



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

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

**“TENDENCIAS 2007-2010 DE FACTORES DE  
RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE  
UNA PREPARATORIA PRIVADA DE PACHUCA,  
HIDALGO.”**

**T E S I S**

Que para obtener el título de  
Licenciado (a) en Nutrición

**P R E S E N T A**

P.L.N. Ivonne Margarita Chávez Hernández.

Bajo la Dirección de:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina.

Pachuca, Hgo., Abril /2011



## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente quiero agradecer a Dios por haberme permitido concluir este proyecto.*

*A mis padres Hilario y Antonia, por todo su apoyo, sus sabios consejos y su comprensión. Sin ustedes no hubiera llegado hasta ahora, gracias por todos los esfuerzos que han hecho para lograr este objetivo.*

*A la Dra. Teresita de Jesús por darme la oportunidad de llevar acabo este proyecto, por sus consejos, sus ideas, su tiempo, su paciencia y sus correcciones, sobre todo por confiar en mí.*

*A todos lo que forman parte del jurado, gracias por su tiempo y sus correcciones.*

*Al Dr. Javier Villanueva, gracias por siempre tener un momento para aclarar mis dudas.*

*Gracias por su apoyo en el trabajo de campo a: Nadia, Mariana, Claudia, Gaby y Yaremi.*

*A todas mis compañeras de servicio social: Polet, Violeta, Kathia y Naara, por los lindos momentos compartidos que han hecho más ameno el día a día, con las cuales he compartido mucho más que el trabajo de campo. Gracias por su linda amistad!. En especial a Polet, gracias por todo tu apoyo.*

*A mis mejores amigas Tere, Nore, Ara y Naza gracias por su comprensión, por sus consejos y por brindarme 8 años de su amistad. Sobre todo a la familia Aguado López por brindarme su cariño y hacer mi estancia más agradable.*

*Porque Dios ha dicho: "Nunca te dejaré;*

*Jamás te abandonaré".*

---

## INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
1. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1 Alimentación.....	9
1.2 Nutrición .....	9
1.3 Conducta alimentaria .....	10
1.3.1 Conductas Alimentarias de Riesgo .....	11
1.4 Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	12
1.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	13
1.5.1 Anorexia Nervosa.....	14
1.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nervosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales .....	14
1.5.2 Bulimia Nervosa .....	15
1.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nervosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales .....	15
1.5.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificados .....	17
1.6 Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	18

---

1.7 Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	19
1.7.1 Factores socioculturales.....	19
1.7.2 Factores psicológicos.....	20
1.7.3 Factores familiares.....	21
1.7.4 Factores biológicos.....	22
1.7.4.1 Adolescencia.....	22
1.7.4.2 Pubertad o adolescencia temprana.....	23
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	24
3. JUSTIFICACIÓN.....	25
4. OBJETIVO.....	26
4.1 Objetivo general.....	26
4.1.1 Objetivos específicos.....	26
5. HIPÓTESIS.....	27
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
6.1 Tipo de estudio.....	27
6.1.2 Muestra.....	27
6.3. VARIABLES DE ESTUDIO.....	28
6.3.1 Sociodemográficas.....	28

---

6.3.2 Factores de riesgo.....	29
6.3.2.1.Índice de Masa Corporal .....	29
6.3.2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo.....	30
6.3.2.3 Factores socioculturales.....	31
6.3.2.4 Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal .....	32
6.4 Instrumento .....	33
6.5 Materiales.....	35
6.6 Procedimiento .....	35
6.7 Análisis estadístico.....	36
6.8 Aspectos éticos .....	36
7. RESULTADOS .....	37
7.1 Distribución de las características sociodemográficas .....	37
7. 2 Distribución de la evaluación antropométrica .....	40
7.3 Distribución de los factores de riesgo.....	41
7.3.1 Distribución de los factores socioculturales.....	41
7.3.2 Distribución de Conductas Alimenatarias de Riesgo.....	47
7.3.3 Distribución de la Satisfacción /Insatisfacción con la imagen corporal.....	50
7.3.4 Distribución de actitudes hacia la figura .....	51
7.4 TENDENCIAS 2007-2010 de los factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. ....	53

---

7.4.1 Distribución de la evaluación antropométrica .....	53
7.4.2. Distribución de los factores de riesgo.....	54
7.4.2.1 Distribución de los factores socioculturales .....	54
7.4.2.2 Distribución de Conductas Alimentarias de Riesgo .....	57
7.4.2.2 Distribución de actitudes hacia la figura corporal .....	61
7.4.2.4 Distribución de la Satisfacción/ Insatisfacción con la imagen corporal .....	63
8. DISCUSIÓN .....	65
9. CONCLUSIONES.....	73
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	76
Anexos.....	84

---

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La importancia de contar con datos acerca de las prevalencias a lo largo del tiempo y del comportamiento que siguen los factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) radica en que, además de reforzar el aspecto teórico, permiten señalar las directrices que pueden ser usadas para el diseño de programas de prevención. **OBJETIVO:** Determinar la tendencia de factores de riesgo asociados a TCA de la medición 2007 al 2010, en estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se utilizó una muestra a conveniencia. Se aplicó un cuestionario multidimensional que evaluó: Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), factores socioculturales, actitudes hacia la figura, insatisfacción con la imagen corporal, a dos muestras a conveniencia de estudiantes (n=471, 2007; n= 434, 2010) de 15 a 19 años de edad (X=16.03; D.E=1.00, 2007; X=16.32; D.E=.999, 2010). Para el Índice de Masa Corporal (IMC) se pesó y midió a cada sujeto. Se hicieron análisis descriptivos y de chi-cuadrada. **RESULTADOS:** A pesar de que 75.3% de los participantes tuvo IMC normal, el 61.5% está insatisfecho con su imagen corporal. Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, la presencia de CAR aumentaron tanto en mujeres (4.7% en 2007, a 6.9% en 2010) como en hombres (1.3% en 2007, a 3.2% en 2010). Al analizar cada uno de los factores del instrumento por sexo, solamente en varones se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ( $X^2= 15.63$ ,  $p=0.001$ ) en el factor restricción. El 16.8% de los sujetos han hecho suyo el ideal de delgadez, reiterándose que las mujeres son quienes más han interiorizado este modelo. **CONCLUSIÓN:** La tendencia mostró que CAR sigue afectando en mayor proporción a las mujeres. Un aspecto importante, fue el incremento de las actitudes y conductas alimentarias entre los varones, por lo que hay que considerar esto en el diseño de programas de prevención.

**Palabras clave:** Adolescentes, factores de riesgo, tendencias.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The importance of having data about the prevalence over time of the risk factors associated with eating disorders is that, in addition to strengthening the theoretical side, the opportunity to bring the guidelines that can be used to design programs prevention. **OBJECTIVE:** The main purpose of this study was to determine the risky factors trends associated eating disorders in a bachelor's students from a Private High-School in Pachuca, Hidalgo, in the period 2007- 2010. **MATERIAL AND METHODS:** A self-report a multidimensional questionnaire on eating behaviours, sociocultural factors, attitudes toward figure and body dissatisfaction, two samples of students (n = 471, 2007, n = 434, 2010) range of 15 to 19 years (X=16.03; D.E=1.00, 2007; X=16.32; D.E=.999, 2010). To calculate the Body mass index (BMI) each subject was weighed and measured. Descriptive and chi-squared analysis were performed, comparisons by sex. **RESULTS:** Although 75.3% of sample was normal BMI, 61.5% were dissatisfied with their body image. Although not statistically significant difference in percentage, the presence of CAR increased both in women (4.7% in 2007 to 6.9% in 2010) and men (1.3% in 2007 to 3.2% in 2010). When analyzing each of the factors of the instrument, only in males obtained a statistically significant difference ( $\chi^2= 15.63$ ,  $p= 0,001$ ) in restricted factor. The 16.8% of students have embraced body thin-ideal, reiterating that women are the ones who have internalization this model. **CONCLUSION:** The trend showed that behavior eating are still disproportionately affects women. An important aspect was the increase in eating attitudes and behaviors among men so it must be considered in designing prevention programs.

**Key words:** Adolescents. Trends. Risky factors.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Alimentación**

La alimentación considera la forma de proporcionar a cada individuo los alimentos en cada circunstancia precisa para su desarrollo adecuado o situación fisiopatológica, impactando la salud de las personas. La alimentación diaria del individuo debe contener una cantidad suficiente de los macro y micronutrientes para cubrir las necesidades fisiológicas, mismas que se hayan influenciadas por numerosos factores como: el sexo, la edad, el estado fisiológico, la composición corporal, la actividad física y las características específicas de cada individuo (Calañas, 2005). Para hablar de alimentación, no es suficiente concebir al ser humano como un sistema biológico, sino que es necesario considerar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que lo rodean (Raich, López y Sánchez, 2006), ya que esta ligada a condicionantes geográficos, climáticos, económicos, religiosos e ideológicos (Calañas, 2005).

Por lo anterior es necesario diferenciar entre la nutrición, la conducta alimentaria y conducta alimentaria de riesgo.

### **1.2 Nutrición**

Es el estudio científico de los alimentos y de cómo estos mantienen el cuerpo e influyen en nuestra salud, el proceso de nutrición incluye ingestión, absorción, transporte, metabolismo y eliminación de nutrimentos. Siendo un proceso mediante el cual, el organismo obtiene los nutrimentos del alimento. Todo esto tiene como propósito la conservación de la vida, el crecimiento, la reproducción, el funcionamiento normal de los órganos y la producción de energía. (Thompson, Manore, & Vaughan, 2008).

### **1.3 Conducta alimentaria**

Para comprender el término conducta alimentaria, es necesario tener claro el concepto de conducta, la cual se entiende como: conjunto de actividades externas observables en el individuo y de fenómenos internos no observables concomitantes, como metas, motivaciones, emociones, entre otras (Gispert, 2000).

La conducta alimentaria comienza por el hambre, es decir por mecanismos fisiológicos que indican la necesidad de consumo de sustancias que proporcionen energía al cuerpo. Relacionados con la ingestión alimentaria, participan factores como observar algún estímulo, olores, pláticas sobre alimentos, etc. Asimismo, la conducta alimentaria tiene un componente afectivo o emocional, ya que plantea una lista de eventos asociados con la comida entre los que se destacan los festejos de cumpleaños, bodas, celebraciones (Rodríguez de Elías, 2008). Por la cual, la conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003).

La alteración de esta conducta ha dado origen a lo que conoce como Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como la Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos (se presenta en personas cuyas actitudes y conductas están alteradas, pero si cumplir los criterios diagnósticos completos de la Anorexia Nervosa o Bulimia Nervosa). En los cuales se ven distorsionado los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose la importancia de mantener un balance entre la ingestión y gasto de energía, lo que repercute de manera importante en el estado nutricional y por ende en la salud del individuo (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010<sup>b</sup>).

Estas alteraciones ocurren principalmente, entre las mujeres. La adolescencia es el periodo en el que más se desarrollan aunado con la crisis de crecimiento, con sus momentos de indefinición, confusión y cambios corporales, propician el ensayo de nuevas conductas y actitudes que en muchas ocasiones resultan problemáticas,

dando como resultado la práctica de conductas alimentarias de riesgo (Gutiérrez *et al.*, 2001).

### **1.3.1 Conductas Alimentarias de Riesgo**

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se definen como aquellas conductas compensatorias inapropiadas características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) determinados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV-TR (APA, 2002) y que no cumplen en frecuencia e intensidad de los TCA. Dichas conductas incluyen: la preocupación por engordar, los atracones, sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias restrictivas (práctica de dietas restringidas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar), y purgativas (uso de diuréticos o laxantes y vómito auto-provocado), conductas relacionados con el fin consciente de perder peso y mejorar la figura corporal (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010).

En estudios recientes (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006; Nuño-Gutiérrez *et al.*, 2009; Unikel-Santoncini y Saucedo-Molina, 2010) realizados en población mexicana han confirmado la presencia de estas conductas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes y de manera preponderante en las mujeres. En México los porcentajes de CAR fluctúan desde 5% hasta 18%, en mujeres adolescentes de bachillerato y universitarias (Rodríguez *et al.*, 2008<sup>a</sup>). Sin embargo, en investigaciones recientes (Unikel-Santoncini *et al.*, 2000; Aguilera-Barreiro y Millán-Suazo 2006; Chávez *et al.*, 2008; Saucedo-Molina *et al.*, 2008; Nuño-Gutiérrez *et al.*, 2009) en adolescentes de diversas partes de la república han reportado porcentajes que van desde 4% hasta 30%.

Entre los factores de riesgo más estudiados como favorecedores de CAR están: el índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura delgada (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002).

Las actuales preferencias sociales por la delgadez han afectado la conducta alimentaria y las actitudes respecto a la comida entre las mujeres adolescentes y jóvenes; por tal motivo, la dieta restringida se ha considerado como una conducta normativa (Morán, Cruz, y Iñarritu, 2009).

#### **1.4 Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

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

A nivel internacional se ha encontrado que la incidencia de Anorexia Nervosa (AN) es de ocho casos por 100,000 habitantes por año, mientras que la Bulimia Nervosa (BN) es de doce casos (Hoek & Hoeken, 2003).

