la frontera de la nación más poderosa del mundo, Estados Unidos, país que ha sido frecuentemente calificado con la más alta incidencia y prevalencia de TCA⁽¹⁸⁾. Posiblemente este entorno influya de alguna manera en el aumento de las tasas de insatisfacción con la imagen corporal y de las CAR, tanto en México como en Canadá. Una de las aportaciones de este trabajo radica en que hasta la fecha no existe ningún estudio transcultural entre México y Canadá sobre este tema.

Otras de las contribuciones de este trabajo es que al identificar FR asociados a TCA en dos poblaciones distintas, se obtendrá información que servirá como base teórica para el

posible impulso e implementación de programas de prevención y promoción de la salud. Es importante recordar el término *promoción en salud*, definido como el proceso que permite fortalecer los conocimientos, actitudes y aptitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud a través de procesos permanentes de enseñanza y aprendizaje con el propósito de inducir comportamientos que favorezcan estilos de vida saludables⁽⁷⁶⁾. Ante esto, cabe mencionar que los expertos en trastornos alimentarios reconocen el valor que a largo plazo tienen las estrategias de intervención temprana, especialmente en los sujetos vulnerables como lo son los jóvenes.

Los programas de prevención ayudan a crear hábitos alimentarios sanos y a desarrollar actitudes positivas hacia sus cuerpos. Estos programas sugieren una serie de cuestiones prácticas y teóricas centrándose en la nutrición, la conciencia de los medios de comunicación, y desarrollo de habilidades sociales. Por ejemplo la interiorización de los conocimientos básicos necesarios para reconocer un trastorno alimentario, instrucciones sobre cómo solicitar la ayuda y a ser parte del desarrollo de ambientes saludables, como modelos y promotores en sus familias, amigos, y en la sociedad en general. De esta manera, los jóvenes serán capaces de adoptar estilos de vida saludables, mejorando a corto plazo el estado nutricional, lo que a largo plazo se verá reflejado en la disminución de las prevalencias de TCA, sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, sobre todo en la edad adulta⁽⁷⁷⁾.

En Ontario⁽⁷⁸⁾ por ejemplo, se cuenta con el proyecto “Cuidar nuestro cuerpo” del sistema comunitario de Salud Mental de Ontario, que lleva ya varios años, y su objetivo ha sido aumentar la capacidad del sistema de salud, para promover la actividad física y alimentación saludable en las personas con enfermedad mental grave, en apoyo a su recuperación. Además este programa provincial también sirve como una "incubadora" de ayuda a los proveedores de servicios de salud mental, junto con socios comunitarios, con el fin de desarrollar y entregar evidencia basada en la actividad física y los programas de alimentación, y mejorar el acceso a los recursos locales y sociales⁴⁷.

De acuerdo a lo anterior, el mejor camino que se puede elegir es el de la prevención; para ello es necesario el estudio a profundidad de aspectos fundamentales de los TCA, como su epidemiología, sus FR, su fenomenología clínica, sus complicaciones médicas y psicológicas junto con las alternativas terapéuticas y de prevención para la población más vulnerable. Esto es posible a través de las investigaciones científicas que tienen por objeto construir bases teóricas firmes, para la implementación de programas de prevención y promoción de la salud.

Por todo lo anterior esta investigación ayudará en el cumplimiento de los dos compromisos establecidos en la carta de Edmonton, 2005⁽⁶⁸⁾, que son: 1) fomentar el avance de Universidades Promotoras de Salud a través de la abogacía, colaboración y trabajo en red, ya que ambas instituciones forman parte de la red hispanoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, y 2) el diagnóstico de FR asociados a TCA que amenazan la salud de la población para que a largo plazo con las intervenciones pertinentes, sea posible provocar los cambios necesarios en las instituciones universitarias y promover la salud en ellas.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Comparar la prevalencia de factores de riesgo (biológicos, psicológicos y socioculturales) asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Estudios Comunitarios de la Universidad de Moncton Canadá (FCSEC-UdeM) y en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSa- UAEH), México.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de factores de riesgo: biológicos, psicológicos y socioculturales, en estudiantes de la FCSEC-UdeM, Canadá, y en estudiantes del ICSa-UAEH en México.
- Determinar indicadores bioquímicos, antropométricos y clínicos en dos submuestras, una de cada institución.

V. HIPÓTESIS

Hi: Sí existen diferencias significativas en el comportamiento de los FR asociados a TCA entre los estudiantes del ICSa-UAEH y la FCSEC-UdeM.

Ho: Los estudiantes de la FCSEC-UdeM presentan menos factores de riesgo asociados a TCA que los estudiantes del ICSa-UAEH.

VI. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 Etapa 1: ICSa-UAEH

Tipo de Estudio: Estudio transversal de campo de tipo descriptivo, en una muestra representativa de hombres y mujeres estudiantes de ICSa-UAEH.

Población: **3,798** hombres y mujeres del ICSA-UAEH.

Muestra: N= **838** alumnos, 581 mujeres (69.3%) y 257 hombres (30.7%).

Para la determinación del *tamaño de muestra*, se consideró, un intervalo de confianza del 95%, un margen de error aceptable de 0.05, nivel basal de los indicadores de 16% en base a estudios previos⁽⁷⁹⁾, un efecto de diseño, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia del diseño, de 1.50 (valor recomendado por tratarse de un diseño complejo), y una tasa de no respuesta del 20%, a través de la siguiente fórmula⁽⁸⁰⁾.

$$n = Z^2 \frac{P(1-P)}{e^2}$$

$$n = 1.96^2 \frac{.16(1-.16)}{0.05^2}$$

$$n = 3.8416 \frac{.16(.84)}{0.0025}$$

$$n = 3.8416 \frac{.1344}{0.0025}$$

$$n = 3.8416 * 53.76$$

$$n = 206.52$$

Ajuste en función del efecto del diseño del muestreo (1.5) y del número de estimaciones por sexo (2)

$$n = 206.52 * 1.5 * 2 \quad n = 619$$

Ajuste en función de la tasa de no respuesta prevista del 20%

$$n = 619 / .80 \quad n = \underline{774}$$

Al final se consideraron los 832 obtenidos del Trabajo de campo.

Donde

Z = Nivel de confianza

P = Nivel basal de los indicadores

e = Margen de error

Cabe señalar que el diseño del muestreo fue por conglomerados (grupos) y después estratificado (por sexo).

Procedimiento UAEH-ICSa

Después de obtener la aprobación ética de los Comités de Ética de Medicina y de Investigación del ICSa (Anexo 12.1), y de haber presentado de manera clara y sencilla el proyecto, el objetivo general y la logística del mismo ante los directivos de la Institución. Se comenzó el trabajo de campo, en los espacios y horarios autorizados

1. **Aplicación de los cuestionarios.** Antes de aplicar el instrumento (Anexo 12.2), se les informó a los estudiantes de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación, la importancia de su colaboración, y del manejo confidencial de la información proporcionada por ellos.
2. Se les indicó además, que conforme terminaran de responder el cuestionario, serían pesados y medidos por personal previamente capacitado y estandarizado.

6.2 Etapa 2: FCSEC-UdeM

Tipo de Estudio: Estudio transversal de campo de tipo descriptivo, en una muestra autoseleccionada de hombres y mujeres estudiantes la FCSEC-UdeM.

Población: 854 estudiantes, hombres y mujeres de la FCSEC-UdeM.

Muestra: N=94 alumnos, 83 mujeres (88.3%) y 11 hombres (11.7%).

Procedimiento FCSEC-UdeM

Después de obtener la aprobación del Comité de Ética de la FCSEC-UdeM (Anexo 12.3), y de establecer la logística, de acuerdo a los espacios y horarios autorizados por los directivos de la institución, se inició el trabajo de campo.

Se invitó a los estudiantes a participar en el proyecto de diversas formas; primero a través de mails, enviados al correo institucional de cada uno de ellos; posteriormente se acudió a las aulas de clase para hacer la invitación a grupos completos; y más adelante se reitero la invitación a través de carteles pegados en lugares estratégicos de la universidad, y de comerciales que se proyectaban constantemente en las televisiones del instituto. Cuando los estudiantes respondían a la invitación se procedía a:

1. *Aplicar los cuestionarios;* antes de aplicar el instrumento a los estudiantes (Anexo 12.4), se les informaba nuevamente, de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación, la importancia de su colaboración, y del manejo confidencial de la información proporcionada por ellos.
2. Se les indicaba además que conforme terminaran de responder el cuestionario, se agendaría una cita de acuerdo a su disponibilidad, para ser pesados y medidos por personal previamente capacitado y estandarizado.

6.3 Etapa 3: Comparativo: ICSa-UAEH - FCSEC-UdeM

Tipo de Estudio: Estudio transversal de campo de tipo comparativo, entre dos submuestras de mujeres estudiantes del ICSa-UAEH y de la FCSEC-UdeM.

Criterios de selección para las submuestras fueron los siguientes:

- 📄 Mujeres que fueron calificadas en riesgo*, de acuerdo al instrumento Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), es decir con tres o más indicadores de riesgo (≥ 3).
- 📄 Mujeres sin riesgo**, seleccionadas aleatoriamente de las muestras, de acuerdo al instrumento Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), es decir con menos de tres indicadores de riesgo (< 3).

Finalmente las submuestras quedaron integradas de la siguiente manera:

Tabla 2. Submuestras			
	*En Riesgo	**Sin riesgo	Total
	n	n	
ICSa-UAEH	12	30	42
FCSEC-UdeM	12	30	42
Total	24	60	82

Procedimiento: *Comparativo*

Después de identificar y localizar a cada una de las jóvenes seleccionadas, se les explicaron detalladamente las características de esta segunda fase, y de la libertad de aceptar o no extender su participación. Mencionando que las medidas que se les serían tomadas serían: peso y talla (exclusivamente para la FCSEC-UdeM, pues en el ICSa-UAEH ya se habían tomado junto con la aplicación del cuestionario), circunferencia de cintura, presión arterial, glucosa en ayuno y colesterol total. Una vez que aceptaban seguir participando, se agendaba una cita considerando la disponibilidad en el horario de los estudiantes, e indicando un ayuno de por lo menos 8 horas necesario para la toma de los indicadores bioquímicos. El *consentimiento informado por escrito*, en sus idiomas respectivos (ANEXO 12.5 y 12.6), se firmaba el día de la cita.

6.4 Criterios De Inclusión y de Exclusión por Etapas:

Etapa 1 (ICSa-UAEH) y Etapa 2 (FCSEC-UdeM)

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres.
- Estudiantes de inscritos en el ICSa-UAEH y la FCSEC-UdeM, respectivamente.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Alumnos con alguna discapacidad física.
- Aquellos que no quisieron participar.

Criterios: Fase 3 (comparativo)

Criterios de inclusión

- Mujeres.
- Que hubieran contestado el cuestionario previamente.

Criterios de exclusión

- Hombres.
- Quienes no firmaran el consentimiento informado por escrito.

6.5. Consideraciones Éticas por Etapas

Para la realización de este trabajo, se obtuvieron las aprobaciones del Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains, Faculté des études supérieures et de la recherche, Université de Moncton, del Comité de ética del Área Académica de Medicina y del de investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (Anexo 12.5 y 12.6).

Etapa 1 (ICSa-UAEH) y Etapa 2 (FCSEC-UdeM)

Dadas las características del estudio, dentro de las condiciones éticas aplicadas fue la confidencialidad de la información, ya que el anonimato no fue posible puesto que era necesario identificar a los estudiantes para poder formar las submuestras requeridas. En todo momento los bancos de datos fueron y serán resguardados para mantener la confidencialidad, y evitar el mal uso de la información.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México⁽⁸¹⁾, en el título segundo sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 17, se describe que cuando se aplican exámenes físicos comunes como: peso y talla del sujeto, así como pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, se considera una investigación de riesgo mínimo. Asimismo, en el artículo 23 se menciona que en el caso de investigaciones con riesgo mínimo, se autoriza que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito.

Etapa 3: Comparativo


En la fase 3, en donde se trabajó con las submuestras, en las que se tomaron indicadores bioquímicos, la circunferencia de cintura y la presión arterial, se considerarán los principios éticos de la Declaración de Helsinki⁽⁸²⁾, para la realización de investigación en seres humanos, siendo uno de sus requisitos obtener el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes


6.6. Definición de las Variables

Factores socioculturales:

Definición Conceptual: estos se definen como la presión mediática, ejercida por los medios de comunicación, los amigos, los pares, la familia y el entorno, al promover los modelos estéticos dominantes a través de mensajes visuales, verbales y auditivos en los que se sobrevalora la delgadez, y que pueden incitar en muchos casos a tomar decisiones relacionadas con posibles modificaciones de las conductas alimentarias y a reforzar actitudes proclives a la esbeltez^(48, 59, 61).

Definición operacional: esta variable fue evaluada, a través de dos instrumentos:

-  Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), diseñado y validado por Toro y colaboradores, 1994⁽⁸³⁾. Su análisis factorial dio origen a cinco factores (Anexo 12.7.1), los cuales son: malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de modelos sociales e influencia de situaciones sociales. Las respuestas son valoradas en escalas de tres puntos: No, nunca (1), Sí, a veces (2), Sí, siempre (3). Una puntuación mayor denotará mayor influencia de la publicidad y de los modelos estéticos dominantes

-  Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal, desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la Ciudad de México⁽⁸⁴⁾. Cuenta con 15 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca=1, algunas veces=2, frecuentemente=3, muy frecuentemente=4), y se divide en dos subescalas que son creencias e interiorización. Cuenta con un punto de corte (>37) que se obtiene de la suma de las respuestas (Anexo 12.7.2).

Conducta alimentaria:

Definición conceptual: al 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). Estas pueden ser de dos tipos:

- 📖 *Conducta alimentaria normal* (Alimentación correcta): dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades⁽⁶⁸⁾.

- 📖 *Conducta alimentaria de riesgo*: es aquella que considera los patrones de consumo de alimentos distorsionada, tales como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticar pero no deglutir, y ayunos⁽³²⁾. En esta investigación se considerarán diversas variables que se encuentran dentro de este rubro siendo:

Definición operacional: todas las variables descritas anteriormente, se evaluaron a través de dos instrumentos:

- 📖 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), parte del instrumento de Alimentación y Salud diseñado y validado por Gómez Pérez-Mitré⁽⁶⁰⁾, que consta de cinco factores (Anexo 12.7.3): Conducta alimentaria compulsiva; Preocupación por el peso y la comida; Conducta alimentaria normal; Comer por compensación psicológica; y Dieta crónica y restrictiva. Las respuestas son valoradas en escalas de cinco puntos: nunca (1), a veces (2), frecuentemente (3), muy frecuentemente (4) y siempre (5), de tal manera que a mayor problemática mayor puntuación, a excepción de la conducta alimentaria normal, la cual a mayor puntuación menor problemática. La escala total para varones obtuvo un alpha de Cronbach de 0.86, mientras que la de mujeres alcanzó un valor de 0.88.

- 📖 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), el cual fue desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la Ciudad de México^(45, 85). Consta de 10 preguntas sobre las alteraciones alimentarias propias de los

TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV⁽³²⁾. Se califica con 4 opciones de respuesta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente y 3=muy frecuentemente). Ha sido usado en números estudios de investigación^(14, 15, 85-88), y se constituye por tres factores: “Atracción” “medidas compensatorias” y “restricción⁽⁸⁵⁾” (Anexo 12.7.4), y con dos propuestas como puntos de corte para identificar personas en riesgo o posibles casos de TCA; el primero: 1) riesgo>10 y sin riesgo <10⁽⁴⁵⁾ y el segundo, con una clasificación de tres niveles⁽⁸⁸⁾, es decir con un punto de corte adicional al primero: sin riesgo 0-6, riesgo moderado 7-10 y riesgo alto>10. También puede ser evaluado de acuerdo con el número de “indicadores”, es decir el número de ítems que fueron contestados positivamente. Para esta investigación se usó la evaluación de indicadores considerando <3 indicadores “sin riesgo” y ≥3 indicadores “en riesgo”.

Imagen corporal: Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal






Definición conceptual: Configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias⁽⁵⁶⁾. Para esta investigación se considero evaluar únicamente el componente afectivo, es decir la *Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal*, la cual se refiere a actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo, es decir cómo se siente la persona con su propio cuerpo⁽⁴⁴⁾.

Definición operacional: Para la evaluación de esta variable se empleó un continuo de nueve figuras corporales, tanto para hombres como para mujeres, que van de una figura muy delgada hasta una muy obesa⁽⁸²⁾. En un primer momento se les pregunta a los sujetos que figura es la que más se parece a su figura actual, y en otro momento se les pide que elijan la figura que más les gustaría tener. Una diferencia igual a cero entre la figura actual y la figura ideal, se interpreta como *satisfacción*, diferencias positivas (cuando el sujeto quiere estar más delgado) y negativas (cuando el sujeto quiere estar más grueso) se interpretan como *insatisfacción*. A mayor diferencia mayor insatisfacción⁽⁸⁹⁾.

Evaluación del estado nutricional.

Definición conceptual: Es una condición fundamental que al involucrar la obtención de los nutrientes así como la producción de la energía necesaria y su utilización orgánica, determina la salud o la enfermedad del individuo. Al evaluarlo se pretende conocer hasta qué punto están cubiertas las necesidades fisiológicas de nutrientes y de energía del individuo y se puede valorar a través de diversos indicadores como son los antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos⁽⁴³⁾.

Definición operacional: para este trabajo de investigación se evaluaron los siguientes indicadores:

-  Índice de Masa Corporal (antropométrico)
-  Circunferencia de cintura (antropométrico)
-  Presión arterial (clínico)
-  Glucosa en ayuno (bioquímico)
-  Colesterol total (Bioquímico)

A continuación se detallan las definiciones conceptuales y operacionales de cada uno de ellos:

Índice de Masa Corporal (IMC):

Definición conceptual: *Indicador antropométrico*, también conocido como índice de Quetelet, es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa corporal, el nivel o valor más saludable de masa que puede tener una persona. Se utiliza como indicador antropométrico nutricional desde principios de 1980⁽⁴³⁾.

Definición operacional: el IMC se evaluó mediante la fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{Talla (m)})^2$. Para clasificarlo se usaron los valores percentilares por sexo, para <20 años, recomendados por NCHS (National Center for Health Statistics)⁽⁹⁰⁾, siendo estos: <5 desnutrición; >5 <15 bajo peso; >15 <85 peso normal; >85 <95 sobrepeso; >95 obesidad. Para los sujetos mayores a 20 años se emplearon los puntos de corte recomendados para adultos por el Comité de Expertos, en donde un $IMC < 15$ es desnutrición; IMC de 15 a 18.5

es bajo peso; IMC de 18.51 a 24.9 peso normal; IMC de 25 a 29.9 corresponde a sobrepeso; y valores de IMC iguales o mayores a 30 se relacionan con obesidad⁽⁹¹⁾.

Circunferencia de cintura (CC):


Definición conceptual: *indicador antropométrico*, que permite conocer la distribución del tejido adiposo y la relación que existe entre la adiposidad y riesgo cardiovascular.


Definición operacional: La técnica de medición usada fue la siguiente: colocar al sujeto de pie, con el abdomen relajado y se toma el mínimo perímetro del abdomen, a partir del punto medio entre las crestas ilíacas y el borde del costal inferior⁽⁹²⁾. Los puntos que se emplearán serán: normal <80 cm, con riesgo cardiovascular ≥ 80 cm y con riesgo cardiovascular alto ≥ 88 cm del Reporte de la World Health Organization⁽⁹³⁾, par mujeres.

Presión Arterial (PA):

Definición conceptual: *indicador clínico*, que mide la presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias. Esta presión es absolutamente imprescindible para garantizar la perfusión de todos los tejidos, es decir, asegura el adecuado aporte de oxígeno y nutrimentos a las células en relación a su actividad funcional en cada momento⁽⁹⁴⁾.

Definición operacional: la PA se midió con un esfigmomanómetro aneroide calibrado y un esfigmomanómetro electrónico. Se tomo en cuenta el Procedimiento básico para la toma de la PA, recomendado por la NOM-030-SSA2-2009⁽⁹⁵⁾.

 *Recomendaciones:* La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo. El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición. No deberá tener necesidad de orinar o defecar y estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

 *Posición del paciente:* se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.




-  El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
-  *Técnica:* el observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio. Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar. Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo. Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica. Los valores se expresarán en números pares.
-  *Puntos de corte:*

Tabla 3. Puntos de Corte PA	
Presión arterial(PA)	Valores
PA Normal (1)	≤120 / 80
PreHTA (2)	120-139 / 80-89
PA alta (3)	≥140 / 90

Fédération française de cardiologie (2008).







Glucosa en sangre

Definición conceptual: *indicador bioquímico*, que mide la cantidad de glucosa (azúcar) que contiene la sangre; se mide en milimoles por litro (mmol/L) o en miligramos por decilitro (mg/dL), y puede ser medida en ayuno y posprandial (2 horas después de comer). El nivel de glucosa en sangre normal en ayuno es 70-100 mg/dL y posprandial <140 mg/dL. Cuando la concentración aumenta en el periodo de ayuno (hiperglucemia) a niveles >100 mg/dL puede referirse: 1) una “glucosa alterada en ayuno” (>100 y <125 mg/dL) y 2) a la hiperglucemia compatible con “diabetes” (>126 mg/dL); sin embargo se ha documentado que la glucemia de riesgo para desarrollar complicaciones crónicas es >111 mg/dL en ayuno y >140 mg/dL en el periodo posprandial inmediato. Por otro lado la hipoglucemia ocurre cuando los niveles de glucosa en sangre disminuyen a <60-50 mg/dL. (96, 97)

Colesterol Total

Definición conceptual: *indicador bioquímico*, que mide de manera aproximada todo el colesterol en la sangre. El colesterol es una sustancia suave y cerosa que existe naturalmente en todas las partes del cuerpo, y éste tiene la capacidad de regularlo en la sangre produciendo más cuando no lo obtiene de la alimentación. Las concentraciones de colesterol en la sangre están determinadas por la cantidad de colesterol que produce el cuerpo, más la que se ingiere de los alimentos, menos la cantidad que se utiliza o se excreta. De manera que el colesterol alto puede ser consecuencia de un problema en cualquiera de las variables de esta ecuación⁽⁹⁸⁾.

Definición operacional: Se midió la *glucosa en ayuno* y *colesterol* a través de la punción capilar, leída por el analizador portátil Accutrend® GC de Roche. Debe señalarse que aunque se emplea el mismo procedimiento para medir los niveles de cada indicador, se emplea una tira reactiva diferente. La técnica fue la siguiente:

-  Informar al paciente sobre la técnica que se realizará.
-  Desinfectar en el lado de la yema del dedo que se va punzar, con una torunda, y esperar que se seque completamente.
-  Pinchar con una lanceta nueva sin apretar la yema del dedo.
-  Insertar la cinta en el dispositivo de medición (Accutrend GC), teniendo especial cuidado de que el código del envase desde el que proviene coincida con el que está programado en el medidor.
-  Dejar formarse una gota de sangre y aplicarla sobre el campo de prueba amarillo hasta que esté completamente cubierto. Al aplicar la gota en la tira, tocar con la gota de sangre el centro de la zona amarilla.
-  Asegurarse de que la zona reactiva esté completamente cubierta por la sangre y que no queda ninguna parte de la zona amarilla visible, no se debe extender la sangre. Si alguna parte de la zona amarilla ha quedado sin sangre después de la aplicación de la gota, colocar otra gota durante los siguientes 15 segundos. Si pasan más de 15 segundos a partir de la primera aplicación, puede dar resultados erróneos. Descartar este test y repetirlo.