Los TCA son más comunes entre las mujeres principalmente adolescentes, que entre hombres con una relación 10:1 (Hoek & Hoeken, 2003). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) ha estimado que la prevalencia de BN en la población adolescente y juvenil femenina varía de 1% a 3%, mientras que para la AN es de 0.5%.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos de TCA en México se ha llevado a cabo en la población estudiantil, mediante la aplicación de cuestionarios de tamizaje. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México de septiembre 2001 a mayo de 2002 entre la población de 18 a 65 años de edad, se encontró una prevalencia nula de AN y de BN alguna vez en la vida de 0.6% para hombres y 1.8% para mujeres, dejando fuera a los adolescentes en donde son más frecuentes los TCA (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Los estudios en México han señalado un incremento en la prevalencia de BN y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANEs) de 1995 al 2001,

Mancilla Díaz y colaboradores (2006), con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas realizaron un estudio en dos muestras comunitarias, la media de edad fue de 19 años. Los resultados del estudio revelaron que en la muestra de 1995 la prevalencia de BN y TANEs fue de 0.14% y 0.35% respectivamente, y en el 2001 de 0.24 % y 0.91%. En ninguna de las dos muestras evaluadas se encontraron casos de AN (Mancilla *et al.*, 2006).

## **1.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Los TCA se definen como procesos caracterizados por anomalías en el comportamiento de la ingestión de alimentos, en un intento para controlar el peso, cuya base y fundamento se encuentra en una alteración psicológica (Raich, 1994).

Se observa en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo, estos trastornos constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, siendo más frecuentes en la población femenina (Méndez, Vázquez, y García, 2008), desarrollándose por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud, debido a que es un periodo de numerosos cambios tanto a nivel corporal como sexual y psicológico (Guellar y Crispo, 2000). Los pacientes con un TCA han distorsionado la imagen del cuerpo y expresan un deseo por estar delgados (Pritts & Susman, 2003).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) reconoce los principales TCA relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal, y estos se dividen en trastornos del comportamiento alimentario específicos que comprende: Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa; y Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados, que codifican aquellos que no cumplen para uno en específico (Méndez, Vázquez, y García, 2008).

### **1.5.1 Anorexia Nervosa**

La Anorexia Nervosa es una enfermedad psicosomática que se caracteriza por una pérdida de peso inducida y mantenida por el propio paciente, que conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad) (Berkman *et al.*, 2006).

#### **1.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de AN según el DSM-IV-TR (APA, 2002)**

A. Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (e.g., pérdida del peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamiento hormonales, e.g., con la administración de estrógenos).

Tipos:

- Restrictivo: Durante el episodio de la AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (e.g., provocación del vómito o el uso excesivo de laxantes diuréticos o enemas).

- Compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (e.g., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### **1.5.2 Bulimia Nervosa**

La Bulimia Nervosa, se define por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos (atracones), junto con una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la excesiva ingesta (Berkman *et al.*, 2006).

El inicio de la bulimia ocurre en la adolescencia y es más frecuente entre las mujeres, aunque la proporción de género es de aproximadamente 9:1, mujeres y hombres respectivamente (Berkman *et al.*, 2006).

#### **1.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de BN según el DSM-IV-TR (APA, 2002)**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (e.g., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (e.g., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo y la cantidad de comida que se esta ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso como son provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayunos y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiados tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de la anorexia nervosa.

Tipos:

- Purgativos: Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- No purgativos: Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo, emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio excesivo, pero no recurre regularmente a provocarse vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Según la Sociedad Americana de Medicina del Adolescente, estos criterios no deben ser aplicados de forma estricta en los adolescentes. Debido a sus características especiales (variabilidad en el crecimiento y desarrollo físico y mental durante la pubertad, ausencia de períodos menstruales en la fase inicial de la pubertad, irregularidades tras la menarquía, entre otras); el uso de criterios estrictos puede evitar un reconocimiento precoz (Rodríguez *et al.*, 2005). En la Tabla 1 se muestra las principales complicaciones clínicas para la AN y BN.

**TABLA 1.** Características clínicas de la Anorexia y Bulimia Nervosa

<b>FACTORES</b>	<b>ANOREXIA NERVOSA</b>	<b>BULIMIA NERVOSA</b>
<b>Síntomas</b>	Amenorrea, estreñimiento, dolor de cabeza, letargo, intolerancia al frío.	Signo de Rusell, aumento del tamaño de las glándulas parótidas, erosiones del esmalte dental, Hematemesis leve, Dolor abdominal, Irregularidades menstruales.
<b>Complicaciones Médicas</b>	Bradycardia, arritmias cardíacas, hipoglucemia, hipercolesterolemia, retraso en el vaciamiento, osteoporosis, retraso en el crecimiento.	Alteraciones hidroelectrolíticas, descalcificaciones interna de los dientes, arritmias cardíacas, hemorragias gastrointestinales.
<b>Resultados de laboratorio</b>	Hipoglucemia, niveles altos de urea en sangre, disminución de T3 yT4, leucopenia, hipocalemia, disminución de las enzimas hepáticas, en mujeres niveles bajos de estrógenos y testosterona en hombres.	Desequilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hidropocloremia), alcalosis metabólica.

**T3 = triyodotironina, T4=tiroxina.**

Fuente: DSM-IV-TR (APA, 2002)

### **1.5.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificados**

Los TANEs según el DSM-IV-TR (APA, 2002), se definen como aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos de ellos son:

1. En mujeres que se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumple todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumple todos los criterios de diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal. (e.g., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

### **1.6 Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La etiología de estos trastornos es multifactorial (Aguina, Fernández, & Varo, 2000), se habla de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Entre los primeros, se describen aquéllos que combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad, dándole una mayor importancia a las características psicológicas de los pacientes y a los factores genéticos, hormonales, de funcionalidad familiar y factores socioculturales como la publicidad y la moda. Entre los factores precipitantes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, o a aquellos factores que marcan el momento de su inicio; cabe destacar la insatisfacción con el peso y figura corporal, y la presencia de actitudes alimentarias restrictivas. Los factores perpetuantes: son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso morboso, llevándolo a una calidad de cronicidad (Unikel-Santoncini y Gómez-Peresmitré, 2004).

## **1.7 Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Se entiende por factor de riesgo aquellos condicionantes (estímulos, conductas y características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla *et al.*, 2006).

La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome – un conjunto de síntomas (cualitativos y cuantitativos agrupados) como son los criterios diagnósticos de la anorexia, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificados en el DSM-IV-TR (APA, 2002), mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia (Mancilla *et al.*, 2006).

### **1.7.1 Factores socioculturales**

Se ha postulado que los factores culturales y ambientales desempeñan un papel importante en el inicio de las alteraciones de la conducta alimentaria (Méndez *et al.*, 2008), comprendidos en la “cultura de la delgadez”, que sobrevalora la figura delgada, para el caso de las mujeres, y la musculosa para los varones, que son transmitidos a través de la imitación de los modelos estéticos dominantes, de la percepción de mensajes verbales de los propios familiares, amigos y de los medios masivos de comunicación (Saucedo-Molina y Cantú, 2001), mismos que han conseguido impregnarse tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, dando origen a una moda que se ha diseminado en las últimas décadas y ha sido aceptada por la sociedad de manera progresiva y normativa (Saucedo-Molina *et al.*, 2008).

Dentro de los grupos más vulnerables a esta presión sociocultural sobresalen los representados por púberes y adolescentes, especialmente porque se encuentran

en una etapa de cambios corporales y psicológicos importantes (Saucedo-Molina y Cantú, 2001).

Las imágenes que promueven los medios pueden dañar a los niños y adolescentes, y provocar en ellos problemas alimentarios, debido a que los mensajes son interiorizados y usados como fuentes de información para cambiar la apariencia física (Escoto, 2008). Se ha encontrado que la influencia de la publicidad incide sobre aspectos como el malestar por la imagen corporal, conductas compensatorias, preocupación con el peso y la comida (Rodríguez *et al.*, 2008<sup>b</sup>).

Para comprender el desarrollo de los TCA, el primer camino comienza con la influencia de la publicidad que conduce a la insatisfacción corporal, la cual es un factor de riesgo por la motivación para adelgazar que puede conducir a la restricción en la alimentación o a sentimientos negativos, posteriores al atracón, a su vez, la restricción conduce a la preocupación por la comida y al atracón. La insatisfacción corporal es uno de los factores riesgo más estrechamente relacionado con la patología alimentaria (Álvarez, 2006, en Escoto, 2008).

### **1.7.2 Factores Psicológicos**

Los rasgos psicológicos que se han hallado asociados a los TCA son: déficits en la autoestima, dependencia, temores a la pérdida de control, depresión, ansiedad, inseguridad, problemas de identidad y vivencias de soledad y temor a la misma y al abandono (Aguina, Fernández, & Varo, 2000).

Las personas que padecen un trastorno alimentario, suelen tener una pobre relación social. Las restricciones sociales que se autoimponen para no ser observadas ni juzgadas favorecen una cierta fobia social, pues al huir de estas situaciones se sienten más relajadas y tienden a evitarlas más a menudo. En particular, las mujeres suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. Es decir, si no se consideran atractivas entonces no sirven para nada (Raich, 1994).

Las personas que desarrollan AN tienen características de personalidad que al unirse con otros factores predisponen, precipitan y mantiene la cronicidad. Entre los rasgos de personalidad que los caracterizan se encuentran: baja autoestima, rigidez, meticulosidad, autocontrol, inmadurez, pensamiento polarizado, obsesividad, tendencia hacia el perfeccionismo (Cassin & von Ranson, 2005). En una muestra de adolescentes recuperadas de AN, encontraron mayor perfeccionismo y desconfianza interpersonal que en un grupo control, observando que la depresión y las fobias, incluyendo la social, era la comorbilidad psiquiátrica más frecuente (Aguina, Fernández & Varo, 2000).

Al contrario que en los individuos con AN, aquellos con BN tienden a ser más impulsivos, tienen baja autoestima y muestran un estilo de personalidad extrovertida y errática que buscan la atención y admiración de los demás. Entre el 25% y el 75% de los individuos con BN también presentan un trastorno de ansiedad generalizada, que es mayor que el observado en individuos con AN (Cassin & von Ranson, 2005).

### **1.7.3 Factores Familiares**

Se ha encontrado que los antecedentes familiares son una de las principales causas de este fenómeno, un entorno infantil que incluye críticas negativas de padres o hermanos, depresión o divorcio, contribuyen a la aparición de estos trastornos. La apariencia externa en busca de aceptación y amor se vuelve una necesidad, dejando poco tiempo o energía para el crecimiento interno (Kirschmann & Nutrition Search, 2007). Pueden surgir malestares en las relaciones con el propio medio familiar, porque los padres demasiado protectores no les permiten experimentar para crecer; o donde la depresión del alguno de sus padres, la violencia física o psicológica, los hacen sentirse desvalorizados e inseguros, y la comida termina siendo utilizada como una “arma” para oponerse o discriminarse (Guellar y Crispo, 2000).

Durante la niñez, los padres y otros familiares proporcionan la mayor parte de la comida que se consume, de modo que influye en el desarrollo del concepto de la cantidad de comida que se debe consumir, cuándo, con qué frecuencia y qué tipo

etc. Existe una convincente evidencia que los padres pueden contribuir directamente sobre los problemas alimentarios de sus hijos según los valores sociales y actitudes que les transmiten. En particular, si fomentan un ambiente familiar con énfasis en la atracción física y en la admiración por la delgadez. Por lo tanto, esto puede animar a llevar a cabo comportamientos dietéticos restrictivos y ejercicios extenuantes en búsqueda de una forma “ideal” del cuerpo. Asimismo, los hijos de madres con TCA también están en situación de riesgo de desarrollar un TCA. En este sentido, Stein *et al.*, (2006) en un estudio longitudinal observó que los niños cuyas madres con TCA manifestaban mayores alteraciones en sus hábitos alimentarios que los sujetos controles y presentaban un mayor riesgo de desarrollar un cuadro de TCA.

Los factores familiares pueden tener mayor influencia en mujeres jóvenes que tienen rasgos de ansiedad, debido a que es más probable que éstas interioricen presiones y expectativas conforme a los valores familiares (Rodríguez de Elías, 2008).

#### **1.7.4 Factores Biológicos**

##### **1.7.4.1 Adolescencia**

Si nos remontamos a su significado etimológico, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo sentido es llegar a la maduración, mientras que la palabra *adolescente* proviene del latín, *ad*: hacia y *olere*, crecer, lo que significa transición o proceso de crecimiento (Guellar y Crispo, 2000).

La adolescencia es un proceso psicosocial propio del ser humano, que comprende todos aquellos cambios que constituye la transición de niño a adulto y que se acompaña de una serie de ajustes que eventualmente le permite aceptar las transformaciones morfológicas, buscar un nuevo concepto de identidad y realizar un plan de vida (Casanueva y Morales, 2001), se considera que la adolescencia se inicia con la pubertad y termina con la madurez principalmente de tipo sexual. Dentro de la definición cronológica de adolescencia, esta etapa se determina por lo general entre los 13 y 20 años de edad (Hernández y Moreno, 2003).

#### 1.7.4.2 Pubertad o adolescencia temprana

La palabra pubertad deriva del latín *pubertas*, que se define como la edad de la madurez, y normalmente se considera que tiene su comienzo con el inicio de la menstruación en las chicas y la aparición del vello púbico en los chicos (Coleman y Hendry, 2003). Los dos primeros años de la pubertad se conocen como “preadolescencia” o “niño pubescente o púber”, la edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para el varón (Hernández y Moreno, 2003).

La pubertad no es sinónimo de adolescencia. La pubertad acaba mucho antes de que finalice la adolescencia y, a menudo, se considera como marcador del inicio de dicha etapa. La pubertad es un periodo en el que se produce una rápida maduración física asociada a los cambios corporales y hormonales que tienen lugar durante la primera etapa de la adolescencia (Santrock, 2003).

Durante la pubertad, aumentan en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Igualmente incrementan las necesidades nutricias por su relación con una mayor cantidad de estrógenos en mujeres y testosterona en hombres, produciendo un incremento significativo de la masa magra, masa esquelética y por ende, mayor masa celular. Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso lo cual, a su vez, pueden dar lugar a conductas alimentarias alteradas (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002) y el adolescente se vuelve vulnerable a desarrollar un TCA (Guellar y Crispo, 2000).

El estilo de vida del adolescente, la combinación de factores genéticos, psicológicos y socioculturales pueden dar lugar a trastornos de la alimentación, alterando la cantidad y calidad de los nutrimentos, que puede repercutir en el estado de salud, lo que ocasiona fallas en el crecimiento y desarrollo (Casanueva y Morales, 2001).

## 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los TCA son trastornos psicopatológicos que cursan con graves alteraciones de la conducta alimentaria; afectando principalmente a los adolescentes. Un estudio realizado por Unikel-Santoncini *et al.*, (2002), con una muestra (N= 7 597) de adolescentes de 13 a 18 años de edad, donde se reportó que el 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, fueron los que mostraron mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. En otro estudio realizado con estudiantes del Distrito Federal de ambos sexos de 12 a 19 años de edad, se encontró que 29.8% de mujeres y el 11.5% de hombres tienen preocupación por engordar; 8.0% de mujeres y 6.1% de hombres utilizan métodos purgativos; 14.7% de mujeres y 11.9% de hombres emplean métodos restrictivos; 5.9% de mujeres y 6.5% de los hombres presentan atracones; 22.4% de mujeres y 11.0% de hombres sobreestiman su peso; y 9.6% de mujeres y 3.8% de hombres presentan por lo menos tres indicadores de riesgo (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006). Por otra parte los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006 (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006); señalaron que 18.3% de los jóvenes les preocupó engordar; mientras que el 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado alguna conducta de riesgo como: dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso y en menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. Sin embargo se observó que la práctica de estas conductas alimentarias de riesgo es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

Por lo tanto, las investigaciones de los TCA se han centrado principalmente en esta etapa (Sepúlveda *et al.*, 2008), debido a que está determinada por cambios físicos, psicológicos y sociales importantes (Toro, 2000). Los adolescentes

constituyen un grupo de riesgo porque sobrevaloran sus dimensiones corporales se sienten insatisfechos con su cuerpo y/o apariencia física, desean perder peso, pretende reducir el volumen corporal y lo que lleva a someterse a dietas restrictivas (Benedito *et al.*, 2003). En el primer estudio realizado en el Estado de Hidalgo con una muestra probabilística (N= 2 194) de púberes de 11 a 15 años, se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal fue de 57% en mujeres y 61.6% hombres; se registró un 28% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 14% en hombres. El 25% de las mujeres y el 16% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida (Saucedo-Molina *et al.*, 2008).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Como se mencionó anteriormente, los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes.

En México se conocen casos de trastornos alimentarios por lo menos desde la década de los 70's. No obstante hasta dos décadas después se ha observado un incremento notable en el número de casos, así como mayor interés por el desarrollo de investigación, la difusión de información acerca de los TCA como enfermedades, detección de casos y el desarrollo de programas preventivos (Escoto, 2008). En el estado de Hidalgo no se cuentan con la suficiente información acerca de esta problemática, motivo por el cual el propósito de esta investigación consistió en determinar la tendencia de factores de riesgo asociados a TCA del año 2007 al 2010 en estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo.

Dada la creciente incidencia y prevalencia de los TCA es necesaria y esencial la obtención de información para la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Los hallazgos provenientes del presente trabajo aportó información que permitió contar con datos acerca de las prevalencias a lo largo del tiempo de los factores de riesgo asociados a TCA, además del aspecto teórico, esta investigación

sentó las bases para el diseño e implementación de intervenciones preventivas acordes a las necesidades de la población, ya que la detección precoz de los factores de riesgo es un instrumento esencial para evitar un incremento de estos y en consecuencia la aparición de un TCA, debido a que conlleva a complicaciones médicas, psicológicas y sociales, aunados a los altos costos de la enfermedad.

## **4. OBJETIVO**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la tendencia de los factores de riesgo asociados a TCA de la medición 2007 al 2010 en estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo.

#### **4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

-Determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA en estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo, siendo estos factores:

- Índice de Masa Corporal (IMC).
- Socioculturales (influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal), conducta alimentaria normal y tiempos de comida.
- Actitudes hacia la figura corporal.
- Conductas alimentarias de riesgo.
- Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

-Determinar diferencias por sexo de los factores de riesgo asociados a TCA.

-Comparar los factores de riesgo asociados a TCA en la medición 2007 al 2010.

## **5. HIPÓTESIS**

Existe un incremento significativo en la medición 2007 a la medición 2010 de factores de riesgo asociados a TCA, en estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo.

Existe mayor prevalencia de factores de riesgo en mujeres en comparación con los hombres.

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 Tipo de estudio**

- Estudio de campo de tipo transversal y comparativo.

### **6.2 Muestra**

Se trabajó con una muestra a conveniencia de 434 estudiantes (49.8% mujeres y 50.2% hombres) de 15 a 19 años de edad ( $X=16.32$ ;  $DE=.999$ ) del censo en el 2010 y del censo realizado en la misma institución, pero en el 2007, se obtuvo una muestra de 471 estudiantes (51% mujeres y 49% hombres) estudiantes de 15 a 19 años ( $X=16.03$ ;  $DE=1.00$ ).

### **Criterios de inclusión**

- \* Alumnos de la preparatoria.
- \* Que contestaron correctamente por lo menos el 90% del instrumento de evaluación.
- \* Mujeres y hombres con un rango de edad de 15 a 19 años de edad.

### **Criterios de exclusión**

- \* Adolescentes embarazadas.

## **Criterios de eliminación:**

- \* Alumnos que dejaron de asistir a la preparatoria durante el proceso del estudio.
- \* Alumnos que hayan participado en el estudio del 2007.
- \* Alumnos que se negaron a participar.

## **6.3. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **6.3.1 Sociodemográficas.**

- **Sexo**

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

*Definición operacional:* Pregunta directa en el cuestionario.

- **Edad**

*Definición conceptual:* “La edad de un individuo se determina con el número de años y/o meses de vida cumplidos. La fecha de nacimiento es el dato que hay que obtener y al relacionarlo con la fecha en que se realiza la medición; por medio de una resta se obtiene el número de años y meses cumplidos” (Peláez, Torre y Ysunza, 1993, p. 7).

*Definición operacional:* Pregunta directa en el cuestionario, ¿Cuál es tu edad en años?.

- **Clase social**

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

*Definición operacional:* Para fines de este trabajo, se incluirán en el cuestionario las siguientes opciones de respuesta para estratificar dicha variable:

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1) Alta: > \$ 12,600           | 4) Media baja: \$ 2,521-3,779 |
| 2) Media alta: \$ 6,301-12,600 | 5) Baja: \$1,261-2,520        |
| 3) Media: \$ 3,780-6,300       | 6) Pobre: \$ 1,260            |

### 6.3.2 Factores de riesgo

#### 6.3.2.1 IMC

*Definición conceptual:* “El Índice de Masa corporal, también conocido como Índice de Quetelet, que fue descrito y publicado por L. Adolph Quetelet; es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona; razón que se establece al dividir el peso corporal de un individuo expresado en kilogramos entre la estatura expresada en metros, elevada a la cuadrado” (Ávila-Rosas y Tejera-Barrera, 2001, p.604).

*Definición operacional:* Esta variable se evaluará mediante la fórmula:

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

Los sujetos se clasificaron de acuerdo a los valores encontrados para población adolescente a partir de los puntos de corte percentilares señalados por el National Center for Health Statistics, (CDC, Growth Charts: United Status, 2000) (Tabla 2 y 3).

**Tabla 2.** Puntos de corte del IMC-P para adolescentes mujeres

<b>Categoría</b>	<b>Percentil</b>	<b>Valor</b>
<b>Desnutrición</b>	<5	<15.7446
<b>Bajo peso</b>	>5<15	15.7446-16.9605
<b>Normal</b>	>15<85	16.9605-24.4347
<b>Sobrepeso</b>	>85<95	24.4347-27.1835
<b>Obesidad</b>	>95	>27.1835

Fuente: National Center for Health Statistics, 2000.

**Tabla 3.** Puntos de corte del IMC-P para adolescentes hombres

<b>Categoría</b>	<b>Percentil</b>	<b>Valor</b>
<b>Desnutrición</b>	<5	<15.7541
<b>Bajo peso</b>	>5<15	15.7541-17.03557
<b>Normal</b>	>15<85	17.03557-25.3555
<b>Sobrepeso</b>	>85<95	25.3555-28.1904
<b>Obesidad</b>	>95	>28.1904

Fuente: National Center for Health Statistics, 2000.

### 6.3.2.2 Conductas alimentarias de riesgo

*Definición conceptual:* “Seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito autoinducido, todas ellas con el fin consciente de perder peso” (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006, p.16).

Considerando las siguientes conductas.

- **Atracón-Purga**

*Definición Conceptual:* “Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (1 o 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, así como vómito autoinducido y ayuno (APA, 2002, p.563).

- **Restricción**

*Definición conceptual:* “Tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal”(Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998, en Saucedo-Molina *et al.*, 2008, p. 233).

- **Medidas compensatorias**

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

### **6.3.2.3 Factores socioculturales**

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

Dentro de estos factores se encuentran:

- **Influencia de la publicidad**

*Definición conceptual:* Mensajes verbales e imágenes acerca del peso la figura y el cuerpo, emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación” (Ritter, 1998, en Escamilla, 2008, p. 31).

- **Malestar con la imagen corporal**

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

- **Conducta alimentaria normal**

*Definición conceptual:* No solo se refiere a la ingestión de alimentos, es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica,

psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos y que se ve influenciada por factores ajenos a la persona” (Saucedo-Molina, 2003).

- **Tiempos de comida**

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

*Definición operacional:* Tanto las conductas alimentarias como los factores socioculturales fueron evaluados a través de dos cuestionarios validados y confiabilizados por Unikel-Santoncini Bojórquez-Chapela y Carreño-García (2004) y por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010<sup>a</sup>). Las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro categorías: Nunca (1), Pocas veces (2), Muchas veces (3) y Siempre (4). Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas a excepción de la variable tiempos de comida y conducta alimentaria normal, ya que en éstas a mayor puntuación, es menor problema.

#### **6.3.2.4 Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal**

*Definición conceptual*” Es una de las dos dimensiones de la imagen corporal considerada factor de riesgo para el desarrollo de TCA, y se define como la discrepancia que existe entre el modelo estético corporal (delgadez para la mujeres y musculatura en los hombres) asumido y la imagen corporal propia percibida y se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal” (Mancilla *et al.*, 2006, p.128).

*Definición operacional:* “Esta variable se medió por medio de una escala de nueve figuras desde una muy delgada hasta una obsesa (de hombres o mujeres según sea el caso). Diferencia entre figura actual y figura ideal, diferencias positivas o negativas se interpretan como insatisfacción, cuanto más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez- Peresmitré, Saucedo-Molina, y Unikel-Santoncini, 2001).

## 6.4 Instrumento

Consiste en un cuestionario multidimensional autoaplicable en su versión hombre (XY) y mujer (XX), que evalúa lo siguiente (ver Anexo 1 y 2).

- Factores socioculturales (influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal), conducta alimentaria normal y tiempos de comida (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010<sup>a</sup>).
- Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, y Carreño-García, 2004).
- Actitudes hacia la figura corporal (Interiorización del ideal de delgadez) (Unikel-Santoncini, Juárez, y Gómez-Peresmitré, 2006).
- Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se midió mediante una escala visual de nueve figuras corporales que van desde una muy delgada hasta una muy obesa (de hombres y mujeres según sea el caso), misma que se presentó en dos momentos a lo largo del instrumento (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina, y Unikel-Santoncini, 2001).

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

**Cuestionario para medir Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (FRATAP)**, para su validez en población mexicana, se aplicó en una muestra intencional, con selección no probabilística, constituida por 1306 sujetos, estudiantes de quinto, sexto de primaria, de primero y segundo de secundaria, tanto públicas y privadas de la Ciudad de México, con edades de 11 a 15 años con una media de 12.13 (DE  $\pm$  1.23). Se realizó un análisis de consistencia interna y un análisis factorial de Máxima Verosimilitud con rotación Oblimin. El cuestionario mide conductas alimentarias y aspectos socioculturales. El instrumento para mujeres quedó formado por 23 reactivos, con una alfa de Cronbach de 0.83. En la Tabla 4 (ver Anexo 3) se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial. Mientras que el instrumento para hombres quedó formado

por 22 reactivos, agrupados en cinco factores, arrojando una alfa de Cronbach de 0.75. En la Tabla 5 (ver Anexo 3) se muestra la distribución de los factores junto con su carga factorial. Es importante señalar, que en los varones no apareció el factor denominado dieta restringida, pero apareció otro que en las mujeres no, el factor conducta alimentaria normal (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010<sup>a</sup>).