- Esperar (la máquina indicará mediante un sonido el tiempo de inicio y de término de la medición).
- Registrar el valor de la medición.
- Eliminar los residuos peligrosos biológico-infecciosos: material desechable (tiras reactivas) y de curación (algodón) en bolsas de polietileno rojas y los objetos punzo-cortantes (lancetas) en recipientes herméticos, cumpliendo así con las disposiciones correspondientes a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002⁽⁹⁹⁾.
- Los valores de referencia fueron los siguientes:

Tabla 4. Puntos de Corte: Glucosa en Ayuno y Colesterol Total

	Recomendado (mg/dl)	Riesgo (mg/dl)	Riesgo alto (mg/dl)
*Glucosa en ayuno	≤ 100	>100 - <126	≥126
**Colesterol total	< 200	200-239	≥240

* NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

**High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control an analysis or National health examination survey data from eight countries. 2010. WHO.

6.7 *Análisis Estadístico*

Todos los datos fueron capturados y analizados con el programa SPSS para Windows versión 15 y en el programa SPSS versión 17⁽¹⁰⁰⁾. En la fase 1 (ICSa-UAEH) y 2 (FCSEC-UdeM), es decir, en las muestras generales, se realizó el análisis descriptivo de las diferentes variables. Para el comparativo entre submuestras (etapa 3), se empleó prueba χ^2 de Pearson, la cual contrasta si las diferencias observadas entre dos grupos son atribuibles al azar (valor-p asociado al estadístico <0.05)⁽¹⁰¹⁾.

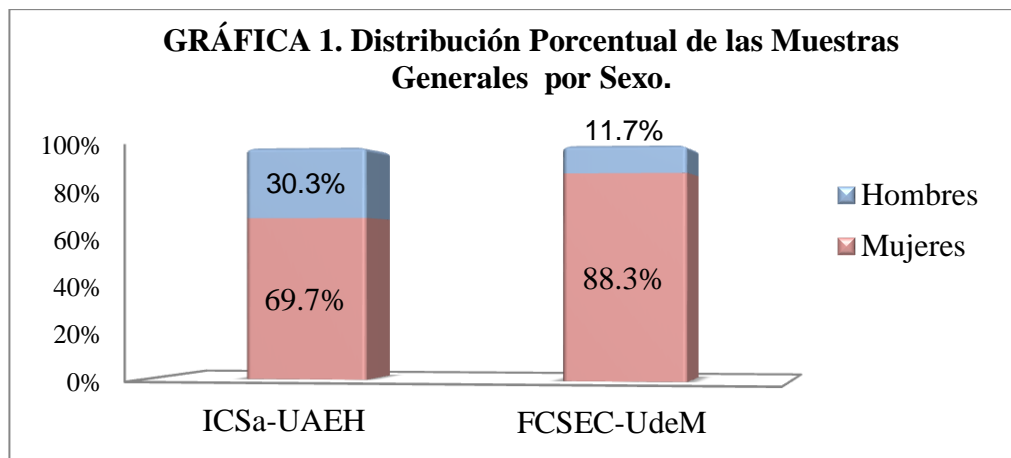
6.8 *Apoyo y Financiamiento*

Este proyecto se realizó con apoyo financiero de la FCSEC-UdeM. El equipo utilizado (báscula, estadímetro, baumanómetro, cinta antropométrica y Accutrend GC), fue proporcionado por cada uno de los institutos. La autora de este trabajo fue becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), con número de CVU 302789, y beneficiaria del programa “estancias en el extranjero 2011” para la realización de estudios de maestría.

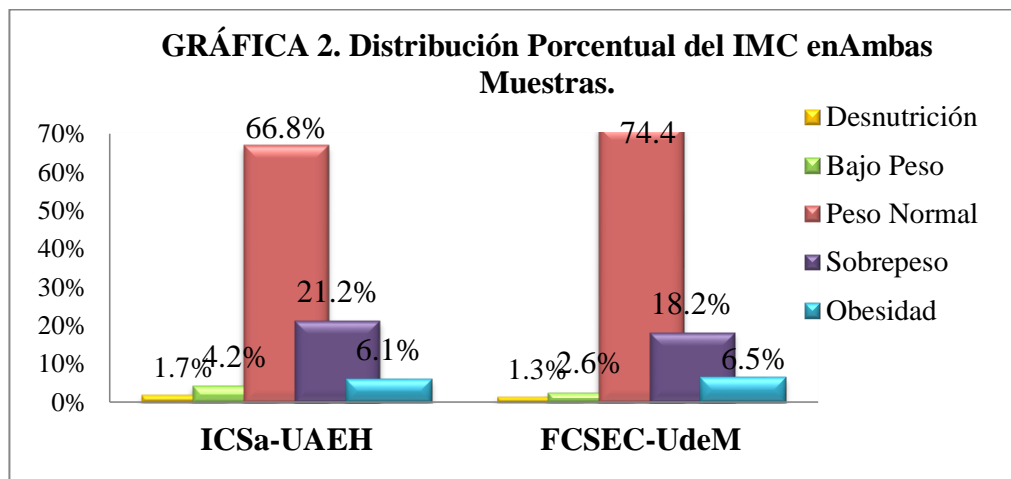
VII. RESULTADOS

7.1 DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS GENERALES

Se trabajó con dos muestras independientes de mujeres y hombres de dos universidades, la primera con una $N=838$, de entre 17 y 26 años de edad ($X^2=20.1$, $DE \pm 1.6$), correspondiente a ICSa-UAEH y la segunda con $N=94$, de edades entre 17 y 30 años ($X^2=20.9$, $DE \pm 1.9$), de la FCSEC-UdeM. La distribución porcentual por sexo se muestra en la GRÁFICA 1.



De acuerdo a la GRÁFICA 2, El IMC (ICSa-UAEH, $X^2=20.8476$, $DE \pm 3.75348$ y FCSEC-UdeM, $X^2=23.1855$, $DE \pm 4.35355$), se distribuyó de la siguiente manera:



Resultados de los factores de riesgo asociados a TCA de las dos muestras generales.

A continuación se presenta la descripción de los resultados de cada una de las muestras completas (hombres y mujeres). En primer lugar los datos *del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSa-UAEH)*, seguida de los datos de la *Facultad de Ciencias de la Salud y Estudios Comunitarios de la Universidad de Moncton (FCSEC-UdeM)*, de cada uno de los instrumentos aplicados.

Tiempos de comida



 **ICSa-UAEH:** (Tabla 5), en primer lugar se revisaron las variables de tiempos de comida, entre los datos que sobresalen en esta muestra, se encontró que el 48% desayuna, 82.2% come y 45.6% cena diariamente. Cuando se pregunto, con que frecuencia acostumbraban realizar tres tiempos de comida al día, sólo el 32.3% contesto hacerlo diariamente.

Tabla 5. Distribución Porcentual: Tiempos De Comida: ICSa-UAEH						
Factores	Nunca	1-2 / semana	3-4 / semana	5-6 / semana	Diario	Total
Acostumbras desayunar	7.2	20.3	16.8	7.8	48.0	100%
Acostumbras comer	0.1	1.6	6.5	9.6	82.2	100%
Acostumbras Cenar	2.5	16.2	23.0	12.7	45.6	100%
Acostumbras realizar 3 comidas.	7.8	16.5	26.3	17.2	32.3	100%

 **FCSEC-UdeM:** entre los valores más destacados de esta muestra (Tabla 6), se halló que el 72.3% acostumbra desayunar y 76.6% cenar diariamente; una muy buena proporción de alumnos y alumnas cena todos los días (87.2%) y finalmente,

prácticamente la mitad (53.2%), acostumbra realizar tres tiempos de comida al día, todos los días.

Tabla 6. Distribución Porcentual: Tiempos De Comida: FCSEC-UdeM						
Factores	Nunca	1-2 / semana	3-4 / semana	5-6 / semana	Diario	Total
Acostumbras desayunar	2.1	4.3	9.6	11.7	72.3	100%
Acostumbras comer	0.0	3.2	8.5	11.7	76.6	100%
Acostumbras cenar	0.0	2.1	2.1	8.5	87.2	100%
Acostumbras realizar 3 comidas	2.1	6.4	14.9	23.4	53.2	100%

CIMEC


 **ICSa-UAEH:** los resultados descriptivos de este instrumento (Tabla 7), mostraron que 3.8% sentía malestar con su imagen corporal, 2.5% la influencia de mensajes verbales relacionados con el peso y la comida, y el 2.3% la influencia de modelos sociales promovidos por la cultura de la delgadez, “siempre”. A pesar de que la categoría de respuesta “a veces” implica un menor riesgo, un buen porcentaje de alumnos (64.6%), mencionó sentir la influencia de modelos sociales en esta muestra.

Tabla 7. Distribución Porcentual del Instrumento				
CIMEC: ICSa-UAEH				
Factores	No nunca	Sí, a veces	Sí, siempre	Total
Malestar con la imagen corporal	54.6	41.5	3.8	100%
Influencia de la publicidad	77.1	21.8	1.1	100%
Influencia de mensajes verbales	62.2	35.2	2.5	100%
Influencia de modelos sociales	33.1	64.6	2.3	100%
Influenc. de Situaciones sociales	64.6	33.8	1.6	100%




 **FCSEC-UdeM:** en esta facultad (Tabla 8), se encontró que el 3.3% siente malestar con su imagen corporal siempre, al igual que el 2.1% señala la influencia de situaciones sociales. Entre valores más sobresalientes se encontró que el 15.1% y 16.1% siempre siente la influencia de mensajes verbales e influencia de modelos sociales, respectivamente. Además este último factor obtuvo una prevalencia importante en la opción de respuesta “a veces” (75.3%).

Tabla 8. Distribución Porcentual del Instrumento CIMEC: FCSEC-UdeM (%)				
Factores	No nunca	Sí, a veces	Sí, siempre	Total
Malestar con la imagen corporal	43.5	53.3	3.3	100%
Influencia de la publicidad	78.5	21.5	0.0	100%
Influencia de mensajes verbales	35.5	49.5	15.1	100%
Influencia de modelos sociales	8.6	75.3	16.1	100%
Influenc. de Situaciones Sociales	43.6	54.3	2.1	100%

EFRATA

Para el análisis de este instrumento se sumaron las opciones respuesta “muy frecuentemente” y “siempre”, por cuestiones de practicidad y en virtud de que ambas son consideradas categorías de riesgo.

 **ICSa-UAEH:** entre los valores que sobresalen en el análisis de este instrumento (Tabla 9), se encontró que el 1.2% come por compensación psicología siempre. Por otro lado, en el factor conducta alimentaria normal se encontró que 48.4% la práctica a veces, 34.1% frecuentemente y sólo el 13.1% muy frecuentemente/siempre.


 **FCSEC-UdeM:** las proporciones que más llamaron la atención resultantes de este instrumento (Tabla 10), fueron las siguientes: 4.3% practica conductas alimentarias compulsivas, 2.2% siente preocupación por su peso y la comida y 5.4% practica

conductas alimentarias por compensación psicológica, todas muy frecuentemente/siempre. Por otro lado, el 57.1% de esta muestra refirió practicar una conducta alimentaria normal frecuentemente/siempre y 36.4% frecuentemente.

Tabla 9. Distribución Porcentual del Instrumento EFRATA: ICSa-UAEH					
Factores	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuente y siempre	Total
Conducta alimentaria compulsiva	78.5	18.9	1.7	0.8	100%
Preocupación por el peso y la comida	67.7	28.2	3.6	0.5	100%
Conducta alimentaria normal	4.5	48.4	34.1	13.1	100%
Dieta crónica y restrictiva	87.6	10.7	1.4	0.2	100%
Conducta alimentaria por compensación psicológica	75.6	21.2	2.0	1.2	100%

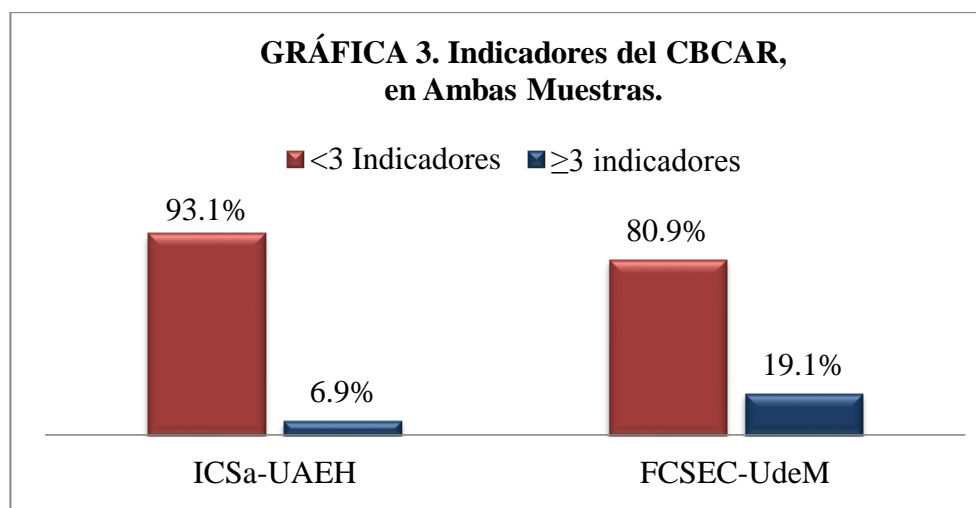
Tabla 10. Distribución Porcentual del Instrumento EFRATA FCSEC-UdeM					
Factores	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuente y siempre	Total
Conducta alimentaria compulsiva	43.5	41.3	10.9	4.3	100%
Preocupación por el peso y la comida	33.3	52.7	11.8	2.2	100%
Conducta alimentaria normal	1.1	5.4	36.4	57.1	100%
Dieta crónica y restrictiva	66.7	30.1	2.2	1.1	100%
Conducta alimentaria por compensación psicológica	31.9	45.7	17.0	5.4	100%

CBCAR

 **ICSa-UAEH:** en este instituto se encontró (gráfica 3), que 93.1% de los alumnos tuvo menos de tres indicadores de riesgo (<3 indicadores) asociados a TCA, mientras que el

6.9% presentó más de tres indicadores (≥ 3 indicadores), aumentando la posibilidad de llegar a padecer un TCA.

 **FCSEC-UdeM:** se encontró con ≥ 3 indicadores el 6.9% el ICSa-UAEH el 19.1%.



Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal


 **ICSa-UAEH:** de acuerdo con este instrumento (Tabla 11), el 4.0% de esta muestra con mucha frecuencia ha interiorizado (factor 1) el modelo estético corporal delgado, mientras en el factor 2 “creencias”, la prevalencia fue de 1.5% en la categoría de respuesta con mucha frecuencia. En la antepenúltima opción de respuesta “con frecuencia” las prevalencias fueron, 8.0% para el factor “interiorización y 5.6% para en el factor “creencias

Tabla 11. Distribución Porcentual del Instrumento: Cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal: ICSa-UAEH					
Factores	No nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Total
Interiorización	49.2	38.8	8.0	4.0	100%
Creencias	62.1	30.9	5.6	1.5	100%

FCSEC-UdeM: (Tabla 12), en el primer factor “interiorización”, la proporción fue de 13.5% mientras que para el segundo “creencias” fue de 2.2% en la categoría de respuesta “con mucha frecuencia”, Por otro lado, en la opción de respuesta “con frecuencia” las prevalencias fueron 29.2% para el “factor interiorización” y 16.9% para el “factor creencias”.

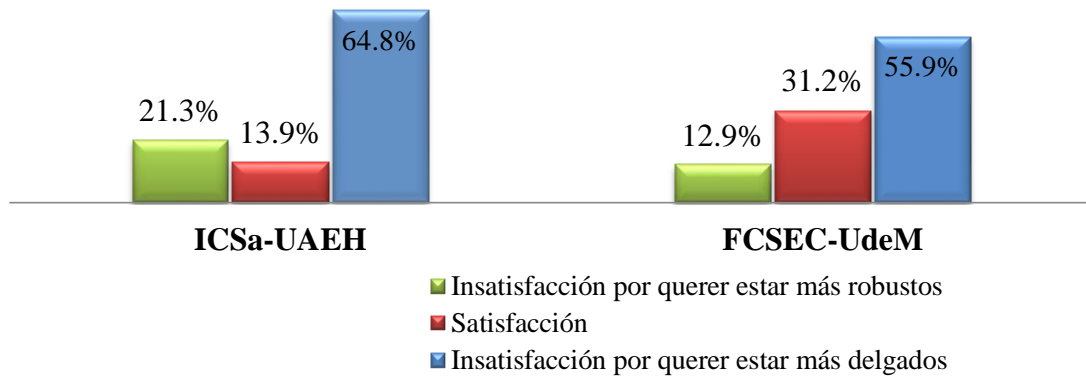
Tabla 12. Distribución Porcentual del Instrumento: Cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal: FCSEC-UdeM					
Factores	No nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Total
Interiorización	11.2	46.1	29.2	13.5	100%
Creencias	33.7	47.2	16.9	2.2	100%

Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal (Gráfica 4)

ICSa-UAEH: Para concluir con la descripción de los resultados de la muestra de este instituto, con respecto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se encontraron los siguientes datos: el 13.9% está satisfecho con su imagen corporal, 21.3% se encuentra insatisfecho en es sentido de estar más robusto, y finalmente el 64.8%, prevalencia más alta, se encuentra también insatisfecho pero en el sentido de querer estar más delgado.

FCSEC-UdeM: En esta facultad se encontró, que 31.2% se siente satisfecho con su imagen corporal, mientras que 12.9% señalo sentir insatisfacción por querer estar más robusto y 55,9% por anhelar ser más delgado.

Gráfica 4. Distribución Porcentual: Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal, en ambas muestras.



7.2 RESULTADOS COMPARATIVO

El estudio comparativo se realizó con dos submuestras: N=42 mujeres del ICSa-UAEH de entre 18 y 23 años de edad ($X^2=19.5$, $DE\pm 1.1$), y N=42 mujeres de la FCSEC-UdeM de entre 18 y 25 años ($X^2=20.7$, $DE\pm 2.7$). A continuación, se presentan exclusivamente las variables comparadas entre el ICSa-UAEH y la FCSEC-UdeM que resultaron estadísticamente significativas ($p>.05$).

Comparativo: Tiempos de comida

Con respecto a las variables tiempos de comida (Tabla 9), en la primera pregunta “¿acostumbras desayunar?”, en la opción de respuesta “diario”, las mujeres de FCSEC-UdeM (76.2%), obtuvieron porcentajes mayores que las mujeres de ICSa-UAEH (50%), al igual que en la pregunta “¿acostumbras realizar tres comidas al día?”, (ICSA-UAEH 31% y FCSEC-UdeM 47.6%). Por el otro extremo, en la opción de respuesta “nunca” únicamente se registraron valores, en las mujeres del ICSa-UAEH, notándose así mejores hábitos en las mujeres de FCSEC-UdeM. Las preguntas “¿acostumbras comer?” y “¿acostumbras cenar?”, no resultaron estadísticamente significativas ($p>.05$).

Tabla 13. Comparativo: Tiempos de Comida en Mujeres de Ambas Submuestras.							
		Nunca	1-2/ semana	3-4/ semana	5-6/ semana	Diario	Total
¿Acostumbras desayunar? ($X^2=13.2$, 4 gl, $P<.010$)	ICSA-UAEH	2.4	23.8	16.7	7.1	50.0	100%
	FCSEC-UdeM	0.0	2.4	7.1	14.3	76.2	100%
¿Acostumbras realizar 3 comidas? ($X^2=11.4$, 4 gl, $P<.022$)	ICSA-UAEH	11.9	19.0	26.2	11.9	31.0	100%
	FCSEC-UdeM	0.0	7.1	19.0	26.2	47.6	100%

Comparativo: CIMEC

De acuerdo al CIMEC (Tabla 10), en el factor “Influencia de Mensajes Verbales” el valor más alto en la opción de respuesta “si siempre” fue en la FCSEC-UdeM (19.5%), mientras que para el ICSa-UAEH se reportó 2.4%. En el factor “Influencia de Modelos Sociales” nuevamente la FCSEC-UdeM (22.0%), obtuvo la proporción más alta para esta misma opción de respuesta (siempre). Finalmente, sólo las mujeres de ICSa-UAEH (4.8%), siempre sienten influenciadas por situaciones sociales relacionadas con el comer. Los factores “Malestar con la imagen corporal” e “influencia de la publicidad”, no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 14. Comparativo: Instrumento CIMEC en Mujeres de Ambas Submuestras.					
		No nunca	Si a veces	Si, siempre	Total
Influencia de Mensajes Verbales ($X^2=7.316$, 2 gl, $P<.026$)	ICSa-UAEH	50.0	47.6	2.4	100%
	FCSEC-UdeM	31.7	48.8	19.5	100%
Influencia de Modelos Sociales ($X^2=7.510$, 2 gl, $P<.023$)	ICSa-UAEH	21.4	73.8	4.8	100%
	FCSEC-UdeM	7.3	70.7	22.0	100%
Influencia de Situaciones Sociales ($X^2=6.086$, 2 gl, $P<.048$)	ICSa-UAEH	61.9	33.3	4.8	100%
	FCSEC-UdeM	42.9	57.1	0.0	100%

Comparativo: EFRATA

En cuanto al instrumento EFRATA (Tabla 11), El 73.8% de la FCSEC-UdeM reportó “nunca” recurrir a una “conducta alimentaria compulsiva” mientras que en el ICSa-UAEH

la proporción fue de 42.5%. Por el otro extremo 2.4% y 7.5%, respectivamente, si recurren a ella “muy frecuentemente/siempre”. Más de la mitad de las mujeres de la FCSEC-UdeM (58.5%), reportaron tener una “conducta alimentaria normal” muy “frecuente y/o siempre”, mientras que las mujeres del ICSa-UAEH apenas un 11.3%; en estas últimas los porcentajes más altos se distribuyen entre las opciones de respuesta “a veces” y “frecuentemente”. Finalmente, casi el 60% de las jóvenes del ICSa-UAEH, “nunca” practican conductas alimentarias por compensación psicológica” comparado con el 31.0 % de las mujeres de FCSEC-UdeM que tampoco las hacen. El 2.4% del ICSa-UAEH y el 9.5% de la FCSEC-UdeM, se encontró en las opciones de respuesta que indican un riesgo: “muy frecuentemente/siempre”, siendo más alto en las segundas. Los factores “preocupación por el peso y la comida” y “dieta crónica y restrictiva” no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 15. Comparativo: Instrumento EFRATA, en Mujeres de Ambas Submuestras.						
		Nunca	A veces	Frecuente mente	Muy Frecuente y Siempre	Total
Conducta Alimentaria Compulsiva ($X^2=8.8$, 3 gl, $P<.032$)	ICSa-UAEH	73.8	21.4	2.4	2.4	100%
	FCSEC-UdeM	42.5	40.0	10.0	7.5	100%
Conducta Alimentaria Normal ($X^2=25.8$, 3 gl, $P<.000$)	ICSa-UAEH	0.0	42.9	45.2	11.9	100%
	FCSEC-UdeM	0.0	4.9	36.6	58.5	100%
Conducta alimentaria por compensación psicológica ($X^2=9.8$, 3 gl $P<.020$)	ICSa-UAEH	64.3	26.2	7.1	2.4	100%
	FCSEC-UdeM	31.0	45.2	14.3	9.5	100%

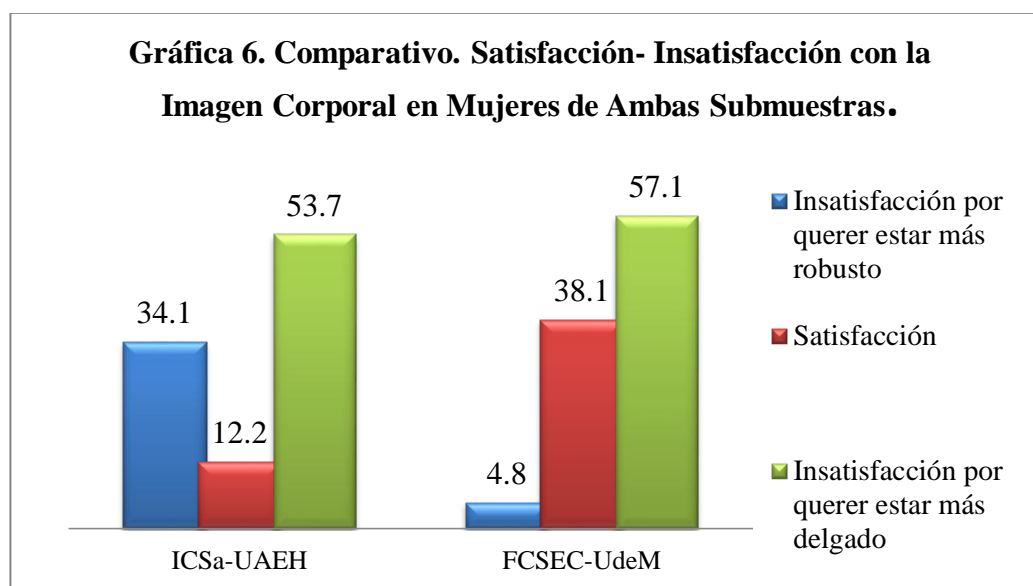
Comparativo: CBCAR

En relación al CBCAR, de los 3 factores que lo conforman, únicamente se encontró uno con significancia estadística ya que los factores “medidas compensatorias” y

“restricción”, no lo fueron. En este único factor “Atracón-purga” (Tabla 12), la submuestra de la FCSEC-UdeM obtuvo una proporción mayor (4.8%), que las jóvenes del ICSa-UAEH (2.4%), en la categoría de respuesta “con frecuencia”, lo mismo ocurrió en todas las categorías de respuesta restantes, con valores mayores para la FCSEC-UdeM. En la última opción de respuesta “con mucha frecuencia”, no se registraron valores.