**Cuestionario que mide Actitudes hacia la figura corporal.** Para su validez, se aplicó a una muestra no probabilística de 408 mujeres con una rango de edad de 15 a 24 años y una media 18.4 (DE  $\pm$  2.7) todas ellas, estudiantes de nivel medio superior y superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, y fue comparada con una muestra de 87 pacientes con trastornos alimentarios en tratamiento con una edad media de 18.8 años (DE  $\pm$  2.4). Se realizó un análisis de consistencia interna (alfa Cronbach) y un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua. El cuestionario tiene una alta confiabilidad (alfa 0.93). Consta de 15 preguntas que miden las actitudes hacía el cuerpo, incluye aspectos psicosocial y socioculturales relacionados con el desarrollo de los TCA, todas estas preguntas referentes a la importancia que le dan al peso y la aceptación por otras personas. En la Tabla 6 (ver Anexo 3) se muestra la distribución de los factores con sus cargas factoriales (Unikel-Santoncini, Juárez, y Gómez-Peresmitré 2006).

**Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo,** se aplicó a 78 pacientes mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario en tratamiento en la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría, con una media de edad de 20.2 (DE  $\pm$ 5.2) y se comparó con una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, con una media de edad de 19.3 (DE  $\pm$ 3.9). Se hicieron análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial de Componentes Principales con rotación oblicua. El instrumento tiene una alta confiabilidad (alfa=0.83). Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de

atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento. En la Tabla 7 (ver Anexo 3) se muestra la distribución de los factores junto con sus cargas factoriales (Unikel-Santoncini Bojórquez-Chapela, y Carreño-García, 2004).

## **6.5 Materiales**

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

## **6.6 Procedimiento**

- Se habló con el director de la preparatoria, a quien se le presentó el proyecto de manera clara y sencilla. Una vez obtenida la aprobación se acudió a la escuela preparatoria privada de la ciudad de Pachuca, para la aplicación grupal del instrumento. Esta actividad se llevó a cabo en el lugar asignado, en los días y horarios indicados por las autoridades correspondientes.
- Los responsables del estudio explicaron a los alumnos el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.
- Se dieron las instrucciones necesarias para el llenado del instrumento. Al finalizar dicha actividad se tomó el peso y talla de cada sujeto (por personal previamente capacitado y estandarizado en estas medidas antropométricas) registrando estos datos en su cuestionario.
- El peso se tomó con el mínimo de ropa (falda y blusa o pantalón y camisa según sea el caso), sin zapatos, en posición antropométrica; para la obtención de la talla se instaló el estadímetro en una pared lisa y sin bordes, los sujetos fueron

colocados descalzos y sin objetos en el cabello en posición erecta, con la cabeza en el plano de Frankfurt, con las extremidades superiores colgando a los costados, los talones juntos y las puntas separadas formando un ángulo de 45° aproximadamente (Felman, 2000).

- Posteriormente se procedió a la captura de datos para la elaboración del banco correspondiente para llevar a cabo el análisis estadístico.

## **6.7 Análisis estadístico**

La captura y el análisis de los datos se realizaron con el Statistical Package Social Science (SPSS) versión 17.0 para Windows; para cubrir los objetivos planteados se hicieron análisis descriptivos de las diferentes variables, así como, comparaciones por sexo, para realizar las tendencias se utilizó el estadístico Chi-cuadrada ( $X^2$ ), los resultados se reportaron en porcentajes.

## **6.8 Aspectos éticos**

Conforme al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, y de acuerdo al artículo 17, este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que únicamente se tomó el peso y la talla del sujeto, así como la contestación del cuestionario, estos son procedimientos en los que no se manipula la conducta del sujeto de investigación. Por lo tanto, no se requirió del consentimiento informado por escrito de los participantes (Ley General de Salud, 1984).

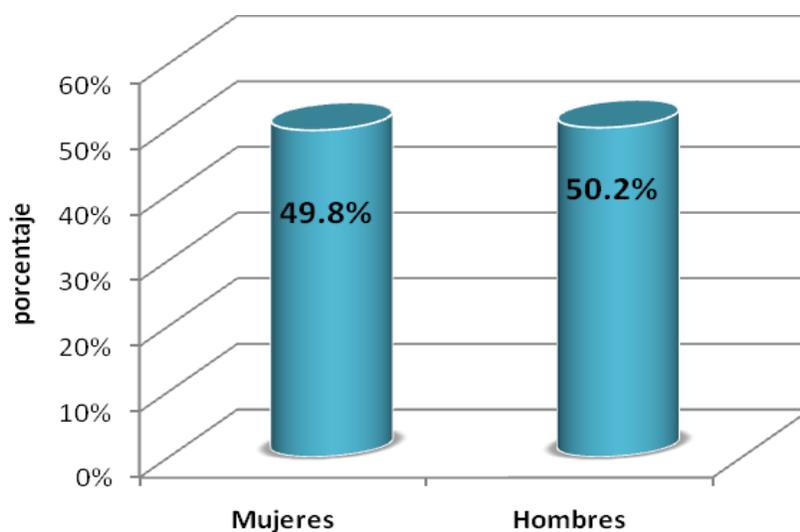
## 7. RESULTADOS

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

### 7.1 DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

- **SEXO**

Se trabajó con una muestra total de  $n=434$  estudiantes de una preparatoria privada en Pachuca, Hidalgo, conformado por 216 mujeres (49.8%) y 218 hombres (50.2%) como se muestra en la figura 1.

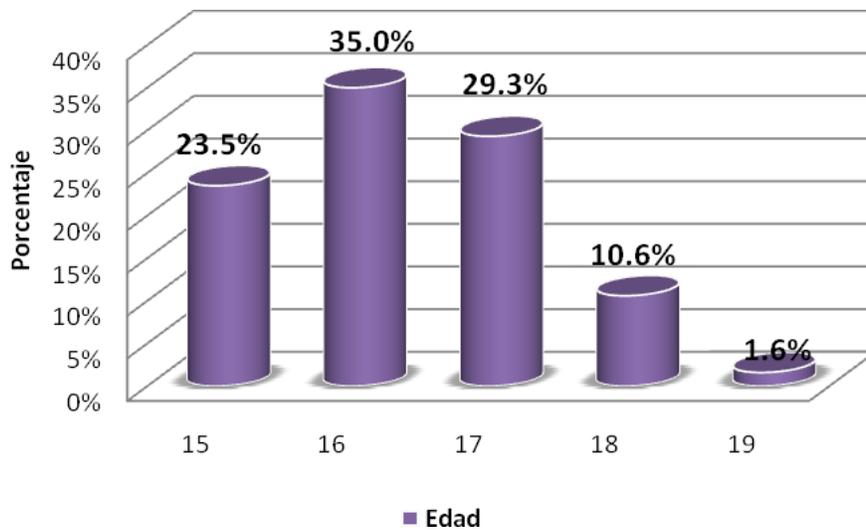


**Figura 1.** Distribución porcentual por sexo

- **EDAD.** (Figura 2)

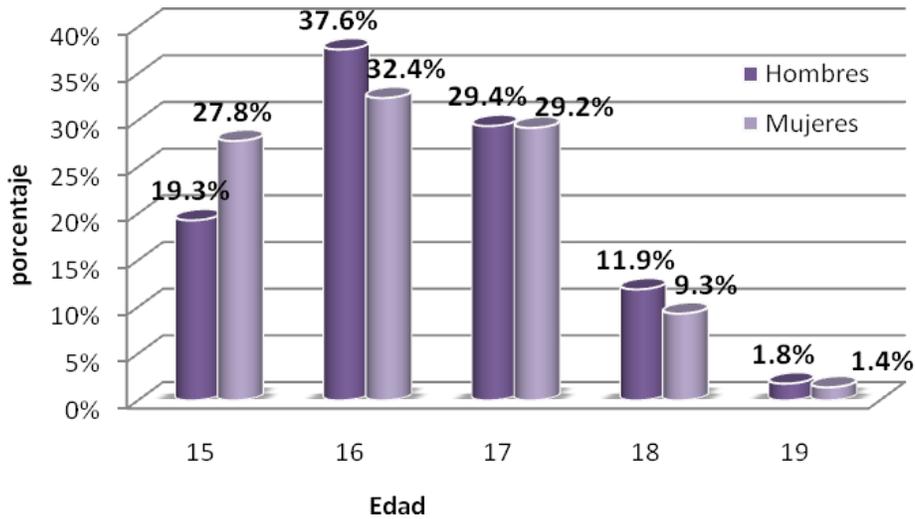
El rango de edad fue de 15 – 19 años, con una media de 16.32 (DE ± .999); donde los sujetos de 16 años obtuvieron los mayores porcentajes (35%), continuando con los de 17 (29.3%) y 15 años (23.5%); el menor porcentaje fue para los de 18 y 19 años (10.6% y 1.6% respectivamente).

**Figura 2.** Distribución porcentual por edad



- **EDAD POR SEXO**

En esta distribución (Figura 3), predominó el sexo masculino sobre el femenino encontrándose primeramente a los de 16 años (hombres 37.6% y mujeres 32.4%), seguidos por los 17 años (29.4% hombres y 29.2 % de mujeres) y por último a los 18 años (11.9% hombres y 9.3% mujeres). Las mujeres de 15 años obtuvieron un mayor porcentaje que los hombres (mujeres 27.8% y hombres 19.3%), y finalmente para la edad de 19 años (mujeres 1.4% y hombres 1.8%).

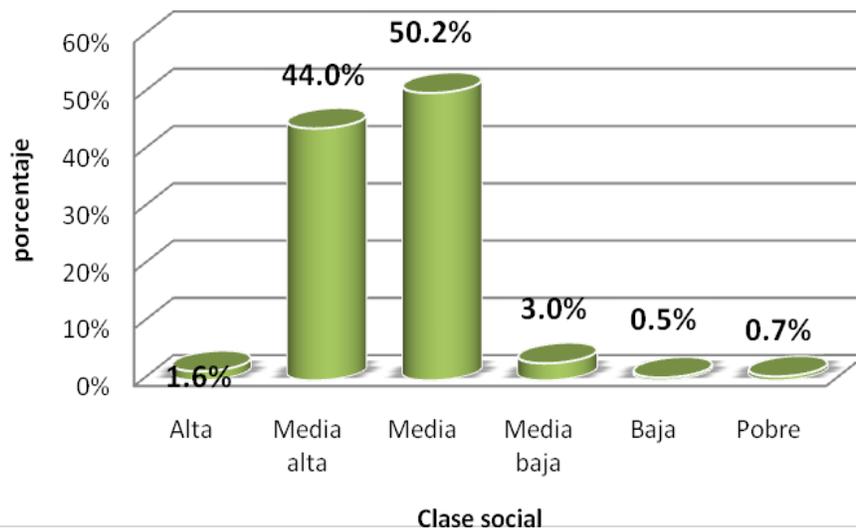


**Figura 3.** Distribución porcentual por edad y sexo

- **CLASE SOCIAL**

En cuanto a la clase social (Figura 4), se encontró 1.6% para la clase alta, 44% para la clase media – alta, 50.2% para la clase media, siendo éste el porcentaje más alto y 3% para la clase media baja, para terminar los porcentajes minoritarios fueron para la clase baja y pobre con un 0.5% y 0.7%, respectivamente.

**Figura 4.** Distribución porcentual de clase social

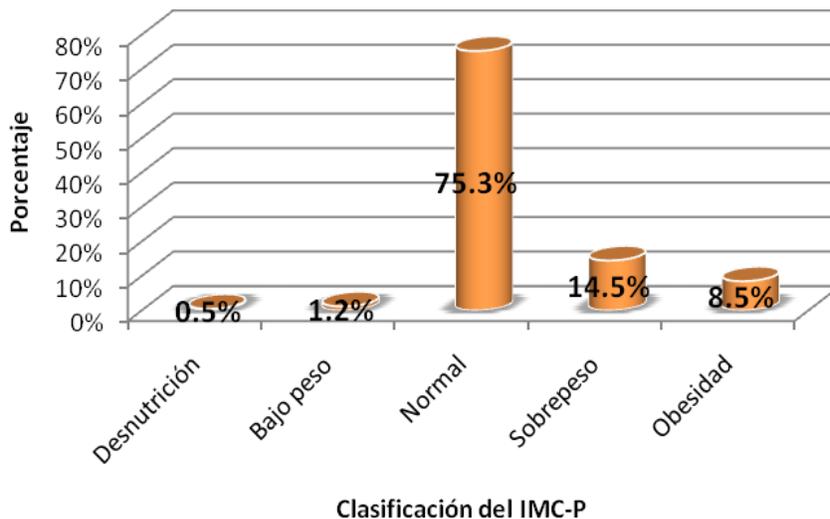


## 7. 2 DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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

Los datos del IMC-P arrojaron una media de 22.88 (D.E  $\pm$  3.65) (Figura 5), indicando que el 75.3% de los sujetos están dentro de la categoría normal, siendo éste el porcentaje más alto, mientras el 14.5% presenta sobrepeso y el 8.5% obesidad. Los menores porcentajes corresponden a las categorías de desnutrición (0.5%) y bajo peso (1.2%).

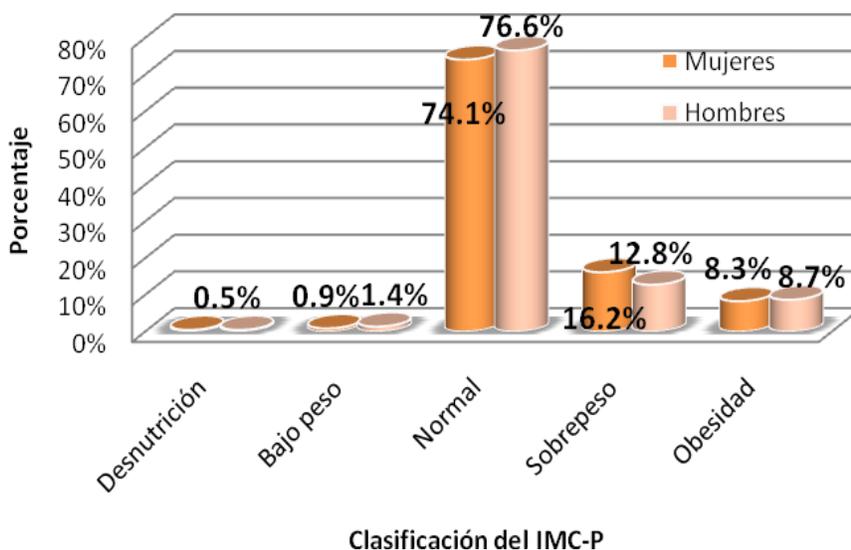
**Figura 5.** Distribución del Índice de Masa Corporal Percentilar



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

Los porcentajes más altos para ambos sexos (Figura 6) se encontraron en la categoría de normalidad; sin embargo predominó el sexo masculino (hombres 76.6% vs mujeres 74.1%). Para la categoría de sobrepeso, preponderó el sexo femenino sobre el masculino (mujeres 16.2% y hombres 12.8%), mientras el 8.7% de los hombres y el 8.3% de las mujeres presentaron obesidad. Los valores más pequeños fueron para la categoría de bajo peso (mujeres 0.9% y hombres 1.4%) y desnutrición con el 0.5% para ambos sexos.

**Figura 6.** Índice de Masa Corporal Percentilar por sexo



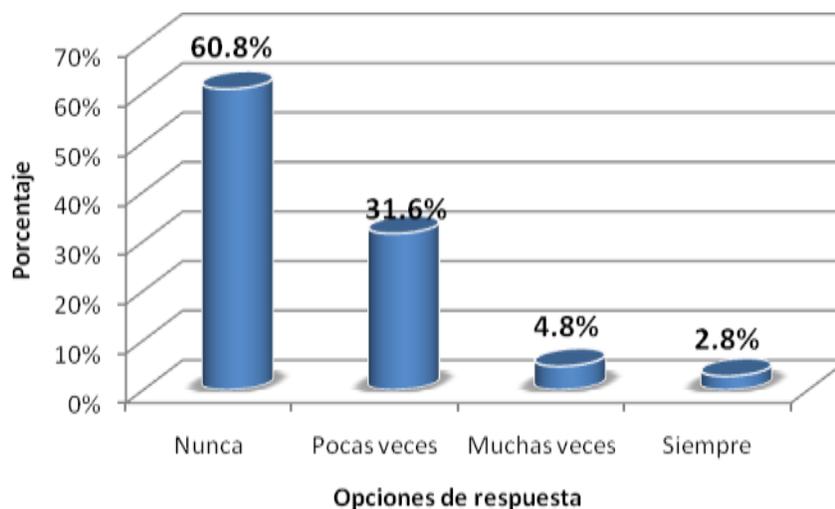
### 7.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

#### 7.3.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

Estos fueron evaluados a través del cuestionario: Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes en su versión para hombre (FRATAP-H), y para mujer (FRATAP-M).

- **FACTOR I: Influencia de la publicidad**

En lo que respecta a la influencia de la publicidad (Figura 7), de acuerdo con las opciones de respuesta de dicho instrumento, se observó que el 2.8% de los sujetos “Siempre” se siente influenciado por la publicidad, mientras que el 4.8% “Muchas veces” y el 31.6% “Pocas veces” se siente influenciado. El porcentaje más alto fue para los que “Nunca” sienten dicha influencia con un 60.8%.

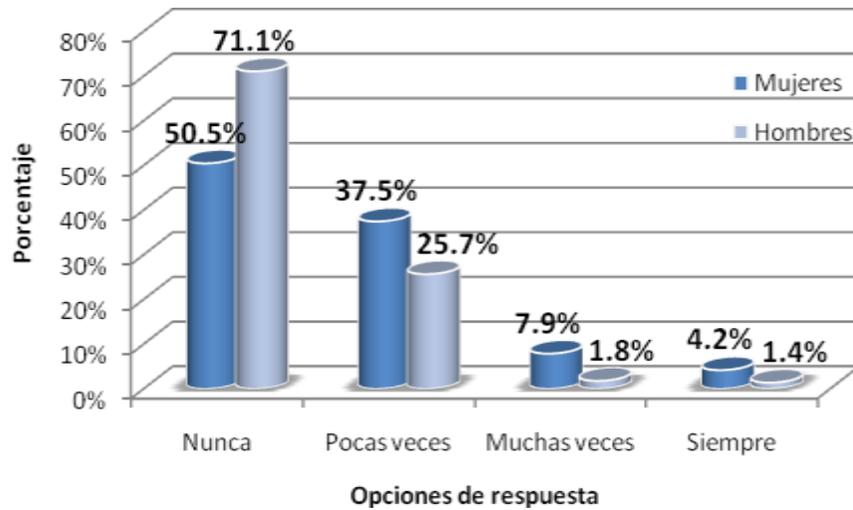


**Figura 7.** FRATAP Factor I Influencia de la publicidad

- **Comparación por sexo**

Al compararlos por sexo (Figura 8), el 4.2% mujeres y 1.4% hombres corresponde a la categoría “Siempre” se sienten influenciados por la publicidad; el 71.1% de hombres y el 50.5 % de mujeres “Nunca” sienten esta influencia, siendo los porcentajes más altos, seguido de los que contestaron “Pocas veces” (37.5% mujeres y 25.7% hombres); por último el 7.9% de las mujeres y 1.8 de los hombres se sienten “Muchas veces” influenciados.

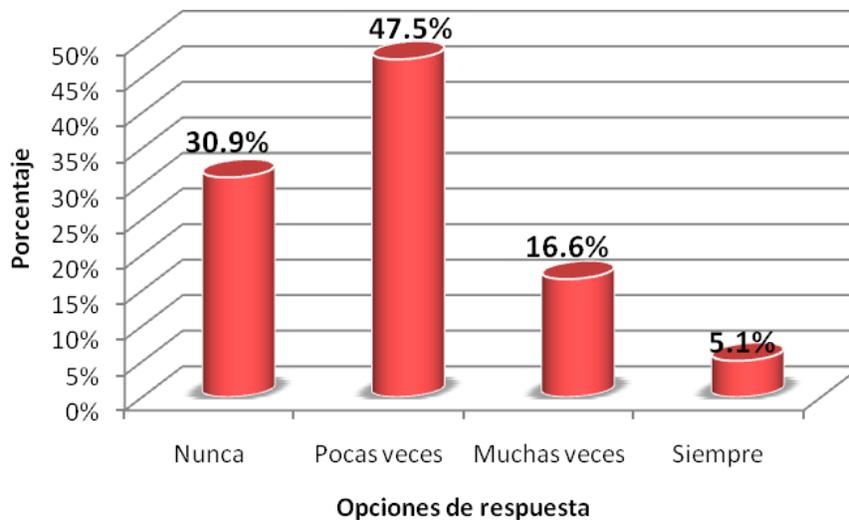
**Figura 8.** FRATAP Factor I Influencia de la publicidad por sexo



- **FACTOR II: Malestar con Imagen Corporal**

En cuanto al factor malestar con la imagen corporal (Figura 9), se halló que 5.1% de los sujetos “Siempre” siente malestar con su imagen corporal, en tanto que el 16.6% lo experimenta “Muchas veces”. Un 47.5% respondió que “Pocas veces” siente malestar con su imagen corporal y el 30.9% “Nunca” siente este malestar.

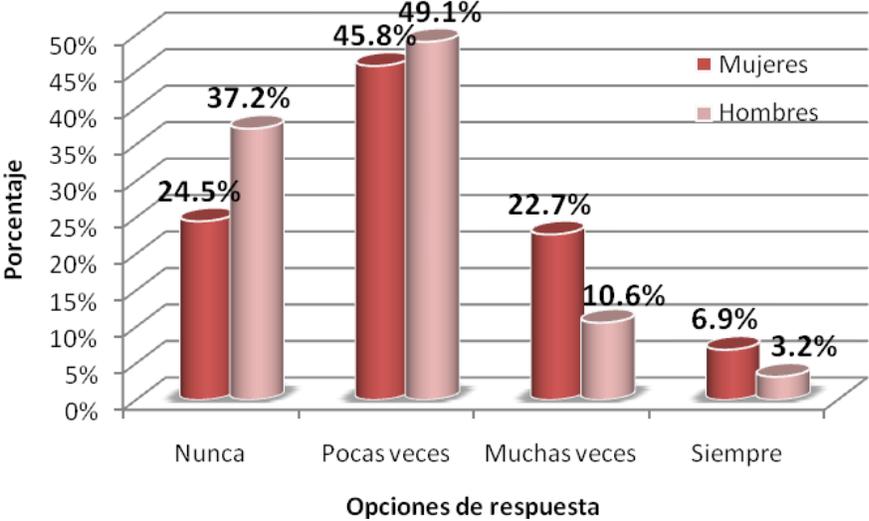
**Figura 9.** FRATAP Factor II Malestar con la Imagen Corporal



- **Comparación por sexo**

Continuando con el factor antes citado por sexo (Figura 10), se observó que la opción de respuesta “Siempre” sienten malestar con la imagen corporal, el sexo femenino obtuvo un mayor porcentaje al compararlo con los varones (6.9% mujeres y 3.2% hombres), asimismo para los que respondieron “Muchas veces” (22.7% mujeres y 10.6% hombres). Para la categoría de respuesta “Pocas veces” los porcentajes fueron de 49.1% en hombres y 45.8% en mujeres, y finalmente para la categoría “Nunca” el 37.2% hombres y 24.5% mujeres sienten malestar con su imagen corporal.

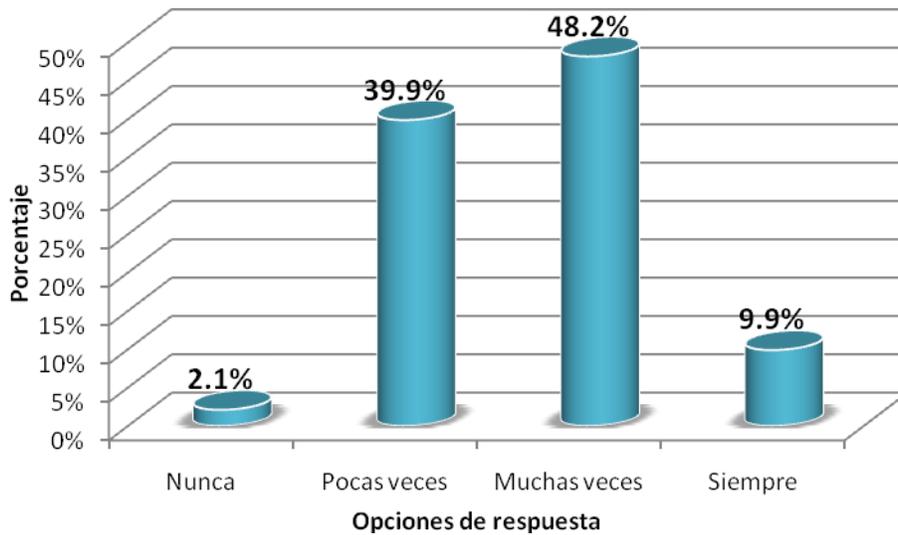
**Figura 10.** FRATAP Factor II Malestar con la Imagen Corporal por sexo



• **FACTOR III: Conducta Alimentaria Normal**

En el figura 11 se aprecia que el porcentaje más bajo correspondió a la categoría de respuesta “Nunca” (2.1%), por el contrario, el porcentaje más alto lo registró la opción “Muchas veces” con el 48.2%, seguido del 39.9% para la respuesta de “Pocas veces” y por último, el 9.9% “Siempre” presentan conducta alimentaria normal.

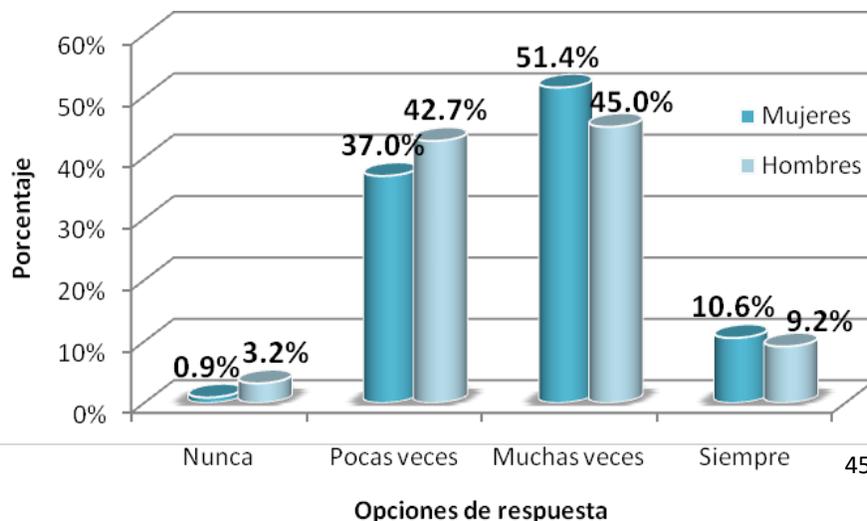
**Figura 11.** FRATAP Factor III Conducta Alimentaria Normal



▪ **Comparación por sexo**

Con respecto al comportamiento de este factor (Figura 12), los datos en la categoría de respuesta “Nunca” fueron los más bajos (0.9% mujeres y 3.2% hombres) al igual que la opción “Siempre” (mujeres 10.6% y hombres 9.2%), mientras para la categoría “Pocas veces” predominó el sexo masculino en comparación con el femenino (42.7% y 37% respectivamente), en tanto que la opción “Muchas veces” el sexo femenino obtuvo el porcentaje más alto (51.4% y 45% hombres).