Tabla 16. Comparativo: Instrumento Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, en Mujeres de Ambas Submuestras.						
		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Total
Atracón ($X^2=9.743$, 2 gl, $P<.008$)	ICSa-UAEH	85.7	11.9	2.4	0.0	100%
	FCSEC-UdeM	54.8	40.5	4.8	0.0	100%

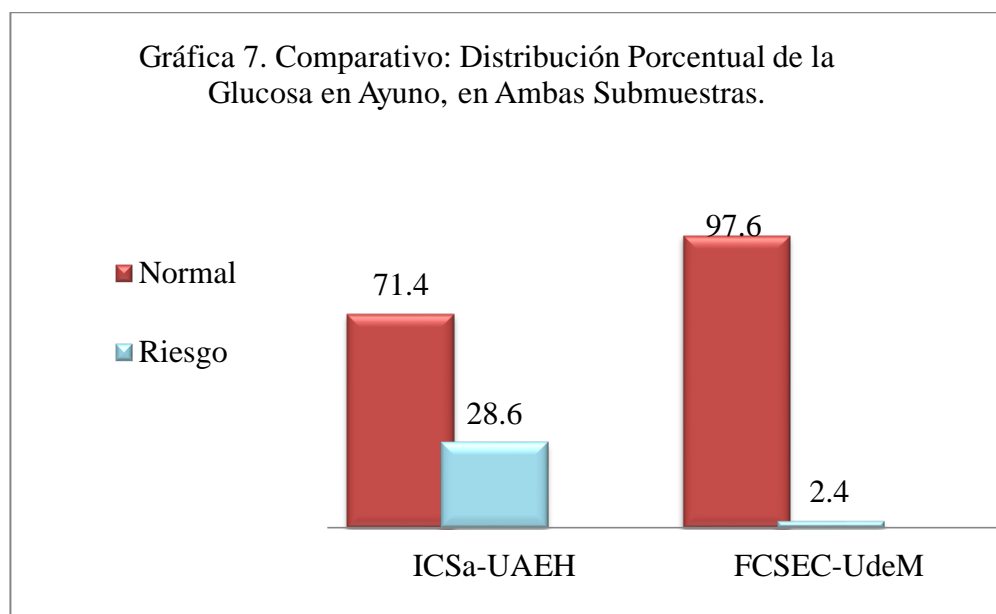
Comparativo: Satisfacción-Insatisfacción



En la Gráfica 6, se puede apreciar que el 38.1% de la mujeres de la FCSEC-UdeM manifestaron estar satisfechas con su imagen corporal, mientras que las jóvenes del ICsA-UAEH reportaron una proporción menor (12.2%). En el sentido de insatisfacción por querer estar más gruesas, los valores fueron 4.8% para la FCSEC-UdeM y 34.1% para la ICsA-UAEH ($X^2=14.839$, 2 gl, $P<.001$). Finalmente en aquellas que deseaban un cuerpo más delgado, las proporciones fueron similares para las dos instituciones (53.7% ICsA-UAEH y 57.1% FCSEC-UdeM).

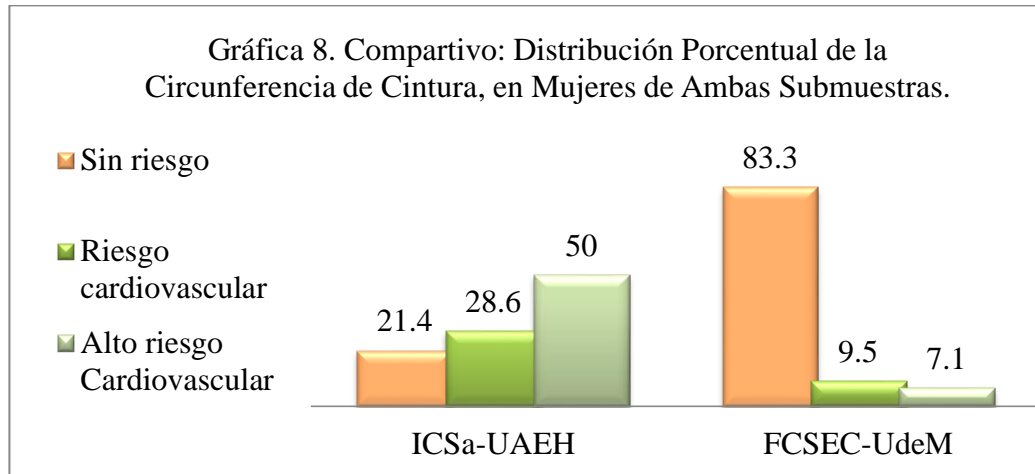
Comparativo: Glucosa en ayuno

Continuando con el comparativo, ahora con la variable glucosa en ayuno (Gráfica 7.); La mayoría de las mujeres (97.6%) de la FCSEC-UdeM se clasificaron con valores de glucosa en sangre “normal” (<100 mg/dl), mientras que en el ICsA-UAEH se encontró una proporción de 71.4%. En la clasificación de “riesgo” (100-125 mg/dl), se encontró una proporción de mujeres de 28.6% en el ICsA-UAEH mientras que para la FCSEC-UdeM fue de tan sólo 2.4%. No se reportó ninguna mujer clasificada con “riesgo alto” en ninguna muestra. (≥ 126 mg/dl.). ($X^2=11.012$, 1gl, $P<.001$.)



Comparativo: circunferencia de cintura

De acuerdo a la gráfica 8, el 83.3% de la mujeres de la FCSEC-UdeM se clasificaron con una circunferencia de cintura <80 es decir, “sin riesgo” de presentar problemas cardiovasculares, mientras que en las mujeres de ICSa-UAEH se encontró 21.4%. De las mujeres que fueron clasificadas “con riesgo” (circunferencia de cintura ≥ 80), se reporto un valor de 9.5% de las mujeres canadienses, mientras que para la muestra de ICSa-UAEH fue de 28.6%. Finalmente el 7.1% de la FCSEC-UdeM y el 50% del ICSA-UAEH, fueron clasificadas con “alto riesgo” (≥ 88). ($X^2=32.864$, 2 gl, $P<.000$).



Comparativo: Presión Arterial Diastólica

La tabla 13, muestra los resultados de la toma de presión arterial Diastólica (PAD), ya que la presión Sistólica no fue estadísticamente significativa. En la FCSEC-UdeM se encontró a más del 80% de la muestra en la normalidad ($\leq 120/80$ mmHg), y a 14.3% clasificada con “pre hipertensión” (preHTA) (120-139/80-89 mmHg), mientras que en el ICSa-UAEH se encontró a 45.2% normales y 47.6% con “preHTA”. Las mujeres clasificadas con presión “alta” ($\geq 140/90$ mmHg) fueron 4.8% de la FCSEC-UdeM y 7.1% del ICSa-UAEH.

Tabla 17. Comparativo: Presión Arterial Diastólica, en Mujeres de Ambas Submuestras.

		Normal	PreHTA	Alta	Total
PA Diastólica $X^2=11.984, 2$ gl, $P<.002$	ICSa-UAEH	45.2	47.6	7.1	100%
	FCSEC-UdeM	81.0	14.3	4.8	100%

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

8.1. MUESTRA GENERAL ETAPA 1 (ICSA-UAEH)

Dentro de los cambios observados en el modelo tradicional de distribución de las comidas, de acuerdo con diversos estudios⁽¹⁰²⁻¹⁰⁴⁾, lo más destacable actualmente es la tendencia a la desaparición del desayuno, idea que confirma este estudio en la muestra del ICSa-UAEH, ya que menos de la mitad (48.0%) desayuna diariamente, y el 7.2% nunca lo hace. Además sólo una tercera parte (32.3%), tiene por costumbre realizar por lo menos tres tiempos de comida diariamente, todos los demás lo hacen de manera irregular. En relación a esto, se ha documentado que estas prácticas acarrearán una menor ingesta de nutrientes y períodos de ayuno prolongados, asociadas a un menor rendimiento físico e intelectual⁽¹⁰⁴⁾. Por otro lado, la comida parece ser más importante, o tal vez la consecuencia de omitir el desayuno, puesto que 82.2% lo hace diariamente. Mientras que la cena es acostumbrada diariamente por el 45.6% de los alumnos de esta muestra y el resto lo hace de manera irregular, hábito que también ha alcanzado popularidad entre la población, realizado en muchas ocasiones con el propósito de controlar el peso^(28, 103).

Otra consecuencia de saltarse tiempos de comida, además del bajo rendimiento académico es la obesidad, que puede tener su origen en prácticas dietéticas como estas. La ganancia de peso puede depender de la distribución de los sustratos energéticos en la dieta y en la frecuencia de esta, que impactan sobre el metabolismo, el apetito y la respuesta del sistema nervioso simpático, y por lo tanto en el balance energético del peso corporal.

Existe una relación entre la omisión de tiempos de comida y la obesidad, ya que muchas veces, el consumo de alimentos densamente energéticos, baratos y accesibles, son la mejor oferta para remplazar parcial o totalmente algún tiempo de comida, especialmente el desayuno. De acuerdo con Lozada y colaboradores⁽¹⁰⁵⁾, se han identificado nuevos patrones dietarios entre los adolescentes mexicanos, dónde se ha podido notar el abandono de alimentos culturales, basados en cereales con abundante fibra, habitualmente preparados en casa, para intercambiarlos por alimentos altamente procesados como, bebidas azucaradas, harinas refinadas y alimentos densos en energía (aquellos que proporcionan

muchas calorías por porción, frecuentemente altos en azúcar y grasa), y bajos en micronutrientes, es decir los llamados “occidentales”, adquiridos en tiendas o comercios, que junto con la disminución de la actividad física son responsables parciales del sobrepeso y la obesidad⁽¹⁰⁶⁾.

Por otro lado, la eliminación de cualquier tiempo de comida con la finalidad de controlar peso, ha sido considerada como una CAR. De acuerdo a la ENSANUT-2006, 3.2% adolescentes y jóvenes en México la practican, como parte de dietas restrictivas que incluyen periodos de ayuno⁽⁵⁾.

. De acuerdo al instrumento EFRATA, en esta muestra se encontraron prevalencias bajas de CAR, inclusive en el factor “dieta cónica y restrictiva”, sin embargo el factor “conducta alimentaria normal”, confirma lo que se ha ido tratando en los párrafos anteriores, un comportamiento dietético no recomendado, en donde únicamente el 13.1% de toda la muestra del ICSa-UAEH, afirma que “siempre” o al menos “muy frecuentemente”, cuida que su dieta sea nutritiva y que sus comidas contengan fibra y verdura, y que procura mejorar sus hábitos alimentarios, mientras que prácticamente la mitad (48.4%), lo hace tan sólo “a veces”.

El segundo, instrumento que midió CAR fue el CBCAR. Herramienta que ha sido usada en numerosos estudios de investigación^(14, 15, 85-88), constituido por tres factores: “Atracón” “medidas compensatorias” y “restricción⁽⁸⁵⁾”. Los valores obtenidos en los tres factores fueron bajos en esta muestra, por lo que se omiten los cuadros en este escrito. En cuanto a los “indicadores” de riesgo, el 6.9% declaró practicar al menos tres CAR. De acuerdo a la investigación de Barriguete y colaboradores⁽¹⁰⁷⁾, realizado en 25, 166 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, de ambos sexos, obtenidos de la encuesta nacional ENSANUT-2006, reportó una prevalencia menor, siendo de 0.7% con tres o más CAR, valor que queda muy corto al de esta muestra, sin embargo en la Encuesta sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol en la población estudiantil de Distrito Federal⁽²⁷⁾, se encontró 9.6% en mujeres y 3.8% en hombres con por lo menos tres indicadores en la medición del 2003, cifras más concordantes a los presentados en este

estudio. De acuerdo a Unikel en el 2010⁽⁸⁷⁾, las diferencias existentes de prevalencias de CAR por localidad y región se debe a que las metodologías muchas veces son diferentes, por lo que las comparaciones resultan difíciles de realizarse.

En el análisis de los factores socioculturales, de acuerdo al CIMEC, los factores 2 (influencia de la publicidad) y 5 (Influencia de situaciones sociales), obtuvieron una prevalencia baja, mientras que la más alta de todos los factores fue de 3.8%, que “siempre” siente Malestar con su Imagen Corporal (MIC). De acuerdo a una investigación realizada en la capital de Hidalgo, en estudiantes de entre 16-23 años de una universidad privada⁽⁵⁵⁾, para este mismo factor y misma categoría de respuesta, se encontró una prevalencia de 5.0%, valor ligeramente mayor en comparación al de esta muestra, lo cual puede deberse a que se trata de estudiantes de una institución privada, quienes en algunas otras investigaciones^(27, 35) son quienes han presentado mayor prevalencia de FR asociados a TCA.

En el factor Influencia de Mensajes Verbales (IMV), se encontró que 2.5% de los estudiantes de esta muestra siempre la percibe, resultado mayor al reportado por una universidad privada en Hidalgo (1.0%)⁽⁵⁵⁾. Cabe recordar ante estos valores, que el peligro es que los mensajes emitidos a través de artículos, reportajes, anuncios y hasta conversaciones relacionadas al peso y la figura pueden llegar a generar presión en quienes no cumplen con el estándar corporal ideal, propiciando o fortaleciendo el malestar e insatisfacción con la imagen corporal^(48, 55). Sumado a esto, la imposición de modelos sociales, a través de modas de vestir y exhibición de figuras “atractivas”, como estrellas del cine, de la música y los deportes, a menudo son admirados e imitados en el anhelo por encontrar identidad, adquiriendo así actitudes lipofóbicas características de lo TCA. Precisamente en este factor Influencia de Modelos Sociales (IMS), se encontró una prevalencia de 2.3% en la opción de respuesta “siempre”, lo que nos refiere a la existencia de riesgo, y aún más notorio fue el 64.6%, que al menos “a veces” relata tenerla; valores que fueron similares a los de la universidad privada en Hidalgo⁽⁵⁵⁾ (“siempre”=5.0%, “a veces”=64.0%).

Toda esta presión sociocultural ha favorecido la interiorización de una figura delgada entendiendo que el ser delgado es un sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad en el caso de las mujeres, de mayor control y de mayor autoestima, de ahí la importancia de medirla^(14, 84). De esta manera en el Factor 1 “interiorización”, del Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal, se encontró que 4.0% con mucha frecuencia refiere la adopción de persecución del ideal de belleza de una figura delgada como meta primordial en la vida, y que 1.5% con mucha frecuencia comparten “creencias” (factor 2) y comportamientos relacionados con el peso corporal “aceptado” socialmente como un intento de pertenencia.

De acuerdo a Saucedo-Molina y colaboradores⁽¹⁴⁾, los sujetos con sobrepeso y obesidad además de ser los que con mayor frecuencia presentan CAR, son los que también registran una mayor interiorización de una figura delgada. Además en los últimos años la prevalencia de sobrepeso y obesidad⁽⁵⁾ en el adulto ha aumentado 12%, y el problema es igualmente alarmante en niños y adolescentes, por lo tanto la prevención y el control a nivel poblacional, es uno de los grandes retos de la salud pública.

Al analizar la distribución del IMC, se encontró en esta muestra (ICSA-UAEH), una prevalencia de sobrepeso de 21.2%, la cual se parece mucho a la reportada en Hidalgo (22.6%), por la ENSANUT-2006, en población de 12-19 años⁽⁷⁹⁾. Mientras que para la categoría obesidad fue apenas un punto menor aproximadamente (6.1%), en comparación con la estatal (7.2%). Al contrastarlo con información obtenida en el 2007 en estudiantes del ICSa de primer semestre⁽⁸⁹⁾, se encontró una prevalencia de sobrepeso de 24.7% y de obesidad de 5.2%, es decir, el sobrepeso disminuyó 3.5%, pero la obesidad aumento casi 1.0%, sin embargo esta última se realizó en una muestra a conveniencia de 347 sujetos, por lo que hay tomar con precaución la comparación. Lo que es claro es que el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud real a nivel nacional y estos resultados tienen relevancia en relación a los TCA, ya que de acuerdo a lo propuesto por algunos autores^(14, 15, 55, 71), la distancia entre el peso corporal real y el ideal, promueve insatisfacción corporal y la práctica de conductas alimentarias con el propósito de bajar de peso principalmente en aquellas personas que han interiorizado el ideal estético de delgadez.

Al mismo tiempo, la insatisfacción se retroalimenta constantemente con el estrés experimentado al enfrentar situaciones que cuestionan el propio cuerpo, con el deseo de igualarse a modelos sociales delgados o musculosos promovidos por los medios masivos de comunicación. Lo que podría explicar el 86% de esta muestra que se encontró insatisfecho con su imagen corporal (64.8% de los alumnos por estar más delgados y 21.3% por ser más robustos). Al comparar estos resultados con los de Zaragoza, en el 2008⁽⁵⁵⁾ en una institución privada en Hidalgo, en donde el 77% estaba insatisfecho con su imagen corporal (48% por querer estar más delgados y 29% más robustos), se puede notar una superioridad de insatisfacción en la muestra ICSa-UAEH, especialmente por el anhelo de la delgadez. Por otro lado, al realizar la comparación de resultados, ahora con los de Saucedo- Molina y colaboradores, en el 2010⁽¹⁵⁾, en estudiantes de primer ingreso de ICSa se encontró 78% de insatisfacción corporal (53.2% más delgados y 26.6% más robustos), valores que también son menores a los obtenidos en esta investigación, en esta muestra representativa del (ICSa-UAEH).

Ante esta situación, se sugiere que la insatisfacción con la imagen corporal se vuelve cada vez más común entre esta población, por lo que cabe recordar la estrecha relación que esta tiene, tanto con la influencia de factores socioculturales como con el IMC, especialmente en sujetos con sobrepeso y obesidad, quienes además de practicar más CAR, presentan las prevalencias de interiorización más altas⁽¹⁴⁾, pudiendo presentar a largo plazo algunos de los TCA como diagnóstico final.

Para concluir con el análisis, fue evidente que en esta muestra (ICSa-UAEH), existe una importante omisión de tiempos de comida, y una conducta alimentaria normal recomendada bastante pobre, razón que podría justificar parcialmente los valores de sobrepeso y obesidad, que coinciden muy bien con la prevalencia estatal, lo cual evidencia el problema de salud pública en México acerca de esta condición mórbida. De la misma manera la influencia de los factores socioculturales se vieron presentes en valores moderados en esta muestra, prevalencias que coincidieron con lo reportado en estudios previos, lo cual reafirma la evidencia de que es una realidad, que el medio social en el cual

se desenvuelven estos estudiantes impacta y ejerce presión y estrés en relación al cuerpo ideal. De esta manera el valor de insatisfacción con la imagen corporal por anhelar estar más delgado fue de casi 65% de la muestra general, valor que por si mismo es importante y razonablemente peligroso, además de que en comparación con otros estudios realizados en Hidalgo en diferentes muestras, fue proporcionalmente más alto.

8.2. MUESTRA GENERAL FCSEC- UdeM: ETAPA 2

Canadá es uno de los países más desarrollados del mundo, con uno de los más altos estándares de vida, económica y políticamente estable y con una fuerza laboral bien educada y capacitada. Es el segundo país más grande del mundo, con casi 10 millones de km²; ocupa sólo el puesto 36 en términos de población y el resultado de menor densidad de población ha creado mejores condiciones socio-económicas, de la salud, culturales, y de patrones de preferencias de los consumidores⁽¹⁰⁸⁾. Tiene dos idiomas oficiales: el francés e inglés. Según el Censo de 2006, el 58% de la población habla el inglés, el 22,1% francés, y el 17% de los canadienses pueden mantener una conversación en los dos idiomas. La ciudad de Moncton, perteneciente a la provincia de Nouveau-Brunswick, es oficialmente bilingüe, y la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Moncton, (FCSEC-UdM), de la cual trata este análisis, tiene como lengua oficial el idioma francés.

Según los datos obtenidos en esta muestra, comenzando con la variable tiempos de comida, se encontró que más del 70% acostumbra desayunar y comer diariamente, y casi un 90% cenar, también diariamente, prevalencias que reflejan mejores hábitos alimenticios en esta muestra. En relación al desayuno, de acuerdo con Daigle y colaboradores⁽¹⁰⁹⁾, del 62 al 69% de los alumnos de una muestra de jóvenes de entre 19-22 años de la Universidad de Moncton, acostumbra desayunar diariamente, coincidiendo con los resultados de la presente investigación (72.3%). En contraparte, de acuerdo a la encuesta sobre la salud de las comunidades Canadienses⁽¹¹⁰⁾ (l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC) – Nutrition, 2004), diseñada para recopilar información sobre los hábitos alimentarios de su población, casi el 10% de los canadienses declararon no haber desayunado el día anterior a la entrevista. De la misma manera, el gobierno de Canadá ha reportado que la población joven, tienden a saltarse el desayuno con más frecuencia⁽¹¹¹⁾, hecho que fue confirmado en esta muestra ya que 27.7% no lo lleva a cabo de manera cotidiana

Por otra parte, únicamente el 53.2%, de los alumnos que participaron, realiza tres tiempos de comida al día, cada día. En relación a este resultado y de acuerdo con un estudio

hecho en 94 sujetos de entre 19 y 22 años del primer año de la Universidad de Moncton⁽¹⁰⁹⁾, publicado en el 2008, aquellos que si acostumbran consumir tres comidas al día, cada día fueron el 67.0% en la primera de sus mediciones (al principio del trimestre) y de 90.0% en la segunda ocasión (al final del trimestre); de esta manera, la proporción obtenida de la FCSEC-UdeM (53.2%), realizada aproximadamente al principio del semestre, difiere únicamente por 13.8%, de la obtenida en el 2008, por supuesto comparada con la primera medición de esa investigación (67%).

Hoy en día, la sociedad se ha favorecido con una importante y variada oferta de alimentos. Normalmente el desarrollo económico de un país se acompaña de un incremento en la disponibilidad alimentaria y por lo tanto la eliminación progresiva de las carencias alimentarias, mejorándose así el estado nutricional general de la población. Asimismo la población cada vez se sensibiliza más, frente a la necesidad y el deseo de mantener la salud y la importancia de la dieta y los buenos hábitos alimentarios, sin embargo la selección de alimentos, la frecuencia de las comidas y el tipo de preparación culinaria, aun siguen siendo un reto de la educación para salud, ya que el progreso también conduce a cambios cualitativos en la producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos^(108, 110). Aunado a todo esto, la preocupación por cuánto, qué o por qué se come está influenciada por la industria del adelgazamiento: alimentos dietéticos, productos reductores y gimnasios e infinidad de publicidad⁽⁴⁸⁾, lo que aumenta presión para ajustarse a los estereotipos sociales, en compañía de estrategias nocivas para mantener o alcanzar la delgadez.

El término “Infoteniimiento” es un término de moda en estos días. Una mezcla de información y entretenimiento, aunque los cálculos varían entre regiones y culturas, estudios revelan que como promedio los niños y niñas del mundo desarrollado pasan cerca de seis horas al día frente a la televisión o la pantalla de una computadora. La industria del entretenimiento e internet ofrecen una variedad casi infinita de actividades y usa el modelo estético corporal delgado, como parte de sus campañas promocionales; ideales culturales peligrosos y poco realistas sobre la delgadez, con un exceso de énfasis en la importancia de la apariencia, que se han filtrado en la población infantil y juvenil. De acuerdo al análisis de

los factores del instrumento CIMEC, 3.3% siempre siente malestar con su imagen corporal, 15% influencia de mensajes verbales y 16% influencia de modelos sociales.

Además, las presiones sociales de los medios de comunicación, familiares y colegas, alentan hacia las comparaciones sociales y a la internalización de un ideal de delgadez; en esta muestra se encontró que 13.5%, con “mucha frecuencia” ha interiorizado (Factor 1) este modelo, y que el 2.2% cree y considera que el aspecto físico es importante para sentirse valiosa, femenina y aceptada (factor 2, creencias), según cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.

En consecuencia a este ambiente social, se ha documentado la gran vulnerabilidad que generan la promoción del modelo corporal ideal para practicar CAR, pues se invita y recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez, tomando con mayor fuerza las conductas compensatorias y el rechazo a los alimentos, generando más estrés y ansiedad^(4, 10, 48, 112), por empatar con tal modelo.

Así, los jóvenes, particularmente mujeres, a menudo se sienten insatisfechos con su peso corporal y el tamaño de su cuerpo, recurriendo a conductas peligrosas para perder peso, afectando su bienestar y desarrollo⁽¹¹³⁾. Entre las CAR más comunes para mantener o bajar de peso se encuentra el seguimiento de dietas restringidas y crónicas, ayunos, omisión de comidas, atracones, sensación de falta de control, comer en forma compulsiva, ejercicio excesivo, consumo de pastillas para adelgazar, diuréticos, laxantes, enemas, supositorios y lavativas⁽³²⁾. Cuando se revisaron los resultados del CBCAR, una buena proporción (19%) declaró practicar al menos tres de estas conductas (\geq indicadores); mientras que, de acuerdo al EFRATA, 4.3% tuvo una “conducta alimentaria compulsiva” y 5.4% “come por compensación psicológica”, muy frecuentemente o siempre.

Continuando con el análisis de resultados de la muestra de la FCSEC-UdeM, según la distribución del IMC, 6.5% fueron clasificados con obesidad. Dato que concuerda con Healthy Settings for Young People in Canada, la cual reportó una prevalencia de 6% en adolescentes de entre 11-15 años de edad. Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso en

esta facultad fue de 18%. De acuerdo con información de un subconjunto de 10 países en desarrollo, en mujeres de entre 15 y 19 años, del 21 al 36% presentó sobrepeso⁽¹¹⁴⁾, valor 3.0% más alto (en relación al límite inferior) al reportado en la FCSEC-UdeM (18%), tomando en consideración que en esta muestra se consideraron ambos sexos.

Un dato más, que apoya los resultados encontrados en la FCSEC-UdeM es la reportada en el informe “Curbing Childhood Obesity”, con una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 29%⁽¹¹⁵⁾ en hombres y mujeres de entre 12 y 17 años mientras que en la FCSEC-UdeM fue de 24.5%, valor ligeramente más bajo, considerando que las edades con las que se trabajaron en esta investigación fueron mayores.⁽¹¹⁶⁾

En muchas ocasiones el monitoreo y la regulación a través de prácticas sanas de control de peso, son apropiadas para personas con obesidad o sobrepeso. Sin embargo, el extremo control, puede conducir a pensamientos insanos, que logran afectarles de forma negativa, física y mental. Por ejemplo, existen jóvenes, que aun con peso normal, desean bajar más de peso. De acuerdo a la Encuesta “Canadian Report on the 2009/10 Health Behaviour in School-aged Children (hBSC) study, realizada en adolescentes de 11 a 15 años, sólo dos tercios de los jóvenes con peso normal, piensa que su peso es adecuado⁽¹¹⁵⁾. Por otro lado en un estudio realizado en adolescentes de 24 países y regiones de Europa, Canadá, y USA, se encontró que la insatisfacción corporal fue mucho más común en jóvenes más grandes de edad, en comparación con los más jóvenes, y preferentemente en el género femenino⁽¹¹⁷⁾. En este contexto, los resultados de esta muestra (FCSEC-UdeM), en relación a la distribución del IMC, muestran que el 74% se clasificó con peso normal, sin embargo, el análisis de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal reporta que del total de la muestra, sólo el 31.2% estaba satisfecho con ella, es decir que 68.8% se encontraba insatisfecho (55.9% por querer estar más delgados, y 12.9% desean ser más robustos). Por lo que a simple vista se puede notar que esta relación peso normal-satisfacción no siempre es verdad, idea que confirman este estudio de investigación. Esta situación puede tener impacto en el bienestar emocional, ya que según el reporte The Health of Canada’s Young People: a mental health focus, en adolescentes de 11-15 años, que los niveles más altos de bienestar emocional estaban en los jóvenes que NO se

encontraban haciendo nada para tratar bajar de peso (35%), en comparación con el 21% que reportaron los que estaban tratando de perder peso de alguna manera, es decir 14% más bienestar emocional en los primeros⁽¹¹⁸⁾. No obstante, es verdad que aún existe un enlace entre el peso corporal recomendado y la salud mental, ya que las personas que no tienen un peso normal por exceso, es decir con sobrepeso u obesidad, se enfrentan con numerosos aspectos sociales, prejuicios y sesgos, que pueden impactar en la salud mental, como la insatisfacción con el propio cuerpo (pensando, por ejemplo, que se es demasiado “gordo”)⁽¹¹⁸⁾.

Finalmente, debe resaltarse que en la FCSEC-UdeM, se encontraron pruebas de que un buen porcentaje de esta muestra tiene de buenos hábitos alimentarios, por ejemplo la prevalencia en el factor conducta alimentaria normal del instrumento EFRATA, el cual incluye acciones como: el cuidar que la dieta sea nutritiva, que las comidas contengan fibra y verdura, y que en general se procure mejorar los hábitos alimentarios, reveló, que casi el 60% de los alumnos la práctica muy frecuentemente o siempre. Asimismo, los resultados de la evaluación de las variables tiempos de comida, mostraron que más del 70% acostumbra desayunar, comer y cenar diariamente. Este hecho concuerda con el Consejo Canadiense de Alimentación y Nutrición, que reportó que los canadienses tienen un buen nivel de información sobre hábitos dietéticos recomendados, en especial los residentes de Ontario y de la costa atlántica del país, en la que se encuentra localizada la provincia New Brunswick y de la que forma parte la ciudad de Moncton, colocando a las mujeres con una calificación mayor que los hombres, en particular sobre el rol de la grasa, fibra y colesterol en los alimentos⁽¹⁰⁸⁾.

De acuerdo a Freeman, 2011⁽¹¹⁸⁾, las conductas de vida saludables están conectadas con la salud mental, notándose mejores resultados en los jóvenes que dedican tiempo a la actividad física y procuran consumir frutas y verduras; y con peores resultados reportados para quienes presentan una vida sedentaria, consumo de refrescos azucarados y comidas en restaurantes de comida rápida, de ahí que el mejor camino se apoye las decisiones y el esfuerzo individual que representa aprender y mantener estilos de vida saludables.

8.3 COMPARATIVO: ETAPA 3

El propósito de esta tercera y última etapa fue la descripción y comparación de factores de riesgo asociados a TCA de dos poblaciones diferentes, acción que se realizó en dos submuestras integradas por 42 mujeres universitarias cada una, obtenidas de las muestras generales del ICSa-UAEH y la FCSEC-UdeM, respectivamente. En los siguientes párrafos se describen solamente los resultados, con significancia estadística ($p < .05$), que surgieron de éste comparativo.

Resulta interesante evaluar, analizar y comparar factores de riesgo como las CAR, la insatisfacción corporal, la interiorización del ideal de belleza, el IMC y el papel de la influencia sociocultural que contribuyen con el desarrollo de TCA, especialmente en el género femenino, pues en infinidad de investigaciones han mostrado ser las más sensibles a padecerlas ^(4, 14, 87, 107).

La cultura occidental se ha constituido como un escenario vulnerable para el desarrollo de los TCA⁽⁹⁾; valores y creencias que se han extendido de manera rápida, cómo la instauración del modelo corporal ideal delgado, lo cual ha sido posible en gran medida por los medios de comunicación. Se estima como ejemplo, que aproximadamente un cuarto de los 6.800 millones de habitantes del mundo tiene acceso a la internet y el 86% puede conectarse a las redes de comunicaciones a través de aparatos móviles⁽¹¹³⁾, actividades desmesuradamente populares sobre todo en la población joven. Es así como el potencial de los medios electrónicos y la naturaleza ilimitada de la nueva tecnología, los coloca como excelentes exportadores del intercambio de valores culturales, no obstante estos pueden llegar a ser perjudiciales para la juventud vulnerable.

Las dos pequeñas submuestras de mujeres universitarias consideradas en este estudio de investigación, a pesar de provenir de países con amplias diferencias, pertenecen a esta cultura occidental. Mujeres jóvenes, de edades que representan una etapa de la vida llena de oportunidades, idealismo y promesas; pues es durante estos años que ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y comienzan a

participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. Por lo tanto, la forma en que ven y asumen aspectos como la educación y el cuidado de la salud, será de vital importancia por el resto de su vida, por ejemplo el conocimiento y la práctica de buenos hábitos de alimentación⁽¹¹³⁾.

Comenzando con el análisis de la variable tiempos de comida, se halló que sólo la mitad de las jóvenes del ICSa-UAEH desayuna diariamente (50.0%), valor considerablemente menor al de las mujeres de la FCSEC-UdeM con 76.2%. No obstante, esta última cifra dista sólo un poco del resultado obtenido en un estudio, antes mencionado, efectuado en 94 sujetos, también de la Universidad de Moncton⁽¹⁰⁹⁾ de diversos programas de estudio, en donde se encontró que entre el 62-69% acostumbraba desayunar diariamente, apoyando los resultados de esta investigación. Vale la pena también, reflexionar sobre la omisión del desayuno en ambas muestras, ya que el 27.8% de la FCSEC-UdeM, no lo realiza tal y como lo recomienda la guía alimentaria canadiense de hacerlo diariamente, mientras que en el ICSa-UAEH, se puede observar que esta práctica es una situación verdaderamente preocupante.

Llama la atención también, que, cuando se les preguntó con qué frecuencia acostumbraban realizar tres comida al día, el 31.0% de la submuestra del ICSa-UAEH respondió hacerlo diariamente mientras que en la FCSEC-UdeM fue el 47.6%. A pesar de que la proporción fue mayor para las canadienses, los resultados no demostraron un buen hábito de alimentación en ninguna de las dos submuestras. En México esta conducta ya ha sido encontrada en algunos otros estudios^(28, 103), por ejemplo en una investigación realizada en adolescentes de entre 11 y 15 años en Hidalgo⁽²⁸⁾ se encontró que únicamente el 36% de las mujeres realizaban sus tres tiempos de comida siempre; coincidiendo en cierta forma con los datos obtenidos en el ICSa-UAEH (31.0%), a pesar que son edades más cortas; intuyéndose así, que se trata de conductas que comienzan en edades tempranas y que se arrastran a través de los años.

Con la intención de justificar o al menos comprender la omisión de comidas, en especial el desayuno se sabe que frecuentemente los hábitos alimentarios tienden a

modificarse en la juventud por diferentes factores, relacionados estrechamente con los diversos cambios biopsicosociales característicos de esta época, como la mayor libertad para escoger sus alimentos, gracias a que empieza a disponer de cierta autonomía económica, brindándoles acceso a restaurantes de comida rápida, baratos, atractivos y muy promocionados por la publicidad, ligada además con la búsqueda de su propia identidad y la disminución de la influencia de los padres; el ajuste de horarios escolares, que suelen orillarlos a comer fuera de casa, y finalmente la necesidad de pertenecer e identificarse con las costumbres y modas de su propia generación⁽¹⁰³⁾. Sin olvidar, además que es en esta época de la vida cuando aumentan las presiones académicas, enfrentándose a nuevos retos, y experimentando mayor estrés, que en muchas ocasiones repercuten sobre sus hábitos alimentarios⁽¹⁰⁹⁾.

Se ha propuesto también, que en muchas ocasiones un factor determinante de hábitos alimentarios inadecuados es el desconocimiento de lo que se considera adecuado. Sin embargo acorde con el Consejo Canadiense de Alimentación y Nutrición⁽¹¹⁰⁾, en población adulta, se reportó que los canadienses tienen un buen nivel de información sobre hábitos dietéticos recomendados, incluyendo la importancia del desayuno y de no saltarse las comidas, especialmente en la costa atlántica del país, zona en la que se encuentra localizada la ciudad de Moncton, colocando a las mujeres con una calificación mayor que los hombres. En este mismo documento se identificó también, que las personas de tercera edad (>65 años), representan el grupo de edad menos informado junto con los jóvenes menores de 25 años, justificando de alguna manera los resultados en las chicas de la FCSEC-UdeM, mismas que demostraron mejores hábitos alimenticios en las variables de tiempos de comida en comparación con las mexicanas, pero no así en su país y región, siendo consideradas, según el Consejo Canadiense de Alimentación y Nutrición como parte uno de los grupos de edad menos informados sobre estilos de vida saludable.

De esta manera, la orientación alimentaria, como parte de la educación para la salud es empleada popularmente por los sistemas de salud para brindar a la población, justamente información sobre opciones prácticas, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a las necesidades y posibilidades y promover así el mejoramiento del

estado de nutrición y la prevención de problemas de salud relacionados con la alimentación⁽⁷⁶⁾. Aunque no hay que olvidar que, la vida agitada y el cambio de roles e ideales de progreso de las sociedad modernas, también juegan un papel determinante en relación a esta. Por ejemplo, de acuerdo al Instituto para la Investigación de Políticas Públicas de Canadá, el aumento de las responsabilidades profesionales, especialmente en las personas con mayor educación, ha generado “falta de tiempo”⁽¹⁰⁸⁾, lo cual ha contribuido al desapego de hábitos saludables de alimentación que involucran la forma, momento y orden en que se ingieren los alimentos, como el establecimiento de horarios comida y la correcta selección de alimentos, puesto que la falta de tiempo hace que los consumidores busquen maneras de hacer más fácil y rápida la elección y el consumo de estos; posibles estilos de vida de las futuras profesionistas, actuales estudiantes en las universidades. Cabe destacar, que en ambos institutos las proporción de mujeres es mucho mayor que la de los varones (70% ICSa-UAEH y 88% FCSEC-UdeM), razón por las cual, las submuestras están constituidas exclusivamente por mujeres.

Retomando esta última idea, si bien se trata de institutos con carreras que atraen a la población femenina, a nivel mundial se ha podido notar el énfasis hacia la igualdad de género, y la mayor participación de ellas en casi todos los ámbitos, con evidentes logros educativos y aumento de poder económico; no obstante, muchas veces este beneficio es contrarrestado con toda clase de exigencias, a nivel familiar, intelectual, laboral y hasta de apariencia física, con modelos bien establecidos para ser imitados, esquemas que se asocian a los TCA. Datos históricos revelan que las primeras descripciones de la AN, se publicaron en Europa en la década de 1870, época marcada por radicales y perturbadores cambios en los roles sociales, producidos por la industrialización y el movimiento naciente de la mujer⁽⁴⁾.

Ante esto, las teóricas feministas, han propuesto que las normas de apariencia (cada vez menos realistas), son vehículos de opresión creciente, en el afán de ser alcanzados, que estimulan la insatisfacción corporal y los comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso. De esta manera, al analizar los resultados de las prevalencias de las CAR, en los dos factores del EFRATA que resultaron con significancia estadística: conducta alimentaria compulsiva (CAC) y conducta alimentaria por compensación

psicológica (CACP), los valores fueron notablemente más altos en la FCSEC-UdeM (CAC=7.5% y CACP= 9.5%), en comparación con los del ICSa-UAEH (2.4% para ambos factores), en las opciones de respuesta sumadas, “muy frecuentemente y siempre”. De la misma manera en el factor “conducta alimentaria normal”, las proporciones de las canadienses fueron mayores, sin embargo este factor va dirigido a evaluar conductas positivas (como el cuidado de una dieta sana), por lo tanto fueron las canadienses quienes presentaron resultados más saludables.

Por otro lado de acuerdo al CBCAR las prevalencias de CAR fueron de cero en la opción de respuesta “siempre” para ambas muestras en el factor Atracción-Purga, mientras que en la opción de respuesta contraria “nunca” la proporción de mujeres en el ICSa-UAEH fue de 85.5% y la de la FCSEC-UdeM de 54.8%. Lo que significó que las canadienses presentan mayores porcentajes en las opciones “a veces” y “con frecuencia” (40.5% y 4.8% respectivamente), que las mexicanas (11.9% y 2.4%, respectivamente).

Ahora bien, la convicción de practicar una dieta correcta debería estar influenciada por los beneficios que esta trae en relación a la salud^(74, 76), aunque también puede ser el resultado de la fuerte presión social por estar delgado y el temor fóbico a engordar, característicos de estratos socioeconómicos altos y de sociedades occidentalizadas e industrializadas, creadoras de la lipofobia. En ella los individuos son evaluados y medidos en gran manera por el aspecto físico (apariencia, dimensiones y proporciones corporales), influidos por la industria y los medios de comunicación que promueven un estereotipo corporal ultra delgado para mujeres y musculoso para los varones, no por razones de salud, sino usado como sinónimo de belleza, libertad, control sobre sí mismo y éxito profesional, social e incluso sexual^(30, 35, 48).

En México, ya se ha documentado la adopción de la figura corporal ideal occidental, mostrando una gran influencia sobre la insatisfacción corporal y actitudes más negativas hacia el sobrepeso y la obesidad^(11, 14, 15, 84). Al analizar los resultados de CIMEC en ambas submuestras, se encontró que la influencia de mensajes verbales, (a cerca del peso, las calorías y la silueta, provenientes de artículos y reportajes de revistas, anuncios, libros, y

hasta de conversaciones y comentarios hechos en torno a estos) e influencia de modelos sociales, fue mayor en la FCSEC-UdeM (19.5% y 22% respectivamente), que en el ICsA-UAEH (2.4% y 4.8%). En el campo de los TCA se ha señalado frecuentemente, que las mujeres caucásicas son las de mayor riesgo, idea que se confirma con estas proporciones. La típica chica ideal blanca es descrita usualmente rubia, con cabello largo y voluminoso, alta, delgada y perfecta, tipo muñecas Barbie, para ser hermosas, modelo a seguir, impuesto a través de los medios masivos de comunicación y de la mercadotecnia desde hace ya mucho tiempo a nivel mundial ⁽³⁰⁾.

A pesar de que la submuestra del ICsA-UAEH, obtuvo proporciones más bajas en comparación con las jóvenes de la FCSEC-UdeM, se pudo percibir la existencia de los FR socioculturales. Ante esto debe considerarse que a pesar de que el modelo ideal de belleza blanca es difícil de alcanzar en su población, cuanto más para la población que genéticamente es diferente a ella: como por ejemplo, el color de los ojos (azules, verdes y mieles), cabello y piel; sin embargo, se ha notado la extensión, identificación e internalización de modelo, en culturas que transitan hacia occidentalización, a través de la creciente globalización. Inclusive, cabe mencionar que fueron las mexicanas fueron las únicas que reportaron valores en el factor 3, “influencia de situaciones sociales” relacionadas con el comer y la delgadez (4.8%).

En la década de los 90’s, se sabía que las mujeres hispanas estaban generalmente más satisfechas con sus cuerpos que las mujeres blancas, la evidencia reciente apunta que en los años 2000 las mujeres hispanas expresaban cada vez menos satisfacción⁽⁷⁴⁾. De acuerdo a los resultados de este estudio, en el ICsA-UAEH, el 87.8% de las mujeres de la submuestra esta insatisfecha con su cuerpo, y más de la mitad (53.7%), por ser delgadas. La proporción de insatisfacción que se halló en la FCSEC-UdeM, fue ligeramente menor (62%), sin embargo, el 57% lo esta por ser más delgadas. De este modo se puede notar una similitud en los valores de insatisfacción por el anhelo de la delgadez entre ambas submuestras.

Grabe y Hyde en el 2006⁽¹¹²⁾, llevaron a cabo un meta-análisis de 98 estudios que analizaron la insatisfacción corporal en mujeres estadounidenses de origen asiático, negro, hispano y blanco, y encontraron que las mujeres blancas estaban sólo un poco menos satisfechas que los otros grupos, señalando que los hallazgos desafiaban directamente la creencia de que hay grandes diferencias en la insatisfacción corporal entre blancas y todas las mujeres no blancas. En este caso en particular el valor de insatisfacción por ser delgadas fue apenas mayor para las jóvenes de Canadá, nacionalidad incluida dentro de las llamadas sociedades occidentales, históricamente más proclives a generar vulnerabilidad para el desarrollo de TCA⁽⁹⁾. De acuerdo a una investigación realizada en el 2001⁽²⁶⁾, entre mujeres canadienses e hindúes de 18 a 24 años, se concluyó que las mujeres de Canadá tienen una percepción más distorsionada del "nivel de grasa" que las hindúes, y sienten gran preocupación por la forma del abdomen, caderas y muslos (regiones del cuerpo que las pacientes con TCA, clasifican normalmente con sobrepeso o gran tamaño), apoyando la idea de que las canadienses en su preocupación el peso y la figura, se cuidan más.

En relación a las mexicanas, al revisar los resultados de una serie de estudios transculturales que se han hecho en México-España, se encontró que a pesar de que se presentaron porcentajes más altos de sintomatología de TCA en las españolas^(8, 73), las mujeres mexicanas, estaban muy preocupadas por su peso y con un gran anhelo por estar delgadas. Estudio que coincide con los presentes resultados.

Ante esto, se ha argumentado que las mujeres latinas, están tremendamente expuestas a imágenes delgadas a través de medios de comunicación, por ello se sugiere que el significado exacto del prototipo de delgadez idealizado en las culturas hispanas, puede ser más complejo que la mera adopción del modelo dominante de belleza de caucásico⁽⁷⁴⁾. De esta manera, al analizar los valores reportados en el sentido contrario de insatisfacción, al querer estar robusta, la proporción de mujeres mexicanas fue de 34.1% de la submuestra, mientras que en la FCSEC-UdeM fue de 4.8%, es muy posible que este anhelo tenga mucho más relación con el deseo de un cuerpo sensual con curvas o atlético con músculo, que con el deseo de estar simplemente más robustas a expensas de masa grasa.