**Figura 12.** FRATAP Factor III Conducta Alimentaria Normal por sexo



## FACTOR IV: Tiempos de comida

En cuanto a este factor (Figura 13), el porcentaje más bajo se encontró en la categoría de respuesta “Nunca” (1.6%) y el valor más alto correspondió a la opción “Siempre” (47.4%), seguido de la categoría “Muchas veces” (38.2%) realizan sus tiempos de comida y para finalizar el 12.4% “Pocas veces” lo realiza.

**Figura 13.** FRATAP Factor IV Tiempos de comida



- **Comparación por sexo.** (Figura 14),

Los menores porcentajes observados para ambos sexos fueron en las opciones de respuestas “Nunca” (2.3% mujeres y 0.9% hombres) y “Pocas veces” (17.1% mujeres y 7.8% hombres); el valor más alto fue encontrado en el sexo masculino en la opción “Siempre” (53.7% hombres y 41.7% mujeres), y porcentajes similares en la categoría “Muchas veces” (38.9% mujeres y 37.6% hombres) llevan a cabo sus tiempos de comida.

**Figura 14.** FRATAP Factor IV Tiempos de comida por sexo

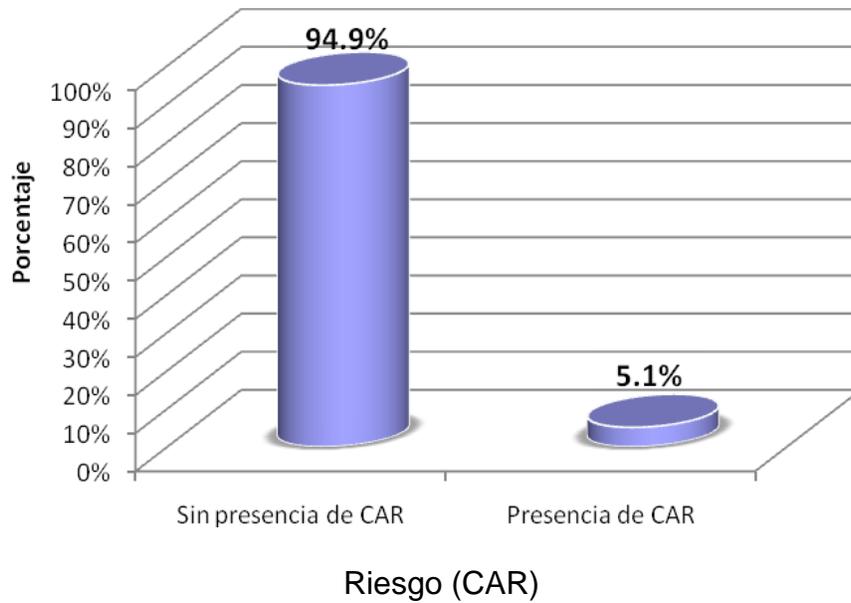


### **7.3.2 DISTRIBUCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.**

El cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo se conforma por diez preguntas, tiene un punto de corte en el que puntuaciones menores a once significan “sin riesgo”, mientras que puntuaciones de once o mayores se interpretan con “riesgo”.

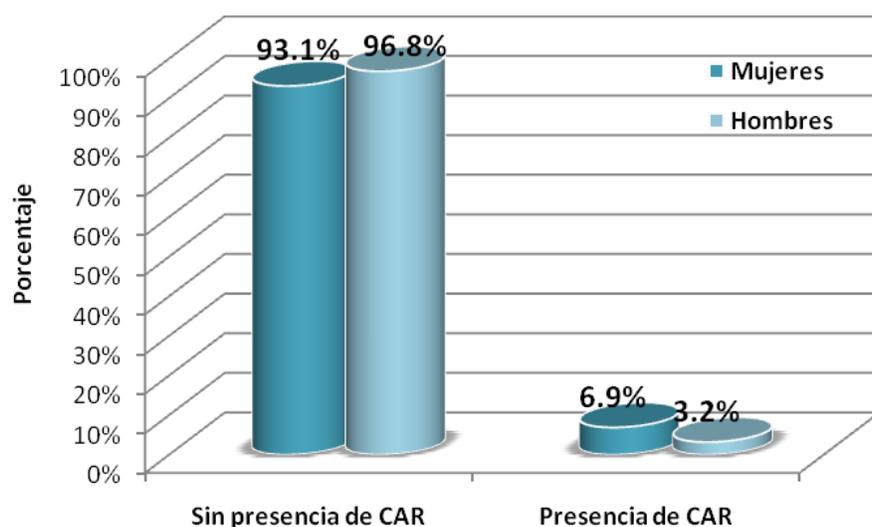
Con respecto a esta sección del instrumento, después de haber realizado la sumatoria para obtener la puntuación antes mencionada, los datos permitieron apreciar que el 5.1% de la muestra general presenta Conductas Alimentarias de Riesgo, es decir el 94.9% no presenta estas conductas (Figura 15).

**Figura 15.** Distribución de Conductas Alimentarias de



- **Comparación por sexos (Figura 16)**

El mayor porcentaje de Conductas Alimentarias de Riesgo, se hallaron en las mujeres al compararlos con los hombres (6.9% mujeres y 3.2% hombres). Por lo tanto, fue mayor el porcentaje de hombres que no las presentan (96.8% hombres y 93.1% mujeres).



**Figura 16.** Distribución de CAR por sexo

El cuestionario breve que evalúa las Conductas Alimentarias de Riesgo está conformado por tres factores: Atracón-Purga, Medidas compensatorias y Conductas restrictivas. En la tabla 8 se presenta la distribución en porcentajes de estos tres factores por sexo, con la sumatoria de las categorías con mayor riesgo (con frecuencia y con mucha frecuencia).

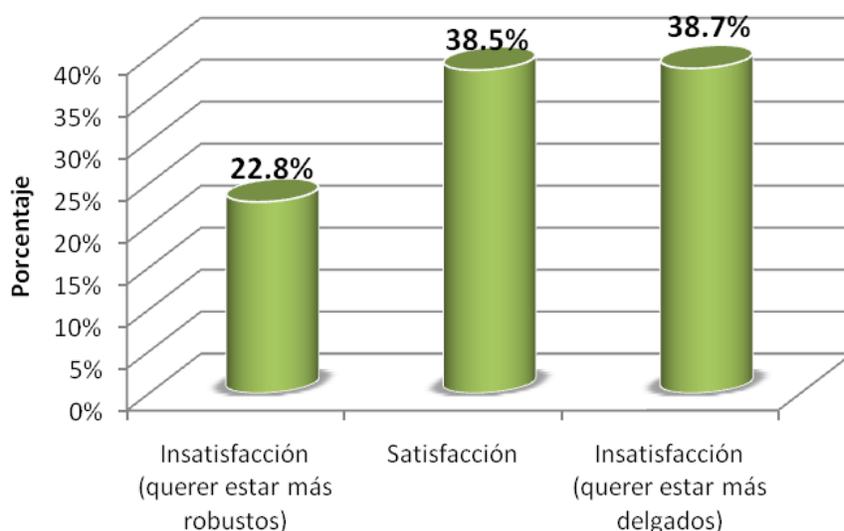
**Tabla 8.** Distribución porcentual de los factores del Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo

	Mujeres	Hombres
<b>Atracón-Purga</b>		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	0.9%	2.8%
<b>Medidas compensatorias</b>		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	0.9%	2.7%
<b>Restricción</b>		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	32.4%	22.9%

### 7.3.3 DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN /INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

En esta variable, únicamente el 38.5% del total de la muestra está satisfecho con su imagen corporal, mientras que el 61% manifestó estar insatisfecho con su imagen. De este valor, el 38.7% está insatisfecho en el sentido de querer tener una figura más delgada, y 22.8% está insatisfecho en sentido de querer estar más robusto o grueso (Figura 17).

**Figura 17.** Distribución porcentual Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen corporal

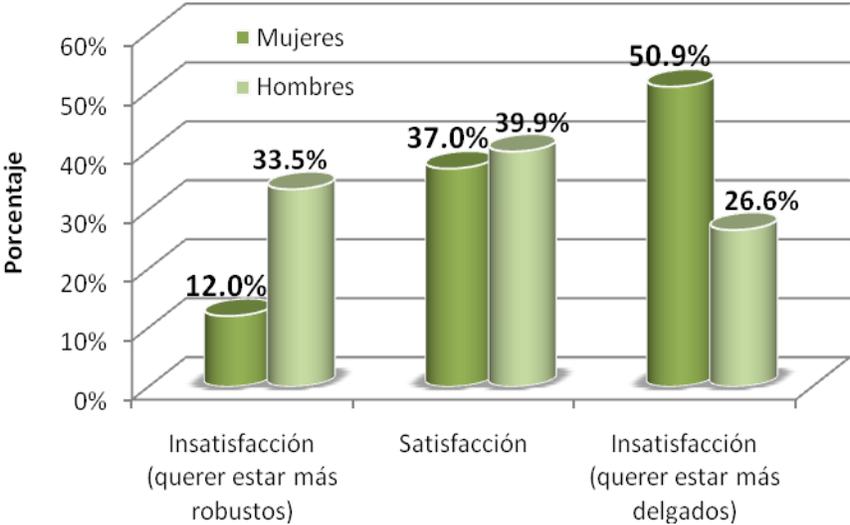


#### ▪ Comparación por sexo

Al momento de revisar los datos provenientes de la variable Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal por sexo (Figura 18), fue claro distinguir que la satisfacción fue mayor en los hombres con 39.9%, mientras el 37% de las mujeres está satisfecha. Por otra parte, el predominio de la insatisfacción al querer estar más robusto(a) o grueso (a), fue en lo varones con 33.5% en comparación con las mujeres (12%). En relación a la insatisfacción por querer estar

más delgado(a), se apreció el fenómeno contrario, es decir, las mujeres obtuvieron el valor más alto con 50.9% sobre un 26.6% de los hombres.

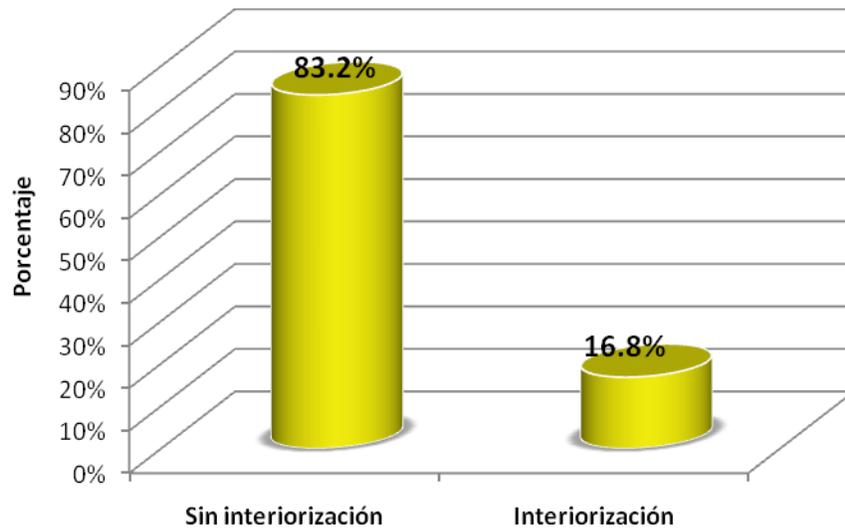
**Figura 18.** Distribución porcentual de Satisfacción/Insatisfacción Con la Imagen Corporal por sexo



**7.3.4 DISTRIBUCIÓN DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA (INTERIORIZACIÓN)**

EL cuestionario actitudes hacia la figura consta de quince preguntas, tiene un punto de corte de treinta siete en el que valores menores de treinta ocho indican que “No hay interiorización” y puntuaciones mayores de treinta ocho indican “Interiorización”.

En cuanto aquellos que han interiorizado una figura delgada (haciendo suya la idea de estar delgado, exaltando la esbeltez como una figura ideal perfecta), representaron el 16.8% del total de la muestra, en tanto que el 83.2% no lo han hecho (Figura 19).