A pesar del importantísimo FR que significa el sobrepeso y la obesidad, estudios nacionales e internacionales apoyan el concepto de que la gran mayoría de las jóvenes insatisfechas con sus cuerpos, pocas tienen en realidad sobrepeso⁽⁴⁴⁾, posible explicación a los interesantes valores de insatisfacción corporal por querer estar más delgadas de las jóvenes de ambas facultades.

En el análisis de la medida de circunferencia de cintura, que permite identificar obesidad abdominal relacionada con riesgo cardiovascular, las mexicanas presentaron las prevalencias más altas de riesgo, en comparación con las canadienses. Las mujeres del ICSA-UAEH reportaron 28.6% clasificadas en riesgo ($CC > \geq 80$ cm), y 50% en alto riesgo cardiovascular ($CC \geq 88$ cm), cifras verdaderamente alarmantes, en contraste con el 9.5% de las canadienses en riesgo ($CC > \geq 80$ cm) y el 7.1% en alto riesgo. Lo que podría explicar de alguna manera los altos valores de insatisfacción corporal entre las mexicanas. En el caso de las canadienses, vale la pena recordar que el mantener un perímetro de CC dentro de los límites recomendados, está ligado en gran medida a los hábitos alimentarios acostumbrados, y fue justamente la FCSEC-UdeM quien mostró en proporción, una mejor “conducta alimentaria normal” según la EFRATA, junto con una mayor frecuencia en los tiempos de comida (desayuno, comida y cena).

La obesidad abdominal, determinada a través de la medición de la CC, se considera un buen predictor de riesgo cardiovascular y metabólico, inclusive más fuerte que el que la obesidad estimada con base en el IMC, puesto que la obesidad abdominal permite identificar a los individuos que sin tener un IMC elevado, metabólicamente tienen las consecuencias del exceso de grasa. Estas consecuencias no sólo se refieren a las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden llegar a desarrollar, sino también a la insatisfacción corporal que esto les causa. En México se ha demostrado una elevada prevalencia de alteraciones metabólicas en niños y jóvenes del norte de México sin obesidad, por lo que es posible que exista la presencia de sujetos delgados pero metabólicamente obesos⁽¹¹⁹⁾. Reflexionando sobre los hallazgos en las estudiantes en las estudiantes del ICSa-UAEH, muy probablemente este sea el caso de algunas de ellas.

En un informe de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), se declaró que la obesidad es más común en gente de bajos recursos y de nivel educativo bajo. Afirmando que en varios de sus países miembros, las mujeres con menor educación tienen de 2 a 3 veces más probabilidades de tener sobrepeso que las más educadas, pero las disparidades para los hombres son más pequeñas o inexistentes⁽¹¹⁴⁾.

A pesar de que este estudio se realizó en universidades de estilo públicas de ambos países no se pueden negar la diferencia económica que existe entre estos dos. Tan sólo en 2005, la media del PIB de Canadá, fue casi 2.8 veces más alta que la de México. Canadá se ha destacado a nivel mundial por sus logros en los niveles de salud y en la protección financiera a la población. Es un país con abundantes recursos naturales, al igual que México, pero que ha superado con creces la economía basada en recursos para convertirse en una economía del conocimiento, acompañada de la alta tecnología. En los últimos años se ha enfatizado en el desarrollo del conocimiento, como una ventaja competitiva que se encarna, se crea, desarrolla y aplica en las personas⁽¹²⁰⁾. Es pues la educación un importante determinante social de la salud. Las personas con mayor nivel educativo tienden a ser más saludables que aquellos con uno menor, ya que el nivel de educación está estrechamente relacionado con otros factores sociales determinantes de la salud, tales como el nivel de ingresos, la seguridad del empleo, y las condiciones de trabajo y esto les permite ascender en la escala socioeconómica y tener acceso a una mejor calidad de vida⁽¹²¹⁾. A pesar de esto, los problemas de salud como los TCA, no sólo dependen del nivel de desarrollo de un país, sino que tienen su origen en el acumulo de una serie de FR, que rebasan por mucho el simple nivel económico.

Es importante, no minimizar lo que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública mundial. Mientras que los aumentos de peso eran benéficos para la salud y longevidad de nuestros ancestros, hoy en día un número alarmante de gente ha cruzado la línea a lo que se considera peligroso. Nuevamente, de acuerdo a la OCDE, hasta 1980, menos de 1 de cada 10 personas eran obesas, desde entonces, las tasas se han duplicado o triplicado dramáticamente, documentando que en casi la mitad de los países pertenecientes a ella, 1 de cada 2 personas es ahora considerada con sobrepeso u obesidad, de esta manera

si las tendencias recientes continúan, las proyecciones sugieren que más de 2 de cada 3 personas alcanzarán una u otra de estas categorías, en al menos algunos países de la OCDE, en los próximos 10 años⁽¹¹⁴⁾. Al mismo tiempo, la obesidad es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular isquémica, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y osteoartritis. Si bien estas son graves, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial. Cuestiones como la segregación familiar y social afecta la autoestima y promueve disconformidad con el propio cuerpo, a su vez, el tener obesidad en la infancia y adolescencia aumenta la probabilidad de serlo en la vida adulta, duplicándose el riesgo de padecer enfermedades crónicas en los que tuvieron exceso de peso en la niñez y aún más si éste se mantuvo durante la adolescencia⁽¹²²⁾.

Cabe destacar que desde el siglo XVIII se han ido incrementando la altura y el peso de la población, en gran medida a que el ingreso, educación y condiciones de vida han mejorado gradualmente, desafortunadamente junto a ellos se ha encontrado el aumento en el consumo de alimentos con alta densidad energética, característico de las sociedades occidentales, como embutidos, hamburguesas, papas fritas y en general comidas rápidas, relacionados estrechamente con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes y jóvenes. En un estudio realizado en Guadalajara, México en el 2007, se comprobó que la prevalencia de consumo de hamburguesas y embutidos en los adolescentes fue elevada en su mayoría, identificándose también bajo consumo de frutas y verduras, baja ingesta de calcio principalmente en mujeres, omisión de tiempos de comida y un elevado consumo de bebidas azucaradas, carbonatadas y/o embriagantes, entre otros⁽¹⁰³⁾.

Por otro lado el tipo de dieta de los países industrializados, como lo es Canadá, ha sido evaluada y catalogada como poco nutritiva en muchas ocasiones, haciendo mención a una vez más a la famosa comida rápida (fast food), con abundantes alimentos de alta densidad energética, bajos en fibra y micronutrientes. De esta manera, de acuerdo con la Encuesta sobre la salud de las comunidades Canadienses, 2004, de la ingesta calórica total de un día de los adolescentes de entre 14 y 18 años, el 25% provenía de la categoría "otros alimentos" encabezando la lista de los más consumido, las bebidas sin alcohol, seguido de

aderezos para ensaladas, azúcares, jarabes, conservas, cerveza, aceites y grasas, alimentos con alto contenido de azúcar y grasa, por lo que no es de extrañarse el alto porcentaje de calorías que aportan a la dieta⁽¹¹⁰⁾.

El tema del consumo de azúcar y grasa se ha abordado actualmente de manera masiva, mostrando a la población las posibles consecuencias en su abuso. Al revisar los resultados de la medición de colesterol y glucosa en ayuno, únicamente se encontraron resultados estadísticamente significativos en este último, identificándose en el ICSa-UAEH al 28.6% que de acuerdo a sus niveles de glucosa en sangre se encuentra en riesgo, es decir dentro del punto de corte de prediabetes (>100-125 mg/dl). Mientras que en la submuestra de la FCSEC-UdeM se encontró una proporción de 2.4%, en esta misma situación. Afortunadamente en ninguna de las submuestras se encontró a ninguna persona con punto de corte >126 mg/dl, criterio diagnóstico de Diabetes tipo 2.

En el análisis de la presión arterial (PA), sólo fue estadísticamente significativa la presión arterial diastólica. La cual, corresponde al valor mínimo de la PA, cuando el corazón está entre latidos cardiacos y depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica, que se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias, es decir el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso. En la muestra del ICSa-UAEH se encontró 47.6% con prehipertensión-diastólica (pre-HAD) y 7.1% con hipertensión arterial diastólica (HAD). A diferencia de la FCSEC-UdeM con valores menores, 14.3% con pre-HAD y 4.8% HAD.

Una HAD es, a cualquier edad, un marcador del aumento de resistencia vascular periférica (típico de la HTA idiopática en adolescentes y adultos jóvenes). Los casos de HAD e HTA-SD (sistólica-diastólica), constituyen en conjunto aproximadamente el 80% de la población hipertensa sin tratar de 18 a 49 años de edad. Por el contrario, la HAS, constituye aproximadamente el 80% de la población hipertensa sin tratar de más de 50 años de edad. En la década de los 90's, se consideró que la HAD, se trataba de una enfermedad benigna sin importancia clínica. Tiempo después, se demostró que la HAD de nueva aparición se desarrollaba principalmente a partir de una PA normal o normal- alta.

Posteriormente a través de un estudio de seguimiento de 10 años sugirió que el 82.5% de los participantes con HAD basal desarrollaron HTA-SD, durante los 10 años de seguimiento posteriores, lo que sugirió que la HAD era un precursor frecuente del desarrollo de la HAS y, por tanto, una enfermedad potencialmente no benigna. Además de la PA, los factores predictores de la HAD eran el aumento del IMC al inicio del estudio y el aumento de peso con el tiempo⁽¹²³⁾.

De esta manera, es probable que los altos valores de mujeres en riesgo y alto riesgo cardiovascular del ICSa-UAEH, según la CC, tengan estrecha relación con estos resultados especialmente con la preHTA, ya que la grasa del abdomen tiene que ver justamente con la HTA, infartos y diabetes tipo II. Por otro lado, los datos de la submuestra de la FCSSEC-UdeM coinciden con el reporte de 2007- 2009-Canadian Heart Health Surveys (CHHS)⁽¹²⁴⁾, en el grupo de edad de 20-30 años, reportando 14.5% con prehipertensión, pero menor en el reporte de la hipertensión (1.9%). La prevalencia en Hidalgo de HTA en la población de 20-39 años fue 7.4%, de acuerdo a la ENSANUT, dato que se confirma en este trabajo en la submuestra del ICSa-UAEH (7.1% con HAD). El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, la falta de actividad física y los hábitos de alimentación inadecuados, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de esta enfermedad, prácticas muy comunes entre los jóvenes y algunas de ellas expuestas en este trabajo de investigación; además de otros determinantes como la susceptibilidad genética y el estrés psicosocial.

IX. CONCLUSIONES.

En el análisis independiente de las muestras generales, comenzando con el ICsA-UAEH, y recordando que los datos pueden ser generalizados en esta, gracias a que se trata de una muestra representativa, los resultados coincidieron, la mayoría de las veces con estudios realizados tanto en el estado de Hidalgo, como en el DF, y aun con otros estados de la Republica Mexicana, además de encuestas nacionales. Quienes también han realizado la evaluación de FR asociados a TCA, y cuyos hallazgos apoyan y argumentan que el aumento de estos en México es una realidad, como la prevalencia de CAR, y los altos valores de insatisfacción corporal por anhelar estar más delgado encontrados en este estudio; además de la influencia de la cultura de la delgadez y lipofobia característicos de los TCA, y su interiorización, aunado a la realidad del sobrepeso y obesidad; y sobretodo la necesidad de conocimiento y educación en materia de nutrición y salud, que incluyan la práctica de buenos hábitos de alimentación para la selección, preparación y consumo de alimentos a la población en general en tempranas etapas de la vida.

En la muestra de la FCSEC-UdeM, se hallaron conductas alimentarias mucho más apegadas a recomendaciones nutricias, como menor omisión de tiempos de comida y la búsqueda de una buena dieta. A pesar de ello también se encontraron prevalencias de CAR con proporciones dignas de valorar, como la conducta alimentaria compulsiva y la conducta alimentaria por compensación psicológica; además, de acuerdo al CBCAR, casi el 20% de la muestra se encuentra en riesgo, al identificarse la práctica de tres o más indicadores de riesgo.

Por otro lado, en el análisis de la influencia de factores socioculturales, se reconocieron dos de ellos con datos sobresalientes, la influencia de modelos sociales y de mensajes relacionados con el peso y la figura; Se encontró también evidencia de la interiorización del modelo estético corporal delgado en casi 14%, junto con una alta prevalencia de insatisfacción corporal por querer estar más delgados, en más de mitad de la muestra de este facultad. Y finalmente, los valores de sobrepeso y obesidad coincidieron con lo reportado en encuestas de salud canadienses, las cuales consideran que su población

presenta altas prevalencias de acuerdo a los reportes del gobierno, tal y como ocurre a nivel mundial con la epidemia del sobrepeso y la obesidad.

La hipótesis de investigación planteada en este trabajo de investigación, fue conocer si los estudiantes de la FCSEC-UdeM presentaban más FR asociados a TCA que los estudiantes del ICSa-UAEH. Para lo cual fue realizado un análisis comparativo en dos submuestras, integradas con alumnas en riesgo clasificadas a través de los indicadores del CBCAR y alumnas sin riesgo; de esta manera el análisis estadístico mostró aquellos factores estadísticamente significativos, mismos que fueron usados para la comparación.

De este modo a manera de respuesta ante esta hipótesis, en el ICSa-UAEH existió mayor omisión de tiempos de comida que en la FCSEC-UdeM, un alejamiento mucho más evidente de la conducta alimentaria normal o esperada, es decir una proporción menor cuida que su dieta sea nutritiva e intenta mejorar sus hábitos alimentarios. Ellas presentan prevalencias más elevadas de sobrepeso de acuerdo al IMC y muy superiores de obesidad abdominal de acuerdo a la CC, que las jóvenes de Canadá, lo cual las coloca en riesgo y alto riesgo cardiovascular, considerablemente relacionado con la HTA, en donde los valores también fueron altos y superiores, especialmente en la categoría pre-HTA.

De manera inversa las estudiantes de la submuestra de la FCSEC-UdeM, reportaron menor omisión de tiempos de comida, apreciando más el desayuno y mostrando una mejor conducta alimentaria nutricional; no obstante demostraron prevalencias más altas de CAR, de influencia sociocultural en especial de “modelos sociales” impuestos y una prevalencia ligeramente mayor de insatisfacción corporal por anhelar ser más delgadas que las jóvenes mexicanas, a pesar de mostrar menor prevalencia de sobrepeso y de obesidad abdominal según los puntos de corte de la CC.

Como dato relevante la insatisfacción por el anhelo de ser delgada fue muy similar en ambas submuestras, sólo ligeramente más alta en la FCSEC-UdeM, como ya se menciona. Confirmando la idea que las presiones socioculturales sobre la apariencia, física y la imagen corporal, impactan en las adolescentes y jóvenes de todo el mundo como

consecuencia de una cultura más global en todos los contextos sociales, aun en grupos étnicos diferentes a los caucásicos.

Los patrones y tendencias en el consumo de alimentos en el mundo son diferentes, sin embargo siempre se ve una doble carga, por un lado la pobreza, menor educación y la falta de disponibilidad alimentaria y por el otro, el desarrollo económico que se acompaña de un incremento y de vez en cuando, hasta exceso, en la disponibilidad y consumo de alimentos, que puede eliminar carencias y mejorar el estado nutricional, pero que también puede dar como resultado mayores prevalencias de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. De esta manera se puede notar que muchas de las diferencias entre las submuestras se fundamentan en el ambiente social y cultural en el que se desenvuelven. Por un lado Canadá que como país desarrollado, presume los resultados de su economía y educación con un mejor cuidado de la salud, pero por otro una mayor presión social y lipofobia que los torna más vulnerables al desarrollo de TCA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica los siguientes factores que afectan la salud: ingreso económico y condición social, apoyo social, educación, tipo y condiciones de trabajo, medio físico en el que se vive, hábitos personales de salud y habilidad para controlarlos, la biología y herencia genética, una infancia sana y los servicios médicos disponibles. Situaciones que evidentemente tienen relación directa con la economía y desarrollo del país. La práctica de un mejor cuidado de la salud, es el reto de cualquier país, pues incluye más que una sola acción, el verdadero significado de preocuparse por sí mismo, física y emocionalmente, cuidar lo que se come, hacer actividad física, aprender a manejar el estrés y evitar hábitos dañinos, como fumar⁽¹²⁵⁾.

De esta manera, los TCA deben ser entendidos dentro del contexto socio-cultural, y para avanzar en su comprensión es necesario ampliar la visión a una perspectiva más social-psicológica. Ante esta situación es necesaria la identificación y evaluación de factores y valores culturales que los hacen diferentes como países. Los investigadores en esta área se han dado a la tarea de revisar enfoques en la literatura especializada al tratamiento de las personas que sufren algún TCA, y se apoyan de la experiencia y de los

conocimientos científicos acumulados a lo largo de los años en diversos entornos internacionales, para integrarlos a la propia experiencia nacional, e incrementar la calidad de la atención que merecen los pacientes afectados con estas patologías y sobre todo para el desarrollo e implantación de programas de prevención, punto crítico, en el que se encuentra México⁽⁶²⁾. Enseñando a construir y mantener, buenas y abiertas líneas de comunicación entre progenitores, docentes y niños, que puedan asegurar que los jóvenes reciban la orientación adecuada cuando se incorporan a esta vasta red de información y experiencia, que brindan los medios de comunicación. Construyendo una imagen corporal más saludable como factor protector, con implicaciones en la prevención primaria y secundaria, enseñando a través del uso de técnicas de persuasión similares a las utilizadas por la industria, lo cual requiere inversión⁽¹¹³⁾.

Se ha recocado que los sistemas alimentarios, las pautas de comercialización y los estilos de vida personales deben evolucionar de manera que faciliten a las personas la elección de formas de vivir más saludables y de tipos de alimentos que les reporten los mayores beneficios para la salud. Lo cual requiere de políticas legislativas, reguladoras y fiscales de apoyo para la creación de entornos favorables, tal y como lo sugieren las universidades promotoras de salud, ya que si no hay un contexto propicio, las posibilidades de cambio serían mínimas. De acuerdo con la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud⁽⁶⁸⁾, las Instituciones de Educación Superior deben revisar sus propios sistemas, procesos y cultura internos y su influencia sobre la salud y bienestar individual y organizacional y asumir la responsabilidad de contribuir a mejorar la salud y bienestar de la sociedad en general.

Por lo tanto, lo ideal es crear ambientes que no sólo promuevan sino que además apoyen y protejan la vida saludable, al permitir por ejemplo ir en bicicleta o caminando al trabajo o la escuela, el acceso a los alimentos, comprar frutas y verduras frescas, contar con espacios y horarios para comer en los lugares de trabajo y de estudio, como las escuelas⁽¹⁰⁶⁾. Se dispone ya, de un gran número de pruebas científicas contundentes de que los hábitos alimentarios y el grado de actividad física no sólo influyen en el estado de salud del momento sino que también determinan el riesgo de que un individuo padezca enfermedades

crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, enfermedades que siguen siendo las causas principales de muerte prematura y discapacidad en los países industrializados y en la mayoría de los países en desarrollo.

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda la evaluación de FR asociados a TCA en una muestra representativa de la FCSEC-UdeM, para que de esta forma los datos puedan ser generalizados en toda su población; ya que afortunadamente en el ICSa-UAEH esto si fue posible.

Debido a que la muestra de la FCSEC-UdeM fue una muestra de tipo autoseleccionada (a consecuencia de la baja participación de los alumnos de este instituto) y la del ICSa-UAEH probabilística, se recomienda tener precaución en la interpretación de los resultados en el comparativo.

A lo largo de este trabajo se ha descrito, una menor omisión de tiempos de comida en la FCSEC-UdeM, lo que posiblemente tenga relación, con los espacios y horarios establecidos y dedicados para el consumo de alimentos. Por lo que cabe mencionar el gran beneficio que trae consigo la creación de ambientes saludables que apoyen y fomenten el cuidado de la salud. Por ejemplo la hora del lunch, tiempo de comida que frecuentemente llega cuando los estudiantes y trabajadores de la FCSEC-UdeM están en sus tareas académicas y laborales; el cual es valorado y respetado por prácticamente todos en esta universidad.

Por tanto, se recomienda a las autoridades correspondientes del ICSa de la misma UAEH, considerar la creación de horarios fijos y apartados con el propósito de dar a los tiempos de comida su valor, contemplando los horarios de clase y las actividades de los trabajadores; lo que podría llegar a ser una forma práctica de animar al personal y alumnado a ser disciplinados en estas conductas. Tal y como lo asumen las Universidades promotoras de la salud, fomentando el compromiso de actuar en las instituciones para provocar cambios necesarios, a través de una mejor comprensión de las problemáticas de salud y bienestar de estudiantes, funcionarios y autoridades. Adoptando procesos participativos, colaborativos e incluyentes que sirvan para modificar y desafiar políticas, sistemas, procesos y prácticas que dificultan la creación de entornos saludables para

aprender, trabajar y vivir, comprometiendo a las personas de todos los niveles de la institución a participar en forma significativa⁽⁶⁸⁾.

Por último, se exhorta a ambas universidades, a continuar evaluando, analizando y disseminando resultados obtenidos de investigaciones como ésta. Fomentando así, la colaboración y trabajo en red de las Universidades Promotoras de la Salud/Instituciones de Educación Superior, demostrando el compromiso y el rol de liderazgo local, regional y global en promoción de la salud que desempeñan⁽⁶⁸⁾.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brumberg JJ. Fasting girls: The history of anorexia nervosa. New York: Vintage Books; 2000.
2. Gordon RA. Eating disorders east and west: a culture-bound syndrome unbound. In: Nasser M, Katzman M, Gordon RA, editors. Eating Disorders and Cultures in Transition. New York Taylor & Francis 2001. p. 1-16.
3. Guerrero D, Barjau R. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A, editor. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. España: Masson; 2003. p. 15-9.
4. Jung J, Forbes GB. Body dissatisfactions and disordered eating among college women in China, South Korea, and the United States: Contrasting predictions from sociocultural and feminist theories. *Psychology of Women Quarterly*. 2007;31:381-93.
5. Olaiz-Fernández G, Rivera-Donmarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
6. Chamorro R, Flores-Ortiz Y. Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American Women. *International Journal of Eating Disorders*. 2000;28(1):125-9.
7. DiccionarioDeTérminos. Aculturación. Centro Virtual Cervantes [updated Octubre 2011]; Disponible en : http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/aculturacion.htm.
8. Acosta García MV, Llopis Martín JM, Gómez PG, Pineda García G. Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *Intem Jour Psych Psychol Ther*. 2005;5(3):223-32.

9. Español N, De La Gándara J. Trastornos de la conducta alimentaria: Una visión transcultural en la postmodernidad *C Med Psicosom.* 2008;86/87:19-36.
10. Gupta M, Chaturvedi S, Chandara P, Johnson A. Weight-related body image concerns among 18±24-year-old women in Canada and India. An empirical comparative study. . *Journal of Psychosomatic Research.* 2001;50:193-8.
11. Bojorquez I, Unikel Santoncini C. Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review.* 2004;12:197-202.
12. Marques L, Alegria M, Becker AE, Chen C-n, Fang A, Chosak A, et al. Comparative Prevalence, Correlates of Impairment, and Service Utilization for Eating Disorders Across US Ethnic Groups: Implications for Reducing Ethnic Disparities in Health Care Access for Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2011;44:412-20.
13. Unikel SC, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental.* 2002;25:49-57.
14. Saucedo-Molina TdJ, Unikel-Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010a;33(1):11-9.
15. Saucedo-Molina TdJ, Peña IA, Fernández CTL, García RA, Jiménez BRE. 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.* 2010b:17-23.

16. Cachelin F, Striegel-Moore R. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with Eating Disorders. *int J Eat Disord*. 2006;39(2):154-61.
17. Soundy T, Lucas AR, Suman V, LJ 3rd Melton. Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from. *PsychologyMedicine*. 1995; 25(5):1065-71.
18. Hoeken D, Seidell J, Hoek H. Epidemiology. In: Treasuere J, U S, Furth E, editors. *Eating Disorders*. USA: John Wiley & Sons; 2003. p. 11-34.
19. Diez A, Soutullo C, Figueroa A. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia y trastornos no especificados. En: Ortuño SF, editor. *Lecciones de psiquiatria*. España: Médica Panamericana; 2010. p. 359-78.
20. Fundación Imagen Y Autoestima. España2008 [20//08/2010]; Disponible en: <http://www.f/ima.org/upload/documents/1/12.pdf>.
21. Peláez F, Labrador E, Raich E. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En: Mancilla DJ, editor. *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno; 2006. p. 89-118.
22. Government Of Canada. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada: Eating Disorders*. Minister of Public Works and Government Service Canada; 2006. p. 95-104.
23. Jones J, Bennett S, Olmsted M, Lawson M, Rodin G. Disorder eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Journal of Canadian Medical Association*. 2001;165(5):547-52.
24. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Dieting among preadolescents and young adolescents females. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(10):1559-61.

25. Medina-Mora M, Borges G, C L, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 26:1-16.
26. Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. 2008.
27. Unikel SC, Bojórquez L, Villatoro J, Fleiz C, Medina-Mora M. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997–2003. *Revista de Investigación clínica*. 2006;58(1):15-27.
28. Saucedo-Molina TdJ, Escamilla-Talón T, Portillo-Noriega I, Peña-Irecta A, Calderón-Ramos Z. 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*. 2008;3(60):231-40.
29. Jiménez-Valderrama RE. Distribución de las conductas alimentarias de riesgo y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes del primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo [Tesis para obtener el grado de Licenciado en Nutrición]. Pachuca, Hgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2007.
30. Gómez-Peresmitre G, Acosta G. Valoración de la delgadez. Estudio transcultural (México/España). *Psicothema* 2002;14(002):221-6.
31. Acosta GMV, Gómez-Peresmitre G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *RIPCS / IJCHP*. 2003;3(1):9-21.
32. AmericanPsychiatricAssociation. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV-R) México: Masson; 2001. p. 553-64.

33. Aranceta JB, Pérez CR. Antecedentes históricos y epidemiología nutricional de los trastornos alimentarios. En: Torre AMdl, editor. Nutrición y metabolismo en TCA. Barcelona: Glosa; 2004. p. 39-56.
34. García E. Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A, editor. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona, España: Masson; 2003. p. 21-30.
35. Chinchilla M. Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa: revisión histórica. En: Chinchilla M, editor. Trastornos de la conducta alimentaria. México: Masson; 2003. p. 1-13.
36. Costin C. Una alimentación trastornada, pasado y presente. México, D.F: Diana; 2001.
37. Velasco VJL, Martín dlTE. Clasificación de los trastornos de la alimentación. La obesidad como trastorno de la alimentación. En: Miján dlTA, editor. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 57-70.
38. Saucedo-Molina TdJ. Nutrición y alimentación del adolescente. Alimentación en el primer año, nutrición y alimentación el preescolar; del escolar y del adolescente. México ISSSTE: Colección Familia, Nutrición y Salud 1999. p. 55-80.
39. Toussaint-Martínez G, García-Aranda J. Desnutrición energético-proteínica. En: Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P, editores. Nutriología Médica. México: Médica Panamericana; 2008. p. 263-95.
40. Gómez-Candela C, Loria Kohen V, Castillo Rabaneda R, Rodríguez-Santos F. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, trastorno alimentario no especificado y trastorno por atracón. Pautas de intervención. En: Rodríguez-Santos F, Aranceta BJ, Serra ML, editores. Psicología y Nutrición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2008. p. 89-116.

41. Shebendach J, Reichert-Anderson P. Nutrición en los trastornos de la alimentación En: Mahan K, Escote-Stump S, editores. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10 ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2001.
42. Vázquez AR. Aspectos familiares en Bulimia y Anorexia Nervosa [Tesis para obtener el grado de Doctor]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 1997.
43. Avila-Rosas H, Caraveo-Enriquez V, Valdéz-Ramos R, Tejero-Barrera E. Evaluación del estado de nutrición. En: Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez Lizaur AB, Arroyo P, editores. Nutriología Médica México: Médica Panamericana; 2008. p. 747-83.
44. Mancilla DJM, Gómez-Peresmitré G, Rayon A, Franco P, AR V, López A, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: Mancilla D, editor. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. Edo. de México: Manual Moderno; 2006.
45. Unikel SC, Gómez-Peresmitré G. Validez de constructo de un instrumento para la detección temprana de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Salud Ment 2004;27:38-49.
46. León-Hernández RC, Gómez-Peresmitré G, Platas AS. Conductas Alimentarias de Riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. Salud Metal. 2008;31:447-52.
47. Jáuregui LI, Estébanez HS, Santiago FMJ. Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2008;58(3):280-5.
48. Toro J. Medios de Comunicación y trastornos del Comportamiento Alimentario En: Mancilla D, Gómez-Pérez-Mitré G, editores. Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. México: Manual Moderno.; 2006. p. 203-27.

49. Gowers SG, Green L. Eating Disorders and their management. In: Gowers SG, Green L, editors. *Eating Disorders Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. New York: Taylor and Francis; 2009. p. 3-18.
50. Sand R, Tricker J, Sherman C, Armatas C, Maschette W. Disordered eating patterns, body image, self esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*. 1997;21:159-66.
51. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estévez Jd, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*. 1999;41(6):479-86.
52. Saucedo-Molina TdJ, Gómez Pérez-Mitré G. Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2005;32(2):67-74.
53. Saucedo-Molina TdJ, Gómez Perez-Mirté G. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Re Psiquiatría Fac Med Barna*. 2004; 31(2):69-74.
54. De Zwaan M, Mitchell J, Seim H, Specker S, Pyle R, Raymond N, et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1994;15:43-52.
55. Zaragoza-Cortes J. Asociación de Impacto entre Factores Socioculturales, Insatisfacción Corporal, e Índice de Masa Corporal en Estudiantes Universitarios de una Institución Privada de Pachuca Hidalgo. [Tesis de Licenciatura]. Pachuca, Hgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2008.
56. Bruchon-Scheitzer M. *Psicología del cuerpo*. Biblioteca de Psicología. Barcelona: Herder; 1992.
57. Toro J. *El Cuerpo como Delito*. Editorial Martínez Roca: Barcelona, España; 2000. 1-65 p.

58. López J, Sallés N. Contextualización Historica. In: López J, Sallés N, editores. Prevensión de la Anorexia y la Bulimia. Valencia: Nau Llibres; 2005. p. 54-72.
59. Saucedo-Molina TdJ. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. [Tesis para obtener el grado de doctora en psicología.]. México DF: UNAM; 2003.
60. Gómez-Peresmitré G, Avila E. ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*. 1998;37-45.
61. Vázquez R, Alvarez G, Mancilla JM. Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*. 2000;23(6):18-24.
62. Sing Lee. Engaging Culture: An overdue task for Eating Disorders Research Culture, Medicine and Psychiatry. 2004;28:617-21.
63. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 1996.
64. Odena Güemes L. Obras escogidas de Guillermo Bonfil. ilustrada ed: Instituto Nacional Indigenista; 1995
65. The Anni EE, Casey Foundation, Red Por Los Derechos De La Infancia En México. Grandir en Amérique du Nort: Le Bien-être économique des enfans au Canada, aux États-Unis et au Mexique. In: Le Conseil Canadien De Développement Social, editor. 2008.
66. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(2):139-46.

67. Gallardo P, Martínez P. Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad saludable. 2005 [28/08/2010]; Disponible en: www.urjc.es/universidad_saludable/universidad_saludable/Promocion.
68. Universidades Promotoras De Salud. Carta de Edmonton. Para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior. Universidad de Alberta Canadá: Segundo Congreso Internacional de la Región de las Américas. Universidades Promotoras de Salud. , 2005.
69. Unikel SC, Caballero RA. Guía Clínica para los trastornos de la conducta alimentaria. En: Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME, editores. Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales: Instituto Nacional de Psiquiatría.; 2010.
70. Gómez-Peresmitré G, Pineda G, L'Esperance L, Hernández A, Platas A, León H. Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2002;19 (2):125-32.
71. Beltrán N, Cornejo B, B V, G H, Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal según el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en adolescentes. III Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia León, Guanajuato2006.
72. Bojorquez I. Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias en mujeres adolescentes mexicanas. y de la Salud [Tesis para obtener el grado de maestría en Ciencias Odontológicas]. México, DF: UNAM; 2004.
73. Mancilla-Díaz JM, Lameiras-Fernández M, Vázquez-Arévalo R, Alvarez- Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, et al. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2010;1:36-47.

74. Grogan S. Age, social class, ethnicity, and sexuality. In: Grogan S, editor. *Body Image Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Segunda ed. USA-Canada: Routledge; 2008. p. 136-90.
75. Morrow RA. Estudios culturales e identidad nacional de Canadá y México: Problema de comparación y colaboración. *Asociación Canadiense de Estudios Mexicanos Departamento de Sociología, Universidad de Alberta* 1996. p. 109-19.
76. Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Secretaría de Salud. México, (2005).
77. Ministry of Education Special Program. Teaching students with mental health disorders resources for teachers. *Eating Disorders*. 2000.
78. Mitchell S, Hynie M, Gray S. *Minding our Bodies: Eating Well For Mental Health*. Final Evaluation Report York Institute For Health Research, 2011.
79. Henry RM, Lazcano E, Hernández PB, Oropeza AC. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad Federativa, Hidalgo*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud; 2007.
80. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud*. Hoja del cálculo STEPS para el tamaño de la muestra. <http://www.who.int/chp/steps/resources/sampling/es/index.html>; [citado Febrero- 2010].
81. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación para la Salud*. Capítulo I. Título Segundo. Artículos 17 y 23. México: 1998.
82. Gómez-Pérez-Mitré G. *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios*. IN-305599 (PAPIT) UNAM. México: 2000.

83. Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 1994;89:147-51.
84. Unikel-Santoncini C, Juárez-García F, Gilda , Gómez-Peresmitré. Psychometric Properties of the Attitudes towards Body Figure Questionnaire in Mexican Female students and Patients with Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*. 2006;14:430-5.
85. Unikel SC, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Méx*. 2004;46(6):509-15.
86. Nuño-Gutiérrez BL, Celis-de la Rosa A, Unikel-Santoncini C. Prevalencia y factores de asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin*. 2009;61(4):286-93.
87. Unikel-Santoncini C, Nuño-Gutiérrez B, Celis-de la Rosa A, Saucedo-Molina TdJ, Trujillo CVEM, García-Castro F, et al. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Invest Clin*. 2010;62(5):424-32.
88. Altamirano MMB, Vizmanos LB, Unikel SC. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30(5):401-7.
89. Gómez-Peresmitré G, Saucedo-Molina TdJ, Unikel-Santoncini C. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud En: Calleja N, Gómez-Peresmitré G, editores. *Psicología social: Investigaciones y aplicaciones en México* 2001. p. 267-315.
90. National Center for Health Statistics. CDC Wrought Charts. United States. 2002 [01/09/2010]; Disponible en: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm.

91. World Health Organization. Expert Committee: Physical Status: The use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report. Ginebra: 1995.
92. Mataix J, Aranceta B. Valoración del Estado Nutricional. Conceptos y determinación de ingesta de nutrimentos. En: Mataix J, editor. Nutrición y alimentación humana: situaciones fisiológicas y patológicas Editorial Océano/Ergon; 2002. p. 771.
93. World Health Organization. Umbrales de CC para identificar personas con riesgo de padecer Diabetes tipo 2, Hipertensión, y Enfermedades Cardiovasculares. Obesity, preventing and managing the global epidemic-report of a WHO consultation on obesity Geneva: WHO 1997.
94. Mataix J, García TL. Hipertensión Arterial. En: Mataix J, editor. Nutrición y Alimentación Humana. Barcelona: Oceano/Ergon; 2002. p. 1146-61.
95. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, (2009).
96. Mataix J, Cabo S. Valoración del Estado Nutricional. Evaluación Bioquímica del estado nutricional. En: Mataix J, editor. Nutrición y alimentación humana: situaciones fisiológicas y patológicas: Océano/Ergon; 2002. p. 781.
97. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (2010).
98. Mason WF, Junge C. Guía de la facultad de medicina de la Universidad de Harvard: Colesterol, como controlar el nivel LDL en nuestro organismo. España: Cuerpo y Salud / Paidós; 2008. 83 p.
99. Norma Oficial Mexicana. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-Infecciosos. Clasificación y

especificaciones de manejo. Secretaria del Medio Ambiente y Recursos Naturales. México., (2002).

100. SPSS. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales para Windows. Versión 15 en español ed. Chicago 2005.

101. Barón LF, Téllez MF. Independencia de variables categóricas. En: Barón LF, Téllez MF, editores. Apuntes de Bioestadística. España 2004. p. 44-9.

102. Basilio Moreno E, Monereo Megías S, Álvarez Hernández J. La obesidad en el tercer milenio. 3 ed. Madrid: Panamericana; 2004.

103. Macedo-Ojeda G, Bernal-Orozco MF, López-Urriarte P, Hunot C, Vizmanos B, Rovillé-Sausse F. Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México. Antropo 2008. p. 29-41.

104. Fernández MI, Aguilar VMV, Mateos VC, Martínez PM. Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). Nutr Hosp. 2008;23:383-7.

105. Lozada AL, Flores M, Rodríguez S, Barquera S. Patrones dietarios en adolescentes mexicanas. Una comparación de dos métodos. Encuesta Nacional de Nutrición, 1999. Salud Pública de México. 2007 49(4):263-73.

106. Grupo académico para el estudio la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales de Alta Especialidad. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Salud Pública de México. 2008;50(6):530-47.

107. Barriguete-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JÁ, Shamah T, Barquera S, et al. Prevalence of Abnormal eatig behaviors in

adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México*. 2009;51(4):638-44.

108. International Markets Bureau. Market Analysis Report. The Canadian Consumer: Behaviour, Attitudes and Perceptions Toward Food Products. Agriculture and Agri-food Canada; 2010. p. 1-20.

109. Denise Daigle L, Villalon L. Le stress perçu et son influence sur le comportement alimentaire des étudiants de l'Université de Moncton, Campus de Moncton. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 2008 69(3):133.

110. Garriguet D. Les habitudes alimentaires des Canadiens. *Rapports sur la santé*. Statistique Canada, no 82-003 au catalogue. 2007;18(2):17-33.

111. Boyce W. Young people in Canada: their health and well-being. Health Canada-HBSC, 2004.

112. Grabe S, Hyde J. Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2006;132(4):622-40

113. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *La adolescencia: Una época de oportunidades*. Estado mundial de la infancia 2011. EEUU: 2011.

114. Sassi F. *Obesity and the Economics of prevention: fit not fat*: OCDE; 2010.

115. *Curbing Childhood Obesity. A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights* [database on the Internet]. [cited 14/Agosto/2012].

116. Boyce WF, King MA, Roche J. *Healthy Settings for young people in Canada*. Public Health Agency Canada, 2008.

117. Al Sabbah H, Vereecken CA, Elgar FJ, Nansel T, Aasvee K, Abdeen Z, et al. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009;9(52).
118. Freeman JG, King M, Pickett W, Craig W, Elgar F, Janssen I, et al. *The Health of Canada's Young People: a mental health focus*. Public Health Agency of Canada, 2011.
119. González-Chávez A, Amancio-Chassin O, Islas-Andrade S, Revilla-Monsalve C, Hernández-Q M, Lara-Esqueda A, et al. Factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad abdominal en adultos aparentemente sanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(3): 273-9.
120. Partenaires pour l'investissement au Canada. *Secrets Gagnants Du Canada*. In: www.investiraucanada.gc.ca, editor. 2004/2005. ed. p. 10-4.
121. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan MdJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed*. 2004;15(2):81-91.
122. Babio N, Canals J, Pietrobelli A, Pérez S, Arija V. A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutr Hosp*. 2009;24:485-91.
123. Franklin SS. Importancia de la presión arterial diastólica en relación con la edad. *Hipertensión (Madr)*. 2007;24(4):172-5.
124. Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports*. Statistics Canada: Catalogue no. 82-003-XPE; 2010: 21(1).
125. Rudiak D. El cuidado de la salud en Canadá. Una Guía para los recién llegados a Ontario. *Centro Comunitario de Salud (CCS)*. 2000:1-35.

XII. ANEXOS

**12.1. Carta Ética de la Etapa 1,
Comité de Ética de Medicina y de Investigación del ICSa-UAEH.**



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina**

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

Dictamen final del protocolo de investigación enviado a la COMISIÓN para la obtención del grado de Maestro en Ciencias Biomédicas y de La Salud

PROCOLO
N° 001-01-2011
Fecha de emisión: 4 de febrero 2011

Nombre de la alumna: LN. Jessica Zaragoza Cortes

Nombre de la Directora de tesis: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Por medio de la presente se Le comunica a usted el resultado de la evaluación del protocolo titulado:

Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Estudio comparativo entre Estudiantes francófonos de la Universidad de Moncton, Canadá y estudiantes hispanos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Después de haber revisado las modificaciones realizadas al protocolo de Investigación, las Comisiones de Ética y de Investigación del Área Académica de Medicina dictaminan **APROBAR** el protocolo de Investigación.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
Pachuca de Soto, Hgo. a 4 de febrero de 2011


Dra. Lourdes Cristina Carrillo Alarcón
Presidenta de la Comisión de Ética


Dr. Héctor Antonio Ponce Monter
Presidente de la Comisión de Investigación

12.2 Instrumento versión en español

Portada

Peso: _____
Talla: _____

No. Folio _____

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX / XY

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

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

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL**.

GRACIAS

Responsables de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina y Dra. Lita Villalón

Carrera _____ Semestre y grupo _____ Núm. De cuenta _____

1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?
2. ¿Colonia y municipio en donde vives? _____	10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?
3. Peso actual: _____ Kilos	11. Acostumbras desayunar () Nunca () 1-2 veces a la semana () 3-4 días a la semana () 5-6 días a la semana () Diariamente
4. Altura/Talla _____ centímetros	12. ¿A qué clase social consideras que perteneces? : () Alta () Media-alta () Media () Media-baja () Baja () Pobre
5. Estado civil de tus padres: () Casados () Separados () Viudo/a () Solteros Otros _____	13. Acostumbras cenar o merendar () Nunca () 1-2 veces a la semana () 3-4 días a la semana () 5-6 días a la semana () Diariamente
6. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	14. Acostumbras comer () Nunca () 1-2 veces a la semana () 3-4 días a la semana () 5-6 días a la semana () Diariamente
7. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?	15. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual? _____
8. ¿Con quien vives? () Padres () Sola () Pareja () Amigos () Otros familiares Otros _____	16. Acostumbras realizar tus tres comidas (desayuno, comida y cena) () Nunca () 1-2 veces a la semana () 3-4 días a la semana () 5-6 días a la semana () Diariamente

Cuestionario de Influencia sobre el Modelos Estético Corporal (CIMEC),

Versión para Mujeres

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

1. ¿Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? Sí, mucho Sí, algo No, nada
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante? Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna	15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar que aparecen en las revistas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica? Sí, mucho Sí, algo No, nada	17. ¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo? Sí, mucho Sí, algo No, nada
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas? Sí, mucho Sí, algo No, nada	18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos? Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos para adelgazar? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.? Sí, mucho Sí, algo No, nada
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo? Sí, mucho Sí, algo No, nada	20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho? Sí, mucho Sí, algo No, nada
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca.	21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar? Sí, mucho Sí, algo No, nada
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada? Sí, 3 ó más temporadas Sí, 1 ó 2 temporadas No, nunca

10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos para adelgazar?	23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, mucho Sí, algo No, nada
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	24. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, 2 ó más Sí, 1 persona No, nadie
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, mucho Sí, algo No, nada
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?
Sí, más de 2 Sí 1 ó 2 No, ninguna	Sí, mucho Sí, algo No, nada.
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	34. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?
Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna	Sí, seguro Sí, probablemente No, lo creo
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta para adelgazar cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, muchas veces Sí, a veces No, nunca
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	37. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?
Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna	Sí, mucho Sí, algo No, nada
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
Sí, siempre Sí a veces No, nunca	Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades para adelgazar?	39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, casi siempre Sí, a veces Me da igual
33. ¿Sientes deseos de usar una crema para adelgazar cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, siempre Sí, a veces No, nunca

10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos para adelgazar?	23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, mucho Sí, algo No, nada
11. ¿Te angustia (por verte grueso) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	24. ¿Algunas de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, 2 ó más Sí, 1 persona No, nadie
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar traje de baño?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, mucho Sí, algo No, nada
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar alguna vez en tu vida?	26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?
Sí, más de 2 Sí 1 ó 2 No, ninguna	Sí, mucho Sí, algo No, nada.
27. ¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?	34. ¿Crees que los muchachos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?
Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna	Sí, seguro Sí, probablemente No, lo creo
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta para adelgazar cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos para adelgazar?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, muchas veces Sí, a veces No, nunca
29. ¿Te preocupa que tus brazos y pechos sean poco musculosos?	36. Ante muchachos y hombres jóvenes ¿Te fijas en ellos para ver si son fuertes o musculosos?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, mucho Sí, algo No, nunca
30. ¿Tienes algún amigo o compañero que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	37. ¿Te ha dado vergüenza desnudarte ante compañeros por temor a que te vean demasiado delgado?
Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguno	Sí, mucho Sí, algo No, nada
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen para adelgazar?	38. ¿Tienes algún compañero o amigo que haya hecho o este haciendo algún ejercicio físico para desarrollar su cuerpo o músculos?
Sí, siempre Sí a veces No, nunca	Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
32. ¿Hablas con tus amigos y compañeros a cerca de productos o actividades para adelgazar?	39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
Sí, mucho Sí, algo No, nada	Sí, casi siempre Sí, a veces Me da igual
33. ¿Alguna vez has hecho algún ejercicio físico para desarrollar tu cuerpo o tus músculos?	40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligado a comer?
Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	Sí, siempre Sí, a veces No, nunca

Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA)

Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

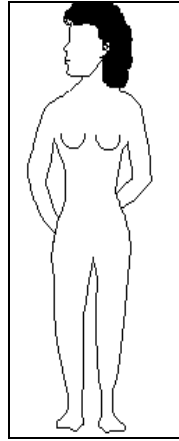
A Nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E Siempre
--------------------------	----------------------------	---	---	----------------------------

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Procuo comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10 .Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

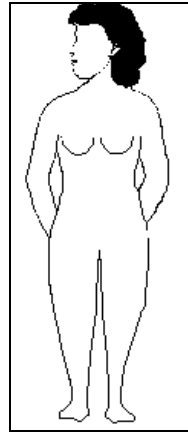
A Nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E Siempre	
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprende pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. Como a escondidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. Disfruto cuando como con otras personas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Dificilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Figura Real, Versión para Mujeres

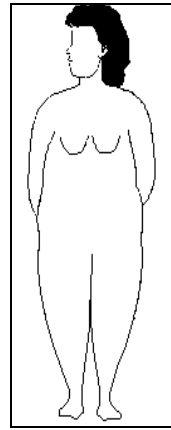
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



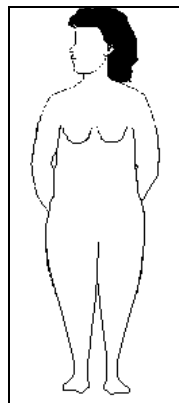
(A)