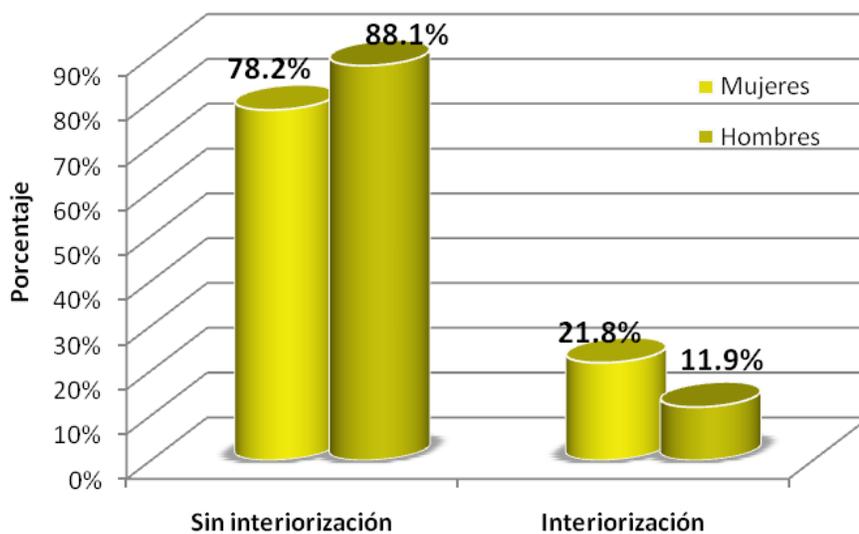


**Figura 19.** Distribución porcentual por sexo Interiorización

- **Comparación por sexo**

Con respecto a la comparación por sexo (Figura 20), el porcentaje de interiorización más alto correspondió a las mujeres con 21.8% sobre el 11.9% de los hombres. Por otro lado, el 78.2% de las mujeres y el 88.1% de los hombres no tienen problemas con ésta.

**Figura 20** Distribución porcentual Interiorización por sexo



El cuestionario Actitudes hacia la figura, está conformada por dos factores: Interiorización y creencias. En la siguiente tabla se presenta la distribución en porcentajes de estos dos factores por sexo, con la sumatoria de las categorías de mayor riesgo (con frecuencia y con mucha frecuencia).

**Tabla 9.** Distribución porcentual de los factores del Cuestionario Actitudes hacia la figura corporal

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Interiorización</b>		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	27.8%	11.5%
<b>Creencias</b>		
Con frecuencia y con mucha frecuencia	16.6%	9.6%

#### **7.4 TENDENCIAS 2007-2010 DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

##### **7.4.1 DISTRIBUCIÓN LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

Al analizar los datos del índice de Masa corporal (cuadro 1), en las mujeres se encontró una disminución en la categoría de desnutrición de 2.2% en el 2007 a 0.5% en el 2010, mientras que la categoría de obesidad incrementó de 7.8% en el 2007 a 8.3% en el 2010, este aumento también ocurrió en los varones (cuadro 1) de 5.8% en el 2007 a 8.7% en el 2010; en cuanto a la categoría de sobrepeso se observó lo contrario ya que disminuyó en el 2010; todos estos resultados sin diferencias

estadísticamente significativos. Sin embargo, hay que señalar que la mayor parte de los adolescentes de ambos sexos se encuentra dentro de la categoría de normalidad.

**Cuadro 1.** Porcentajes IMC-P. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Desnutrición</b>	2.2	0.5			0.9	0.5		
<b>Bajo peso</b>	0.9	0.9			1.8	1.4		
<b>Normal</b>	72.6	74.1	2.53	0.644	72.1	76.6	5.06	0.281
<b>Sobrepeso</b>	16.5	16.2			19.5	12.8		
<b>Obesidad</b>	7.8	8.3			5.8	8.7		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 4 gl.

## 7.4.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

### 7.4.2.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

#### • FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

Al analizar este factor, se encontró que hubo cambios estadísticamente significativos tanto en mujeres ( $X^2=15.67$ ,  $p=.001$ ) como en hombres ( $X^2=114.83$ ,  $p=.000$ ). Una de las categorías de respuesta que aumentó de manera importante en las mujeres (cuadro 2) fue “Nunca” (33.0% en el 2007 a 50.5% en el 2010) se sienten influenciados por la publicidad, mientras tanto las categorías que disminuyeron fueron “Pocas veces” (46.8% en el 2007 a 37.5 en el 2010) y “Muchas veces” (15.0% en el 2007 a 7.9%). Por otro lado en los hombres (cuadro 2) aumentó la categoría de respuesta “Nunca” (21.9% en el 2007 a 71.1% en el 2010), de igual manera en la respuesta “Siempre” (0% en el 2007 a 1.4% en el 2010) siente dicha influencia, sin embargo, se halló una disminución en las respuestas “Pocas veces” (75% en el 2007 a 25.7% en el 2010) y “Muchas veces” (3.1% en el 2007 a 1.8% en el 2010).

**Cuadro 2.** Porcentajes del factor I Influencia de la publicidad. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	33.0	50.5			21.9	71.1		
<b>Pocas veces</b>	46.8	37.5			75.0	25.7		
<b>Muchas veces</b>	15.0	7.9	15.67	0.001	3.1	1.8	114.83	0.000
<b>Siempre</b>	5.2	4.2			0	1.4		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup>  $p$ = significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

- **FACTOR II. MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL.**

En cuanto el factor malestar con la imagen corporal en las mujeres (cuadro 3), los datos no señalaron ningún cambio importante, por lo que no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $X^2=0.788$ ,  $p=0.852$ ); así sucedió en los hombres ( $X^2=3.50$ ,  $p=0.320$ ), sin embargo, se observó que en ellos (cuadro 3) hubo un incremento importante en la categoría de respuesta “Siempre” sienten malestar con la imagen corporal, donde en el 2007 fue de 0.9% y alcanzó un 3.2% en el 2010.

**Cuadro 3.** Porcentajes del factor II Malestar con la imagen corporal. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	21.1	24.5			39.4	37.2		
<b>Pocas veces</b>	47.8	45.8			50.9	49.1		
<b>Muchas veces</b>	23.3	22.7	0.788	0.852	8.8	10.6	3.50	0.320
<b>Siempre</b>	7.8	6.9			0.9	3.2		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

- **FACTOR III. CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL**

Con respecto al factor conducta alimentaria normal, se observó un incremento en la categoría de respuesta “Siempre” de 6.4% en el 2007 a 10.6% en el 2010 (cuadro 4) en las mujeres, lo mismo sucedió con los hombres al incrementar la respuesta “Siempre” que fue de 1.8% en el 2007 a 9.2% en el 2010. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los varones ( $\chi^2=12.03$ , *p*=.007).

**Cuadro 4.** Porcentajes del factor III Conducta alimentaria normal. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	0.9	0.9			3.1	3.2		
<b>Pocas veces</b>	37.9	37.0			48.7	42.7		
<b>Muchas veces</b>	54.9	51.4	2.71	0.437	46.4	45.0	12.03	0.007

<b>Siempre</b>	6.4	10.6	1.8	9.2
----------------	-----	------	-----	-----

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup>  $p$ = significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

#### • FACTOR IV. TIEMPOS DE COMIDA

En el cuadro 5 se muestra la distribución del factor tiempos de comida, en el cual solamente hubo cambios estadísticamente significativos en las mujeres ( $X^2= 9.86$ ,  $p=.020$ ). La categoría de respuesta “Siempre” realiza sus tiempos de comida, mostró un aumento importante de 28.4% en el 2007 a 41.7% en el 2010; por el contrario, las categorías de respuesta “Pocas” y “Muchas veces” disminuyó de 25.3% en el 2007 a 17.1% en el 2010 y de 43.2 % en el 2007 a 38.9% respectivamente. En los hombres igualmente incrementó la respuesta “Siempre” de 48.9% en el 2007 a 53.7% en el 2010; mientras tanto, las categorías de respuesta “Nunca”, “Pocas veces” y “Muchas veces” disminuyó en el año 2010.

**Cuadro 5.** Porcentajes del factor IV tiempos de comida. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$X^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>	HOMBRES		$X^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	3.1	2.3			1.3	0.9		
<b>Pocas veces</b>	25.3	17.1			10.8	7.8		
<b>Muchas veces</b>	43.2	38.9	9.86	0.020	39.0	37.6	1.77	0.622
<b>Siempre</b>	28.4	41.7			48.9	53.7		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup>  $p$ = significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

#### 7.4.2.2 DISTRIBUCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

En el cuadro 6, se puede observar que la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo incrementó tanto en las mujeres (4.7% en el 2007 a 6.9% en el 2010), como en hombres (1.3% en el 2007 a 3.2% en el 2010), sin diferencias estadísticamente significativas.

**Cuadro 6.** Porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Sin presencia de conductas alimentarias de riesgo</b>	95.3	93.1			98.7	96.8		
			1.062	.303			1.826	.177
<b>Con presencia de conductas alimentarias de riesgo</b>	4.7	6.9			1.3	3.2		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 1 gl.

- **Factor I. Atracón-Purga**

En cuanto al factor Atracón-Purga, no se encontraron diferencias estadísticamente significativos, pero se puede apreciar en el cuadro 7 que los hombres incrementaron la respuesta “Con mucha frecuencia” de 0% en el 2007 a 1.4% en el 2010, asimismo sucedió para las categorías de respuesta “A veces” y “Con frecuencia” de 19.5 % en el 2007 a 22.6 % en el 2010, y de 0.9% en el 2007 a 1.4% en el 2010 respectivamente; mientras que para las mujeres aumentó la categoría de respuesta “Nunca” de 79.7% en el 2007 a 82.9% en el 2010, por el contrario disminuyó la categoría de respuesta “A veces” de 19.5 % en el 2007 a 16.2% en el 2010.

**Cuadro 7.** Porcentajes del factor I Atracón-Purga. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	79.7	82.9			79.6	74.7		.
<b>A veces</b>	19.5	16.2			19.6	22.6		
<b>Con frecuencia</b>	0.8	0.9	0.831	0.660	0.9	1.4	4.27	0.233
<b>Con mucha frecuencia</b>	0	0			0	1.4		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

- **Factor II Medidas compensatorias**

En cuanto a la distribución del factor medidas compensatorias (cuadro 8), en los hombres la categoría de respuesta “Con mucha frecuencia” mostró un aumento importante de 0.4% en el 2007 a 1.8% en el 2010, de esta manera ocurrió en la categoría de respuesta “Con frecuencia” de 0.4% en el 2007 a 0.9% en el 2010, mientras tanto, en las mujeres (cuadro 8) la categoría de respuesta “A veces” incremento de 4.7% en el 2007 a 5.6% en el 2010; todos estos resultados sin diferencias estadísticamente significativas.

**Cuadro 8.** Porcentajes del factor II medidas compensatorias. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES				HOMBRES			
	2007 %	2010 %	$\chi^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>	2007 %	2010 %	$\chi^2$ <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>
<b>Nunca</b>	94.1	93.5			97.8	95.9		
<b>A veces</b>	4.7	5.6			1.3	1.4		
<b>Con frecuencia</b>	1.3	0.9	0.303	0.860	0.4	0.9	2.42	0.489
<b>Con mucha frecuencia</b>	0	0			0.4	1.8		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup>  $p$ = significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

- **Factor III. Restricción**

En cuanto a la distribución del factor restricción (cuadro 9), en las mujeres aumento la categoría de respuesta “Con mucha frecuencia” de 4.6% en el 2007 a 7.9% en el 2010, asimismo la repuesta “Nunca” 14.3% en el 2007 a 19.0% en el 2010 y una disminución en la categoría de respuesta “Con frecuencia” de 34.0% de el 2007 a 24.5% en el 2010, no hubo diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a los varones la categoría de respuesta “Con mucha frecuencia” mostró un aumento importante de 0.4% en el 2007 a 3.2% en el 2010; igualmente ocurrió en las categorías de respuesta “Con frecuencia” y “Nunca” de 11.8% en el 2007 a 19.7% en el 2010 y 38.0% en el 2007 a 42.2% en el 2010, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los hombres.

**Cuadro 9.** Porcentajes del Factor III Restricción. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	14.3	19.0			38.0	42.2		
<b>A veces</b>	47.1	48.6			49.8	34.9		
<b>Con frecuencia</b>	34.0	24.5	6.96	0.073	11.8	19.7	15.63	0.001
<b>Con mucha frecuencia</b>	4.6	7.9			0.4	3.2		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

#### 7.4.2.3 DISTRIBUCIÓN DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL

Al analizar los datos en cuanto a actitudes hacia la figura corporal (cuadro 10), no hubo diferencias significativas a lo largo del tiempo tanto en mujeres como en hombres.

**Cuadro 10.** Porcentajes actitudes hacia la figura corporal. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Sin interiorización</b>	80.0	78.2			89.5	88.1		
<b>Interiorización</b>	20.0	21.8	0.209	0.648	10.5	11.9	0.239	0.625

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 1 gl.

En el análisis por tipo de factor, las mujeres registraron (cuadro 11) un incremento en la categoría de respuesta “A veces” de 38.7.9% en el 2007 a 44.0% en el 2010, por el contrario se identificó una disminución en la categoría de respuesta “Nunca” de 31.5 % en el 2007 a 28.2% en el 2010; en tanto que en los hombres (cuadro 11) se observó un incremento en la categoría de respuesta “Con frecuencia” de 8.4% en el 2007 a 10.1% en el 2010, pero al mismo tiempo se observó una disminución en la categoría de respuesta “Con mucha frecuencia” de 2.7% en el 2007 a 1.4% en el 2010; todos estos resultados sin diferencias estadísticamente significativas.