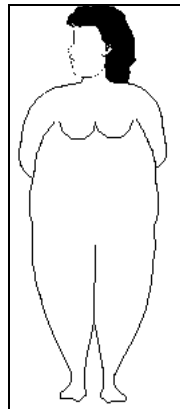
(B)



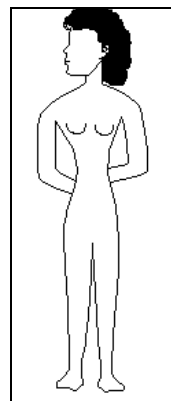
(C)



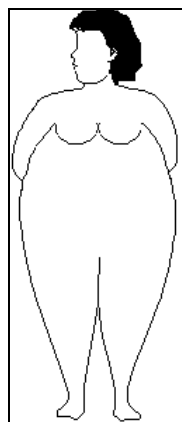
(D)



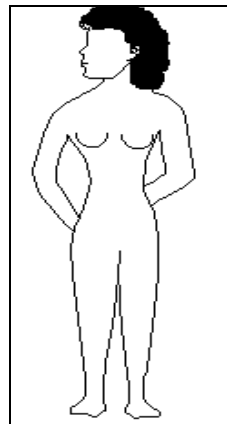
(E)



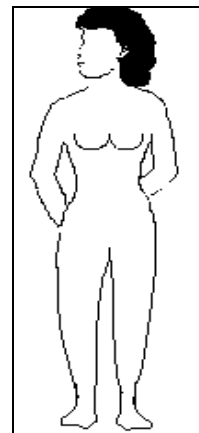
(F)



(G)



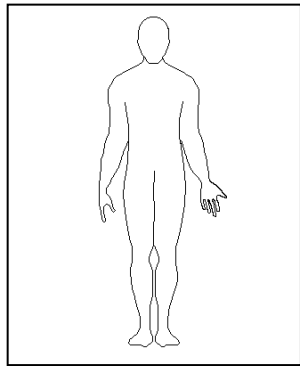
(H)



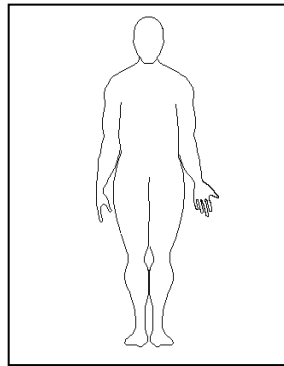
(I)

Figura real, Versión para Hombres

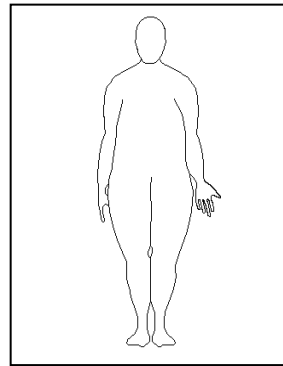
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



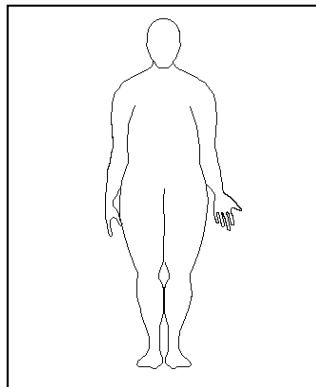
(A)



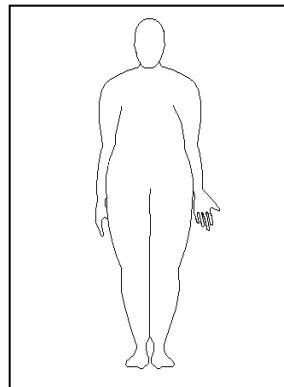
(B)



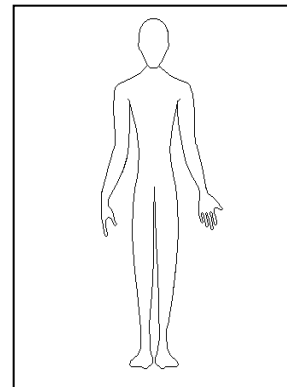
(C)



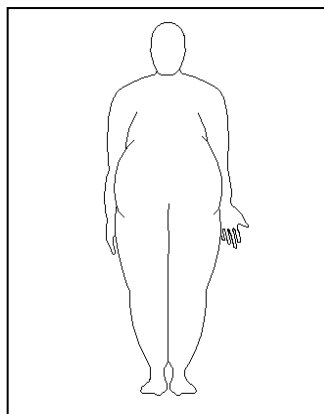
(D)



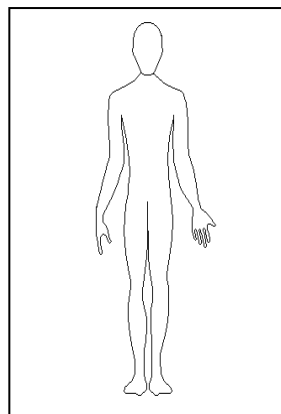
(E)



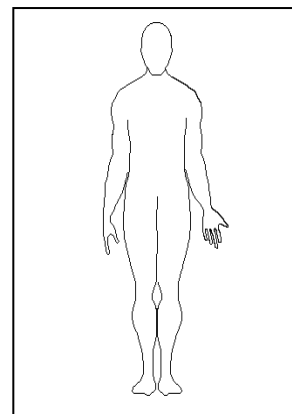
(F)



(G)



(H)



(I)

Cuestionario sobre Actitudes hacia la Figura Corporal y Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), Versión para Mujeres.

En los últimos 3 meses (marca (X) una opción por inciso, que mejor refleje tu opinión)

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

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
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				

*Cuestionario sobre actitudes hacia la figura corporal y Cuestionario Breve sobre
Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), versión para hombres*

En los últimos 3 meses (marca (X) una opción por inciso, que mejor refleje tu opinión)

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

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una **X** la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gordo				
3	Estar delgado es un logro muy importante para mí				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
5	El peso corporal es importante para ser 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	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 delgado me siento en control				

12.3 Carta Ética de la Etapa 2

Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de la Faculté des études supérieures et de la recherche



UNIVERSITÉ DE MONCTON
EDMUNDSTON MONCTON SHIPPAGAN

Vice-rectorat adjoint à la recherche et
Faculté des études supérieures et de la recherche

Le 7 juillet 2010

Madame Lita Villalon
École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales
Faculté des sciences de la santé et des services communautaires
Pavillon Jacqueline-Bouchard
Université de Moncton

Madame,

Je souhaite vous informer que le Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de la Faculté des études supérieures et de la recherche a examiné votre projet de recherche intitulé « *Facteurs de risque associés aux désordres alimentaires chez les étudiants universitaires : Étude comparative entre les étudiants universitaires francophones de l'Université de Moncton (UdeM), Canada et les étudiants hispanophones de l'Université Autonome de l'état d'Hidalgo (UAEH), Mexique* » (n° dossier 0910-085) et a conclu que la recherche proposée était conforme aux normes éthiques des conseils nationaux de recherche.

Je vous prie d'aviser le comité d'éthique de la fin de votre projet. À cet effet, veuillez remplir et retourner à la FESR le formulaire *Suivi annuel des projets de recherche* ci-joint. Je vous rappelle que la période de validité de la présente approbation éthique est d'une année laquelle se terminera le 17 juin 2011. Le cas échéant, vous pourrez présenter une demande de renouvellement d'approbation éthique en soumettant à la FESR le formulaire *Suivi annuel des projets de recherche* dûment rempli et accompagné des compléments d'information nécessaires.

En vous souhaitant bon succès dans votre recherche, je vous prie d'agrèer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Souad H'Mida, Ph.D.
Vice-doyenne
SH/ncl
P.j.

c.c. Monsieur Jean-François Thibault, président, Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains

18, avenue Antonine-Maillet
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1A 3E9 CANADA

Téléphone : (506) 858-4310
Télécopieur : (506) 858-4279

fesr@umoncton.ca
www.umoncton.ca/fesr

**ATTESTATION DU
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC LES ÊTRES HUMAINS**

Le Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains, mandaté à cette fin par la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université de Moncton, certifie avoir examiné la proposition de recherche n° 0910-085 soumise par

----- la professeure Lita Villalon, École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires -----

et intitulée ----- *Facteurs de risque associés aux désordres alimentaires chez les étudiants universitaires : Étude comparative entre les étudiants universitaires francophones de l'Université de Moncton (UdeM), Canada et les étudiants hispanophones de l'Université Autonome de l'état d'Hidalgo (UAEH), Mexique* -----

et avoir conclu que la recherche proposée était conforme aux normes éthiques des Conseils nationaux de recherche (CRSH, CRSNG et IRSC). Demande étudiée par le comité lors de sa réunion du 18 juin 2010 (CER-100618).

Membres du Comité – Nom (facultatif)

Marie-Hélène Pélard

[Signature]

Département ou discipline

Sociologie

[Signature]

18 Juin 2010

Date

Président du Comité

[Signature]
Représentant de l'établissement

12.4 Instrumento Versión en Francés

Portada

Poids : _____

Taille : _____

No. Dossier _____

**L'UNIVERSITÉ DE MONCTON
ÉCOLE DES SCIENCES DES ALIMENTS, DE NUTRITION ET D'ÉTUDES FAMILIALES
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES**

EN COLLABORATION AVEC

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

ÉTUDE SUR ALIMENTATION ET LA SANTÉ

XX / XY

Le but de la présente étude est de connaître les divers aspects reliés à la **SANTÉ GLOBAL** (physique et psychologique) de la communauté des étudiants universitaires et pouvoir **CONTRIBUER AINSI AU MANTIEN ET AMÉLIORATION DE LA QUALITE DE VIE DE CETTE COMMUNAUTÉ.**

Le questionnaire comprend différents aspect de la santé, il est important de souligner, qu'il n'existe de réponses bonnes ou mauvaises étant donné que ce qu'intéresse est tu propre expérience.

L'atteinte de notre but dépend de toi, de ta **COOPERATION**: que tu veule prendre le temps de remplir questionnaire et que tu le fasses de manière véridique. On ne te demande pas ton nom et l'information que tu nous donnes sera **STRICTEMENT CONFIDENTIELLE**

MERCI

Responsable de l'étude : Dr. Lita Villalon et Dr. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Discipline _____ Semestre _____

1. Quel est ton âge ? :	9. Vous incluant, combien de frères et sœurs êtes-vous dans la famille?
2. Ville et province ? <hr/>	10. Quel rang occupes-tu parmi tes frères et sœurs?
3. Poids actuel : _____ Kilogrammes	11. As-tu l'habitude de déjeuner? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1-2 jours par semaine <input type="checkbox"/> 3-4 jours par semaine <input type="checkbox"/> 5-6 jours par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours
4. Hauteur : _____centimètres	12. À quelle classe sociale est-ce que tu appartiens? : <input type="checkbox"/> Haute <input type="checkbox"/> Moyenne-haute <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne-basse <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Pauvre
5. État civil de tes parents: <input type="checkbox"/> Marié (es) <input type="checkbox"/> Séparé (es) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Célibataires Autre _____	13. As-tu l'habitude de dîner ? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1-2 jours par semaine <input type="checkbox"/> 3-4 jours par semaine <input type="checkbox"/> 5-6 jour par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours
6. Quelle sont la profession et le plus haut niveau d'étude de ton père ?	14. As-tu l'habitude de souper? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1-2 jours par semaine <input type="checkbox"/> 3-4 jours par semaine <input type="checkbox"/> 5-6 jours par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours
7. Quelle sont la profession et le plus haut niveau d'étude de ta mère ?	15. De manière approximative, quel est le revenu mensuel de la famille ?
8. Avec qui est-ce que tu habites ? <input type="checkbox"/> Parent(s) <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Partenaire (couple) <input type="checkbox"/> Amis (es) <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille Autre _____	16. As-tu l'habitude de prendre trois repas par jours (déjeuner, dîner, souper)? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1-2 jours par semaine <input type="checkbox"/> 3-4 jours par semaine <input type="checkbox"/> 5-6 jours par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours

Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)

Versión para Mujeres

Ce questionnaire contient une série de questions portant sur l'impact ou l'influence que peuvent avoir différents environnements sur ce que pensent les gens à propos de leur corps. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu dois seulement donner les réponses qui reflètent le mieux ton expérience personnelle. Réponds en marquant un **(X)** dans la case appropriée.

1. Lorsque tu regardes un film, est-ce que tu portes attention au fait que les actrices soient minces ou plutôt bien portante ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	14. Est-ce que tes amis discutent des annonces publicitaires et produits destinés à l'amincissement ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
2. As-tu un ami qui ait déjà suivie une diète amincissante ou qui en suit une présentement ? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucune	15. Est-ce que les publicités de produits amincissants dans les magazines attirent ton attention ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
3. Lorsque tu manges avec d'autres gens, est-ce que tu portes attention à la quantité de nourriture qu'ingère chacun d'eux ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	16. Est-ce que tu envies la musculature de certains acteurs ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
4. Est-ce que tu envies le corps des gymnastes, des nageurs, et autres athlètes? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	17. As-tu déjà mangé plus que normalement dans le but d'augmenter ton volume ou ton poids corporel ? Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais
5. En classe d'éducation physique ou lorsque tu pratiques un sport, es-tu inquiet que tes camarades remarques tes rondeurs ou ton surpoids ? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	18. Est-ce que tu évites de te regarder dans un miroir ou dans une vitrine par peur de te trouver trop maigre ? Oui, toujours Oui, un peu Non
6. Est-ce que les annonces publicitaires portant sur des produits amincissants attire ton attention ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	19. Est-ce que tu es attirée par les conversations portant sur le poids, les calories ou la silhouette, etc.? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
7. Est-ce que tu discutes de poids corporel ou de l'apparence du corps avec tes amis ? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	20. Est-ce que le volume excessif de ton thorax te préoccupe? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
8. Est-ce que tu t'inquiètes d'avoir des jambes trop maigres ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	21. Est-ce que les annonces publicitaires qui encouragent la perte de poids te causent de l'anxiété? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
9. Est-ce que tu sens le désir de consommer des boissons basses en calories lorsque tu vois ou tu entends une annonce publicitaire les concernant? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	22. As-tu déjà réalisée des exercices physiques, durant une période donnée, avec pour but la perte de poids? Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais
10. Est-ce que tu parles à des membres de ta famille à propos d'activités ou de produits amincissant? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	23. Est-ce que les livres, articles, revues, publicité, etc., concernant les calories t'intéresse? Oui, beaucoup Oui, un peu Non

11. Est-ce que contempler ton corps dans un miroir ou une vitrine de magasin te cause de l'anxiété? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	24. Y a t'il quelqu'un parmi les membres de ta famille qui réside avec toi qui suit présentement, ou qui a suivie dans le passé, une diète minceur? Oui, 2 ou plus Oui, 1 personne Non
12. Lorsque tu te promènes dans la rue, est-ce que tu remarques si les gens que tu croises sont minces ou plutôt bien portant ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	25. Est-ce que l'arrivée de l'été te cause de l'anxiété, sachant que tu devras porter des vêtements plus légers ou un costume de bain? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
13. As-tu déjà suivie un régime minceur dans ta vie? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, jamais	26. Est-ce que les articles ou les reportages qui traitent du poids, de la perte de poids ou de l'obésité t'intéressent? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
27. As-tu un ami qui soit très préoccupé par son poids ou par sa silhouette? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucune	34. Crois-tu que les garçons jeunes et minces sont mieux acceptés par les autres que ceux qui ne le sont pas? Oui, c'est sûr Oui, probablement Non, je ne crois pas
28. Lorsque tu entends ou vois une annonce publicitaire pour un produit minceur, est-ce que tu ressens le désir de suivre une diète minceur? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	35. Est-ce que tu te souviens de phrases, d'images ou de mélodies qui accompagnent les annonces publicitaires de produits amincissant? Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais
29. Est-ce que le fait que tes bras et ta poitrine ne soient pas très musclés te préoccupe ? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	36. Devant des garçons ou jeunes hommes, est-ce que tu remarques s'ils sont forts ou musclés ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
30. As-tu un ami qui pratique un exercice quelconque dans le but de perdre du poids? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucun	37. As-tu déjà ressentie de la honte lorsque tu t'es dévêtis devant tes camarades par peur qu'ils ne te trouvent trop maigre ? Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais
31. Est-ce que tu envies la force de volonté des gens qui suivent un régime ou une diète amincissante? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	38. As-tu un ami qui fait présentement, ou qui a fait dans le passé, un exercice physique dans le but de développer son corps ou sa musculature ? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucun
32. Est-ce que tu discutes avec tes amies des produits ou activités amincissantes? Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais	39. Est-ce que les gens plus minces te paraissent plus sympathiques et attirant que ceux qui le sont moins? Oui, presque toujours Oui, des fois Non, c'est pareil
33. As-tu déjà fait un exercice physique dans le but de développer ton corps ou ta musculature ? Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais	40. Si l'on t'invite à un restaurant ou à repas collectif, est-ce que tu es préoccupé de la quantité de nourriture que tu peux te voir obligé à consommer? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais

Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC),

Versión para Hombres

Ce questionnaire contient une série de questions portant sur l'impact ou l'influence que peuvent avoir différents environnements sur ce que pensent les gens à propos de leur corps. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu dois seulement donner les réponses qui reflètent le mieux ton expérience personnelle. Réponds en marquant un **(X)** dans la case appropriée.

1. Lorsque tu regardes un film, est-ce que tu portes attention au fait que les actrices soient minces ou plutôt bien portante ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	14. Est-ce que tes amis discutent des annonces publicitaires et produits destinés à l'amincissement ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
2. As-tu un ami qui ait déjà suivie une diète amincissante ou qui en suit une présentement ? Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucune	15. Est-ce que les publicités de produits amincissants dans les magazines attirent ton attention ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
3. Lorsque tu manges avec d'autres gens, est-ce que tu portes attention à la quantité de nourriture qu'ingère chacun d'eux ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	16. Est-ce que tu envies la musculature de certains acteurs ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
4. Est-ce que tu envies le corps des gymnastes, des nageurs, et autres athlètes? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	17. As-tu déjà mangé plus que normalement dans le but d'augmenter ton volume ou ton poids corporel ? Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais
5. En classe d'éducation physique ou lorsque tu pratiques un sport, es-tu inquiet que tes camarades remarques tes rondeurs ou ton surpoids ? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	18. Est-ce que tu évites de te regarder dans un miroir ou dans une vitrine par peur de te trouver trop maigre ? Oui, toujours Oui, un peu Non
6. Est-ce que les annonces publicitaires portant sur des produits amincissants attire ton attention ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	19. Est-ce que tu es attirée par les conversations portant sur le poids, les calories ou la silhouette, etc.? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
7. Est-ce que tu discutes de poids corporel ou de l'apparence du corps avec tes amis ? Oui, beaucoup Oui, un peu Non	20. Est-ce que le volume excessif de ton thorax te préoccupe? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
8. Est-ce que tu t'inquiètes d'avoir des jambes trop maigres ? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	21. Est-ce que les annonces publicitaires qui encouragent la perte de poids te causent de l'anxiété? Oui, beaucoup Oui, un peu Non
9. Est-ce que tu sens le désir de consommer des boissons basses en calories lorsque tu vois ou tu entends une annonce publicitaire les concernant? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	22. As-tu déjà réalisée des exercices physiques, durant une période donnée, avec pour but la perte de poids? Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais
10. Est-ce que tu parles à des membres de ta famille à propos d'activités ou de produits amincissant? Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	23. Est-ce que les livres, articles, revues, publicité, etc., concernant les calories t'intéresse? Oui, beaucoup Oui, un peu Non

11. Est-ce que contempler ton corps dans un miroir ou une vitrine de magasin te cause de l'anxiété?	24. Y a t'il quelqu'un parmi les membres de ta famille qui réside avec toi qui suit présentement, ou qui a suivie dans le passé, une diète minceur?
Oui, beaucoup Oui, un peu Non	Oui, 2 ou plus Oui, 1 personne Non
12. Lorsque tu te promènes dans la rue, est-ce que tu remarques si les gens que tu croises sont minces ou plutôt bien portant ?	25. Est-ce que l'arrivée de l'été te cause de l'anxiété, sachant que tu devras porter des vêtements plus légers ou un costume de bain?
Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	Oui, beaucoup Oui, un peu Non
13. As-tu déjà suivie un régime minceur dans ta vie?	26. Est-ce que les articles ou les reportages qui traitent du poids, de la perte de poids ou de l'obésité t'intéressent?
Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, jamais	Oui, beaucoup Oui, un peu Non
27. As-tu un ami qui soit très préoccupé par son poids ou par sa silhouette?	34. Crois-tu que les garçons jeunes et minces sont mieux acceptés par les autres que ceux qui ne le sont pas?
Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucune	Oui, c'est sûr Oui, probablement Non, je ne crois pas
28. Lorsque tu entends ou vois une annonce publicitaire pour un produit minceur, est-ce que tu ressens le désir de suivre une diète minceur?	35. Est-ce que tu te souviens de phrases, d'images ou de mélodies qui accompagnent les annonces publicitaires de produits amincissant?
Oui toujours Oui, parfois Non, jamais	Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais
29. Est-ce que le fait que tes bras et ta poitrine ne soient pas très musclés te préoccupe ?	36. Devant des garçons ou jeunes hommes, est-ce que tu remarques s'ils sont forts ou musclés ?
Oui, beaucoup Oui, un peu Non	Oui toujours Oui, parfois Non, jamais
30. As-tu un ami qui pratique un exercice quelconque dans le but de perdre du poids?	37. As-tu déjà ressentie de la honte lorsque tu t'es dévêtis devant tes camarades par peur qu'ils ne te trouvent trop maigre ?
Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucun	Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais
31. Est-ce que tu envies la force de volonté des gens qui suivent un régime ou une diète amincissante?	38. As-tu un ami qui fait présentement, ou qui a fait dans le passé, un exercice physique dans le but de développer son corps ou sa musculature ?
Oui, beaucoup Oui, un peu Non	Oui, plus de 2 Oui, 1 ou 2 Non, aucun
32. Est-ce que tu discutes avec tes amies des produits ou activités amincissantes?	39. Est-ce que les gens plus minces te paraissent plus sympathiques et attirant que ceux qui le sont moins?
Oui, souvent Oui, des fois Non, jamais	Oui, presque toujours Oui, des fois Non, c'est pareil
33. As-tu déjà fait un exercice physique dans le but de développer ton corps ou ta musculature ?	40. Si l'on t'invite à un restaurant ou à repas collectif, est-ce que tu es préoccupé de la quantité de nourriture que tu peux te voir obligé à consommer?
Oui, 3 fois ou plus Oui, 1 ou 2 fois Non, jamais	Oui toujours Oui, parfois Non, jamais

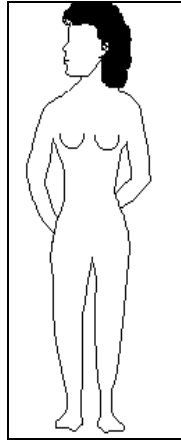
Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA)

Pour chaque énoncé, choisi avec **X** l'option que décrit mieux ta manière d'être et/ou de penser. Souviens-toi que la sincérité de tes réponses assure le succès de la recherche et qu'il n'existe pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

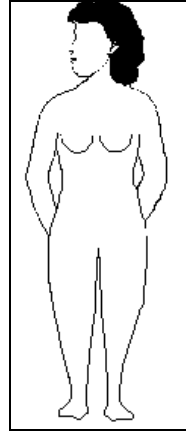
A Jamais	B Par fois	C Fréquemment (environ la moitié de fois)	D Très fréquemment			E Toujours
1. Je prends soins que ma diète soit nutritive.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
2. Je sens que manger me tranquillise.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
3. J'évite manger des céréales et/ou pâtes afin de ne pas gagner du poids	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
4. Je crois que manger est un bon remède pour la tristesse ou la dépression.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
5. J'essaie de manger des légumes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
6. Je suis toujours «mort ou morte de faim» puisque je fais toujours des diètes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
7. Manger trop me donne un sentiment de culpabilité.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
8. Je suis une personne qui mange trop (se remplir de nourriture).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
9. Je prends des repas et/ou boissons diététiques sans sucre afin de prendre soins de mon poids.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
10. J'ai honte de manger tant.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
11. Je mange ce qui est bon pour ma santé.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
12. J'aime sentir mon estomac vide.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
13. Je prends soins que mes repas contiennent des aliments avec des fibres.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
14. Mon problème est commencer à manger mais une fois commencé j'ai de la difficulté à m'arrêter.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
15. J'essai d'améliorer mes habitudes alimentaires.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
16. Je mange de grandes quantités d'aliments même si je n'ai pas faim.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
17. J'appartient au «Club» de ceux qui pour perdre du poids sautent des repas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
18. Je ne sens pas d'appétit ou d'envie de manger mais quand je commence à manger rien ne m'arrête.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
19. Je mange lentement et/ou mâche plus de temps les aliments comme une mesure de control de poids.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
20. J'évite les tortillas et le pain afin de rester maigre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
21. Je n'aime pas manger avec d'autres personnes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
22. Je suis de celles ou ceux que sont toujours préoccupés face aux repas (parce que je sens que je mange beaucoup ; parce que j'ai peur de gagner du poids).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
23. Je ne mange pas même si j'ai faim.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
24. J'ai de vraies luttes avec moi même avant de consommer des aliments gras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
25. J'essai d'être à jour sur ce qui est une diète adéquate.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
26. Je fais attention que ma diète contienne un minimum de gras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
27. Je sens que je mange plus que la majorité des gens.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
28. Je ne suis pas conscient (je ne me rends pas compte) de combien je mange.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
29. Je sens que je ne peux pas arrêter de manger.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
30. Je mange sans mesure.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
31. J'ai peur en pensant que je peux perdre le control de ma manière de manger.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	

Figura real, para mujeres

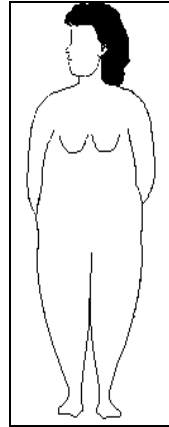
49. Observe avec attention les silhouettes et choisis laquelle se ressemble le plus à ta figure corporelle.



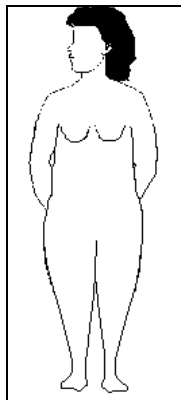
(A)



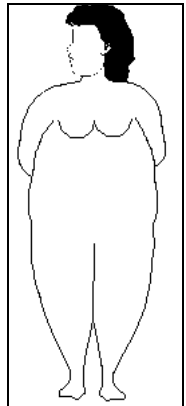
(B)



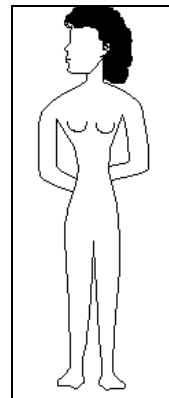
(C)



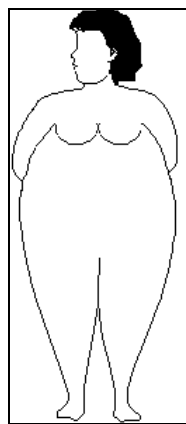
(D)



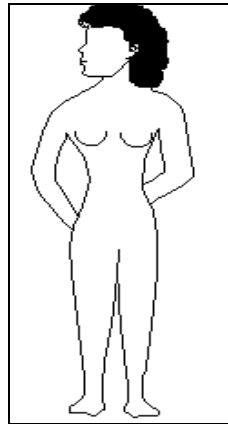
(E)



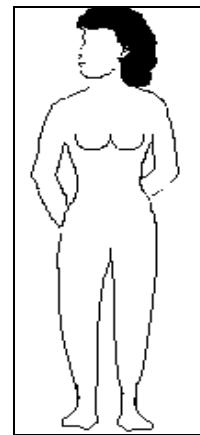
(F)



(G)



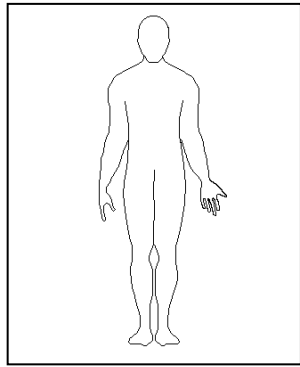
(H)



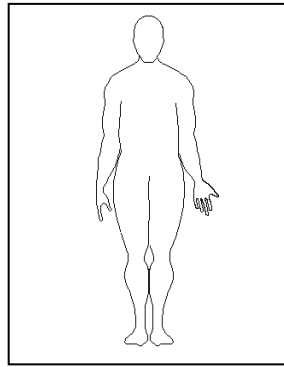
(I)

Figura real, Versión para Hombres

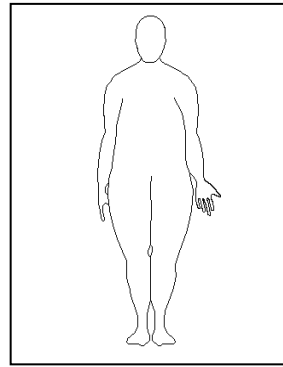
49. Observe avec attention les silhouettes et choisi laquelle se ressemble le plus à ta figure corporelle.



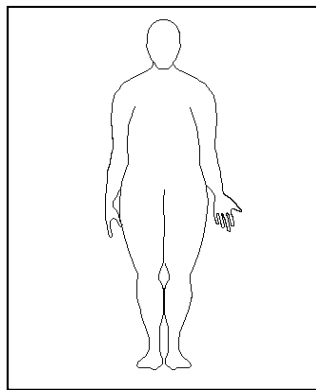
(A)



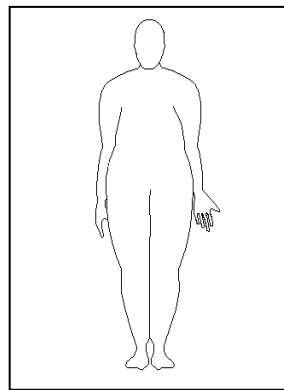
(B)



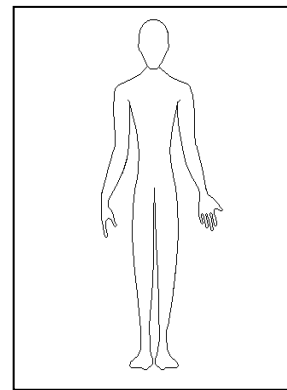
(C)



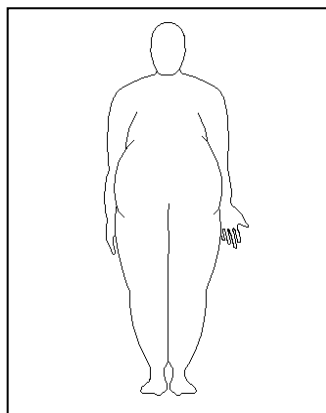
(D)



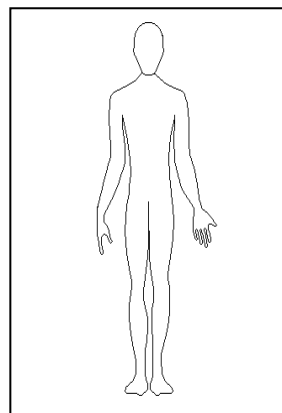
(E)



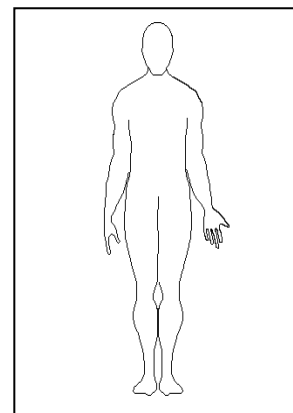
(F)



(G)



(H)



(I)

Cuestionario sobre Actitudes hacia la Figura Corporal y Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo, Versión para Mujeres.

Au cours de trois derniers mois (indique avec une (X) l'option, qui reflète le mieux ton opinion sur l'énoncé)

		Jamais ou presque jamais	Parfois	Fréquemment, 2 fois par semaine	Souvent, plus de 2 fois par semaine
1	J'ai déjà été préoccupé par la prise de poids				
2	À l'occasion, j'ai déjà trop mangé, je me suis empiffré				
3	J'ai perdue le control sur ce que je mange (j'ai l'impression de ne pas pouvoir arrêter de manger)				
4	J'ai déjà vomie après avoir mangé, dans le but de perdre du poids				
5	J'ai déjà effectué des jeunes (arrêter de manger pendant 12 h ou plus) dans le but de perdre du poids				
6	J'ai déjà suivis des diètes dans le but de perdre du poids				
7	J'ai déjà fait des exercices dans le but de perdre du poids				
8	J'ai déjà consommé des pastilles/pilules dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				
9	J'ai déjà consommé des diurétiques (substance permettant de perdre de l'eau) dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				
10	J'ai déjà consommé des laxatifs (substance facilitant l'évacuation) dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				

Pour chaque énoncé, choisi avec **X** l'option que décrit mieux ta manière d'être et/ou de penser.

		Jamais ou presque jamais	Parfois	Fréquemment	Souvent
1	Les femmes minces sont plus féminines				
2	Me sentir en surpoids me déprime				
3	Être mince est une réussite très importante pour moi				
4	Je ferais n'importe quel effort pour obtenir le silhouette que je désire				
5	Le poids corporel est important pour se faire accepter				
6	Le poids corporel est important pour se sentir bien				
7	Le poids corporel est important pour obtenir un partenaire intime				
8	Je me sens en surpoids, même si les gens me disent que je ne le suis pas				
9	Faire du surpoids est synonyme d'imperfection				
10	Je considère que l'aspect physique est important pour se sentir valorisée				
11	Lorsque tu fait du surpoids, les hommes ne s'approche pas de toi				
12	Les femmes bien portante sont moins féminines				
13	L'aspect physique est important pour se sentir bien				
14	Le poids corporel est important pour se procurer des vêtements				
15	Lorsque je suis mince, je me sens en contrôle				

Cuestionario sobre Actitudes hacia la Figura Corporal y Cuestionario Breve sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), Versión para Mujeres.

Au cours de trois derniers mois (indique avec une (X) l'option, qui reflète le mieux ton opinion sur l'énoncé)

		Jamais ou presque jamais	Parfois	Fréquemment, 2 fois par semaine	Souvent, plus de 2 fois par semaine
1	J'ai déjà été préoccupé par la prise de poids				
2	À l'occasion, j'ai déjà trop mangé, je me suis empiffré				
3	J'ai perdue le control sur ce que je mange (j'ai l'impression de ne pas pouvoir arrêter de manger)				
4	J'ai déjà vomie après avoir mangé, dans le but de perdre du poids				
5	J'ai déjà effectué des jeunes (arrêter de manger pendant 12 h ou plus) dans le but de perdre du poids				
6	J'ai déjà suivis des diètes dans le but de perdre du poids				
7	J'ai déjà fait des exercices dans le but de perdre du poids				
8	J'ai déjà consommé des pastilles/pilules dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				
9	J'ai déjà consommé des diurétiques (substance permettant de perdre de l'eau) dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				
10	J'ai déjà consommé des laxatifs (substance facilitant l'évacuation) dans le but de perdre du poids Si oui, spécifie lesquels _____				

Pour chaque énoncé, choisi avec **X** l'option que décrit mieux ta manière d'être et/ou de penser. Souviens-toi que la sincérité de tes réponses assure le succès de la recherche et qu'il n'existe pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

		Jamais ou presque jamais	Parfois	Fréquemment, 2 fois par semaine	Souvent, plus de 2 fois par semaine
1	Les femmes minces sont plus féminines				
2	Me sentir en surpoids me déprime				
3	Être mince est une réussite très importante pour moi				
4	Je ferais n'importe quel effort pour obtenir le silhouette que je désire				
5	Le poids corporel est important pour se faire accepter				
6	Le poids corporel est important pour se sentir bien				
7	Le poids corporel est important pour obtenir un partenaire intime				
8	Je me sens en surpoids même si les autres me disent que je ne le suis pas.				
9	Faire du surpoids est synonyme d'imperfection				
10	Je considère que l'aspect physique est important pour se sentir valorisée				
11	Lorsque tu fais du surpoids, les femmes ne s'approche pas de toi				
12	Les femmes bien portantes sont moins féminines				
13	L'aspect physique est important pour se sentir bien				
14	Le poids corporel est important pour se procurer des vêtements				
15	Lorsque je suis mince, je me sens en contrôle				

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, firmante _____, consiento por la presente participar en un proyecto de investigación bajo las condiciones descritas a continuación:

TÍTULO DEL PROYECTO: Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Estudio comparativo entre estudiantes francófonos de la Universidad de Moncton, Canadá y estudiantes hispanos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

RESPONSABLES:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina. Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Tel: 771-71-7200 Ext. 5114. saucemol@hotmail.com

Lic. en Nut. Jessica Zaragoza Cortes. Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Tel: 771-71-7200 Ext. 5114.

OBJETIVO DEL PROYECTO:

Comparar la prevalencia de factores de riesgo (biológicos, psicológicos y socioculturales) asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Estudios Comunitarios, de la Universidad de Moncton (UdeM), Canadá y en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), México y determinar su relación con el estado nutricional.

NATURALEZA DE MI PARTICIPACIÓN: Mi participación en el presente proyecto consistirá en:

- 1) Permitir la extracción de tres gotas de sangre a través de una punción capilar (en la yema del dedo), para la determinación de glucosa, triglicéridos y colesterol, además de medidas antropométricas: circunferencia de cintura (con la cintura descubierta de pie y con el abdomen relajado) y presión arterial. Tiempo aproximado 15 minutos.

VENTAJAS PERSONALES PROVENIENTES DE MI PARTICIPACIÓN: Si yo otorgo mi consentimiento para participar, podré conocer más sobre mi estado de salud actual, obtendré una orientación nutricional adecuada en caso de que sea diagnosticado(a) como persona de riesgo, y tendré la satisfacción personal de haber colaborado con un importante estudio que pretende detectar los factores de riesgo asociados a los TCA.

INCONVENIENTES PERSONALES PROVENIENTES DE MI PARTICIPACIÓN: 1) Estar disponible por 15 minutos para que sea posible la toma de todos los datos requeridos por el estudio, 2) Verme en la necesidad de despojarme de algún tipo de ropa para la toma de la circunferencia de cintura y presión arterial 3) Sensación pulsátil posterior a la toma de sangre para la determinación de glucosa, triglicéridos y colesterol.

RIESGOS: Este es mínimo ya que todo el equipo e instrumentos que se emplean para la toma de muestra de sangre es nuevo e individual, y puede ser empleado sin ningún riesgo. Se utilizarán una sola vez, eliminando todo riesgo de contaminación. Quedo bajo el entendido de que mi participación no tendrá ningún efecto negativo sobre mi actual estado de salud, solamente el de ser detectado precozmente como sujeto de riesgo.

INFORMACIÓN CONCERNIENTE AL PROYECTO: Todas las preguntas concernientes a la investigación serán respondidas a mi entera satisfacción.

SUSPENSIÓN DE MI PARTICIPACIÓN: Mi participación en la investigación descrita es totalmente libre; quedando legalmente entendido que podré rehusar mi intervención en cualquier momento sin necesidad de justificarme.

CONFIDENCIALIDAD : Las valoraciones, y determinaciones efectuadas en el proyecto descrito anteriormente y que me conciernen a mí, tendrán un carácter de total confidencialidad, y los resultados bioquímicos y antropométricos me serán entregados personalmente el mismo día de la evaluación y de ser necesario serán transferidos a un médico tratante.

Declaro haber leído y comprendido todos los puntos presentados en el formulario

Nombre y Firma del interesado.

Fecha: Pachuca, Hgo a _____ de _____ del 20_____.

Yo, _____ suscribo y certifico a) Haber explicado al firmante, los puntos incluidos en el presente formulario, b) Haber respondido satisfactoriamente a cada una de sus preguntas relacionadas con el estudio, c) Y haberle informado los resultados generales de su evaluación bioquímica y antropométrica.

Testigos

Responsables

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina
Responsable de la investigación

Lic. en Nut. Jessica Zaragoza Cortes
Estudiante de la maestría

12.6. Consentimiento Informado de la Etapa 3 (Versión en Francés)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE

Je, soussigné(e) _____, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant dans les conditions décrites ci-dessous:

TITRE DU PROJET : FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX TROUBLES DES CONDUITS ALIMENTAIRES. ETUDE COMPARATIVE ENTRE LES ÉLEVÉS FRANCOPHONES DE L'UNIVERSITÉ DE MONCTON, CANADA, ET LES ETUDIANTS HISPANIQUES DE L'UNIVERSITÉ AUTONOME DE L'ÉTAT D'HIDALGO, MEXIQUE.

7.1 RESPONSABLES: *Lita Villalon, Ph.D., Dtp, École de sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales Faculté des sciences de la santé et des services communautaires*

Université de Moncton
Téléphone: (506) 863-2011; Courriel: lita.villalon@umoncton.ca

7.2

Chercheur collaborateur : Teresita Saucedo PhD., Nut. Area Académique de nutrition. Institute de sciences de la santé. Université Autonome de l'État d'Hidalgo
Téléphone : (771)-71-72000 Ext. 5114; Courriel:saucemol@hotmail.com

Étudiant à la maîtrise : Jessica Zaragoza Cortes. Nutritionniste
Area Académique de nutrition. Institute de sciences de la santé. Université d'Hidalgo
Téléphone: Courriel:

OBJECTIFS DU PROJET : Déterminer la prévalence des facteurs de risque (biologiques, psychologiques, et socioculturels) associées aux troubles des conduits alimentaires (TCA) dans les élevés de la Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Canada, et les étudiants de l'Institut des sciences de la santé, Université Autonome de l'état de Hidalgo, au Mexique. Comparer les performances entre les groupes de distributions des facteurs évalués afin de déterminer, enfin sa relation avec l'état nutritionnel et la présence de surpoids ou d'obésité.

NATURE DE MA PARTICIPATION: Ma participation au présent projet consiste à : 1) faire prendre ma circonférence de la taille, tension et donner mon sang pour le dosage du glucose, cholestérol total, et triglycérides (environ 15 minutes).

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION: Si je donne mon consentement pour participer à la présente étude, je pourrai connaître davantage sur mon état de santé, je bénéficierai d'un conseil nutritionnel approprié au cas où je serai dépisté comme personne à risque et j'aurai la satisfaction personnelle d'avoir contribué à une étude visant à dépister précocement les troubles des conduits alimentaires et les facteurs de risque associés.

INCONVÉNIENTS PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION: Les inconvénients personnels associés à la présente étude comprennent 1) porter un vêtement d'intérieur pour la circonférence de la taille et 2) d'être disponible (15 minutes) pour fournir toutes les données requises pour l'étude y compris le prélèvement de sang pour le dosage du glucose, cholestérol total, et triglycérides.

RISQUE : Ma participation à cette recherche ne me fait courir aucun risque: 1) sur le plan médical, le tube et l'aiguille de prélèvement sont individuels, neufs et à usage unique donc aucun risque de contamination ou de quelque nature que ce soit. Il est également entendu que ma participation n'aura aucun effet sur mon état de santé car cette étude m'aurait permis de me faire dépister précocement.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET: On devra répondre, à ma satisfaction, à toute question que je poserai à propos de cette recherche à laquelle j'accepte de participer.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION: Il est entendu que ma participation à la recherche décrite à la page précédente est tout à fait libre; il est également entendu que je pourrai, à tout moment, refuser d'y participer. De plus, si je mets un terme à ma participation, je n'aurai pas à me justifier.

CONFIDENTIALITÉ: Il est entendu que les observations effectuées en ce qui me concerne dans le cadre de la recherche décrite à la page précédente demeureront strictement confidentielles. Par ailleurs, je consens à ce que ces observations soient transmises à mon médecin traitant.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES : Si j'ai des préoccupations de nature éthique concernant cette recherche ou si je souhaite formuler une plainte, je peux contacter le bureau de la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université de Moncton (Université de Moncton, Édifice Taillon, Moncton, E1A 3 E9; téléphone : (506) 858-4310, courrier électronique : fcsr@umoncton.ca)

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

Signature de l'intéressé(e) ou du/de la représentant(e) légal(e)

Signature du témoin

Fait à, le _____ 20____

Je, soussignée, _____, certifie (a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes de la présente formule, (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit à la page précédente.

Signature du responsable du projet au Canada
Lita Villalón PhD

Signature de l'assistante de recherche
Jessica Zaragoza Cortes Nutritionniste

Anexo 12.7 Factoriales de los Instrumentos

12.7.1 Resultados del Análisis Factorial CIMEC-40

#	Reactivos	factorial
Factor I MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL		
16	¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.73
11	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.69
4	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	.62
17	¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?.	.60
25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.60
5	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	.60
31	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	.59
13	¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	.42
Factor II INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD		
15	¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	.75
8	¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	.72
6	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	.65
33	¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	.57
38	¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	.56
28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.53
21	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	.51
9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.49
Factor III INFLUENCIA DE MENSAJES VERBALES		
26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	.78
23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	.76
19	Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.67
Factor IV INFLUENCIA DE MODELOS SOCIALES.		
37	¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	.71
1	Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente si son gruesos o delgados?	.57
12	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.47
27	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.45
Factor V INFLUENCIA DE SITUACIONES SOCIALES		
40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	.67
3	Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.63
34	¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	.47

12.7.2 Resultados del Análisis Factorial del Cuestionario hacia la Figura Corporal.

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

12.7.3 Resultados del Análisis Factorial EFRATA

Factor I. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA		
#	Reactivos	factorial
16	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.46365
18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.72085
34	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.79064
14	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.74727
28	No soy consciente de cuanto como	.66033
29	Siento que no puedo parar de comer	.80983
30	Como sin medida	.79753
31	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.62831
46	Difícilmente pierdo el apetito	.40022
8	Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	.52215
43	Siento que como más de que la mayoría de la gente come	.65582
10	Me avergüenzo de comer tanto	.58300
33	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.45587
Factor II PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA		
7	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
9	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.59484
24	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”	.64573
3	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68226
19	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.41013
20	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.71942
22	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.49265
26	Soy de los que se preocupa constantemente por la comida	.55815
32	Me deprimó cuando como de más	.48531
Factor III CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL		
1	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74462
11	Como lo que es bueno para mi salud	.73346
13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.71196
15	Procuró mejorar mis hábitos alimenticios	.73420
45	Como con moderación	.45378
5	Procuró comer verduras	.71369
25	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61685
Factor IV DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA		
12	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.48691
35	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.46423
36	Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar	.41047
6	Me la paso “muriéndome de hambre”, ya que constantemente hago dietas	.59416
17	“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan las comidas	.62004

38	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
48	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Factor V. CONDUCTA ALIMENTARIA POR COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA

44	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	.53921
2	Siento que la comida me tranquiliza	.67344
4	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.70703
37	Me sorprendo pensando en comida	.43349

12.7.4 Resultados del Análisis Factorial del Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo.

Factor I. ATRACÓN-PURGA.

	Reactivos	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 parar de comer).	0.816
4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.	0.714
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso.	0.558

Factor II. MEDIDAS COMPENSATORIAS

8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	0.785
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	0.791
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	0.770

Factor III RESTRICCIÓN.

1	Me ha preocupado estar 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