**Cuadro 11.** Porcentajes del factor Interiorización. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	31.5	28.2			47.6	42.2		
<b>A veces</b>	38.7	44.0			41.3	46.3		
<b>Con frecuencia</b>	20.4	18.5	1.326	0.714	8.4	10.1	2.570	0.459
<b>Con mucha frecuencia</b>	9.4	9.3			2.7	1.4		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

En el cuadro 12 referente al factor Il creencias, en las mujeres hubo un incremento en la categoría de respuesta “Con frecuencia” de 11.6% a 13.4% de la misma forma ocurrió en la respuesta “Con mucha frecuencia” de 1.3% en el 2007 a 3.2% en el 2010, y una disminución en la categoría de respuesta “Nunca”; mientras en los varones (cuadro 12) se halló un aumento en la categoría de respuesta “Nunca” de 46.5% en el 2007 a 57.8% en el 2010, por lo contrario, en la opción “A veces” disminuyó de 43.8% en el 2007 a 32.6% en el 2010. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en estos datos.

**Cuadro 12.** Porcentajes del factor creencias. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>P</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Nunca</b>	51.5	47.7			46.5	57.8		
<b>A veces</b>	35.6	35.6			43.8	32.6		
<b>Con frecuencia</b>	11.6	13.4	2.552	0.466	7.5	7.3	6.409	0.093
<b>Con mucha frecuencia</b>	1.3	3.2			2.2	2.3		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 3 gl.

#### 7.4.2.4 DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

En las mujeres se hallaron diferencias estadísticamente significativas; los datos señalaron (cuadro 13) que la satisfacción con la imagen corporal aumento de 20.6% en el 2007 a 37% en el 2010, mientras que para la insatisfacción en el sentido de querer estar más gruesa disminuyó de 24.9% en el 2007 a 12% en el 2010, de la misma manera para la insatisfacción en el sentido de querer estar más delgada de 54.5% en el 2007 a 50.9% en el 2010.

En los hombres disminuyó la insatisfacción por querer estar más gruesos, de 37.8% en el 2007 a 33.5% en el 2010; entre tanto, la satisfacción aumento de 37.4% en el 2007 a 39.9% en el 2010, igualmente sucedió para la insatisfacción en el sentido de querer estar más delgado de 24.8% en el 2007 a 26.6% en el 2010, sin diferencias significativas.

**Cuadro 13.** Porcentajes Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Comparación entre los años por sexo

	MUJERES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>	HOMBRES		$\chi^2$ <sup>a</sup>	<i>p</i> <sup>b</sup>
	2007 %	2010 %			2007 %	2010 %		
<b>Insatisfacción (querer estar más gruesa/o)</b>	24.9	12.0			37.8	33.5		
<b>Satisfacción</b>	20.6	37.0	20.796	0.000	37.4	39.9	0.919	0.632
<b>Insatisfacción (querer estar más delgada/o)</b>	54.5	50.9			24.8	26.6		

<sup>a</sup> Prueba de Homogeneidad de la distribución de Pearson.

<sup>b</sup> *p*= significancia estadística al nivel de confianza de 95% con 2 gl.

## 8. DISCUSIÓN

La información obtenida proviene de una institución privada representada por adolescentes de 15 a 19 años de edad; quienes según lo identificado por Benedito *et al.*, (2003) constituyen un grupo de riesgo debido a que sobrevaloran sus dimensiones corporales, se sienten insatisfechos con su cuerpo y/o apariencia física, desean perder peso, sometiéndose a dietas restrictivas, coincidiendo con dichas afirmaciones los resultados provenientes de este estudio.

Con respecto al IMC-P el 75.3% de la muestra se ubicó en la categoría de peso normal, datos congruentes a lo obtenido por Saucedo-molina *et al.*, (2008), donde el 73% de púberes hidalguenses están en un intervalo de peso normal. Por otra parte, los porcentajes de sobrepeso y obesidad correspondieron a un 14.5 y 8.5%, respectivamente. El 16.2% de las mujeres y 12.8% de los hombres presentaron sobrepeso; estos datos fueron consistentes aunque inferiores a lo reportado por la ENSANUT 2006, en adolescentes de 12 a 19 años de edad (Olaiz-Fernández *et al.*,2006) para ambos sexos (mujeres 23.3% y hombres 21.2%); mientras que el 8.3% de las mujeres y el 8.7% de los hombres presentaron obesidad, hallazgo nuevamente coincidente con lo señalado por la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006), tanto en mujeres (9.2%) como en hombres (10%). La ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) por entidad federativa en este caso el estado de Hidalgo, los datos arrojaron, que el 8.7% hombres y 5.7% mujeres presentaron obesidad, datos consistentes a los reportados en esta investigación.

Al comparar las tendencias, se identificó una disminución en la categoría de desnutrición del 2007 al 2010 en ambos sexos; pero sucedió lo contrario con la obesidad ya que los porcentajes aumentaron tanto en mujeres como hombres, hallazgos que confirman, que desafortunadamente en nuestro país se está presentando un aumento importante en este padecimiento no solo en escolares y adultos, sino también en la población juvenil. Finalmente para los valores de desnutrición correspondió un 0.5% para ambos sexos, mientras que para la categoría

de bajo peso la cifra total fue de 1.2%, de la cual 0.9% es de mujeres y 1.4% en hombres.

En la población estudiada, a pesar de ubicarse un alto porcentaje (75.3%) dentro de los valores normales de peso, el 61.5% de la muestra manifestó estar insatisfecho con su imagen corporal (31.3% mujeres; 30.2% hombres). Los resultados son similares con lo observado en una muestra de púberes hidalgüenses de Saucedo-Molina *et al.*, (2008), en donde el 57% de los púberes está insatisfecho con su imagen corporal. Como se recordará, esta variable está considerada con uno de los predictores de los TCA, ya que puede conducir al desarrollo de actividades o conductas que de otra manera no se darían, por ejemplo, al seguimiento de dietas restrictivas, ejercicio excesivo, etc. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de este (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2003). Todo esto comienza por que los adolescentes se ven fuertemente influenciados por los medios de comunicación para adoptar las normas que impone la cultura de la delgadez.

A pesar de que al realizar el análisis comparativo por año, se halló un incremento en la satisfacción con la imagen corporal de 16.4 puntos porcentuales en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas ( $X^2= 20.796$ ;  $p= 0.000$ ), los datos revelaron que el 52.7% de las mujeres quieren estar más delgadas, concordando con Costin (2002), quien subraya que en nuestra actualidad se considera a la delgadez como la figura ideal, que no sólo representa lo atractivo, sino también el sacrificio personal, la virtud, el éxito, el control, la riqueza y la libertad; misma que las mujeres han adoptado debido a las exigencias sociales, culturales y en muchas ocasiones hasta familiares.

Por otro lado, en los varones ocurrió lo contrario, ya que ellos manifestaron insatisfacción en el sentido de querer estar más robustos (35.65%), confirmándose la tendencia en los varones en desear un cuerpo mesomorfo (con músculos) sin que

éste implique aumentar de grasa corporal (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006). Hoy en día el cuerpo masculino ha adquirido una importancia creciente desde que la sociedad globalizada incluyó a los varones, a quienes en poco tiempo supo incorporar al negocio de la moda y el consumismo, y con ello, al afán de conseguir el ideal masculino: el cuerpo de gimnasio, es decir, “delgado pero con músculos muy marcados”. Tal y como sucede con el género femenino, el anhelo de alcanzar el cuerpo ideal los puede llevar a adoptar un estilo de vida que gira alrededor del gimnasio y de sus estrictos menús. Esta es una posible explicación al aumento de los trastornos de la imagen corporal y alimentarios en ellos (Trujano *et al.*, 2010).

Vivimos en la era de la comunicación, en la que los medios hacen cómplice a la audiencia con informaciones de todo tipo, manipulando las percepciones que tiene de la realidad, deformando la manera de percibir y medir la belleza (Costin, 2002), por ello se evaluó el factor influencia de la publicidad donde al sumar las categorías de respuesta “Muchas veces” y “Siempre” les llaman la atención los anuncios, reportajes y conversaciones sobre productos para adelgazar y moldear la figura, tanto en revistas como en televisión y otros medios de comunicación, el 3.2% de los adolescentes y un 11.1% de las mujeres sienten dicha influencia. De manera similar, aunque con valores ligeramente mayores, en un estudio realizado por Saucedo-Molina *et al.*, (2008), en púberes hidalguenses se reportó que el 15.4% de las mujeres y el 6.4% de los varones, sienten dicha influencia. Concluyendo que los sujetos que presentan mayor atención hacia la “Influencia sociocultural” son las mujeres a lo que también se coincide con Saucedo-Molina y Cantú (2002).

Al analizar las tendencias con respecto al factor influencia de la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en mujeres como en hombres ( $X^2= 15.67$ ,  $p=.001$ ;  $X^2= 114.83$ ,  $p= .000$ , respectivamente) al disminuir las categorías de respuesta “Pocas veces”, “Muchas veces” y “Siempre” en mujeres; esto también ocurrió en los varones, excepto en la categoría “Siempre” donde se observó que en la medición 2007 no hubo respuesta, mientras que en el 2010 apareció un porcentaje de 1.4%; esto nos lleva a pensar que en los varones

comienza a surgir un interés por la publicidad de productos para adelgazar y/o mejorar la figura corporal. Aunque la mayoría de estos anuncios están dirigidos a las mujeres, es claro apreciar que los hombres ya no se libran de ellos, estando en la mira como compradores de productos para la belleza y para bajar de peso, tanto como lo han estado las mujeres desde que se inició este tipo de publicidad (Costin, 2002). Otro cambio importante entre los hombres fue el sentir un mayor malestar con su imagen corporal ya que los resultados mostraron un incremento en la categoría de respuesta “Siempre” sienten malestar con su imagen corporal (2.3%). De manera interesante, al sumar las categorías “Muchas veces” y “Siempre” el 13.8% de los varones envidia el cuerpo delgado de modelos, deportistas o artistas de televisión, este dato es muy similar con lo reportado por Saucedo-Molina *et al.*, (2008), donde el 14% de púberes varones sienten este malestar.

Con respecto al factor de conducta alimentaria normal, la cual debe recordarse que es de riesgo cuando no se sigue correctamente, en la muestra general, el 48.2% “Muchas veces” y el 9.9% “Siempre” la realizan, es decir, siempre llevan una dieta nutritiva, comen lo que es bueno para la salud y consumen alimentos que contengan fibra. Estos datos son superiores a lo publicado por Saucedo-Molina *et al.*, (2008), en la que sólo el 23.1% de los sujetos “Muchas veces” y el 1.2% “Siempre” las realizan. Al contrastar por sexo, las mujeres son quienes realizan “Siempre” una conducta alimentaria normal en comparación con los hombres (10.6% vs 9.2%). Al realizar el análisis por año se observó que las mujeres mejoraron esta conducta al incrementar 4.2 puntos porcentuales en el 2010, esto mismo ocurrió en los hombres quienes aumentaron 7.4% en la misma categoría de respuesta, con diferencias estadísticamente significativas ( $X^2=12.03$ ,  $p=.007$ ).

El último factor de esta sección del instrumento es tiempos de comida, el cual al sumar las categorías de “Muchas veces” y “Siempre”, alcanzó 80.8% en las mujeres y 91.3% en los hombres, datos concordantes aunque superiores a lo hallado por Saucedo-Molina *et al.*, (2008), donde el 75% de las mujeres y 84% de los hombres realizan sus tres tiempos de comida. Se puede apreciar que los hombres

son quienes realizan con mayor regularidad estos tiempos de comidas en comparación con las mujeres, esto puede deberse a que la demanda energética de los varones es mayor y su preocupación por el peso corporal es menor en el sentido de adelgazar, hallazgo nuevamente coincidente con lo reportado por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010<sup>b</sup>). Al comparar los años se observó que, tanto mujeres (9%) como hombres (3.4%), mejoraron sus tiempos de comida, al incrementar sus respuestas en las categorías de “Muchas veces” y “Siempre”. Solo el 14% de los sujetos “Nunca” y “Pocas veces” los realizan, lo que puede atribuirse a que los sujetos están eliminando algún tiempo de comida con el propósito de controlar su peso.

La distribución de CAR fue de 5.1% en la muestra general, cifras inferiores a los provenientes de la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006), donde se reportó un 18.3%. Por lo tanto, se coincide con lo registrado por Nuño-Gutiérrez *et al.*, (2009) que estas diferencias pueden deberse al tipo de muestra seleccionada (estudiantes de zona urbana) en comparación con una muestra heterogénea de adolescentes a nivel nacional. A pesar de que los datos señalaron que hubo un aumento en la presencia de estas conductas tanto en mujeres (4.7% en el 2007 a 6.9% en el 2010) como en hombres (1.3% en el 2007 a 3.2% en el 2010), y aunque este incremento no fue estadísticamente significativo, es importante recalcar que son eventos que deben de interpretarse como señales de alarma para los profesionales de la salud interesados en desarrollar programas de prevención asociados a estos padecimientos.

Los hallazgos de la presente investigación permiten confirmar la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo asociados a TCA, resultando nuevamente las mujeres las más afectadas, en quienes los datos arrojaron una prevalencia de 6.9%, inferior a lo señalado por Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010<sup>b</sup>), donde reportaron una prevalencia de 9.0% en una muestra semejante. En el estudio realizado por Nuño-Gutiérrez *et al.*, (2009) en mujeres adolescentes de Guadalajara, la prevalencia fue de 10.3%, misma que es superior a lo encontrado en esta

investigación, pero muy similares a los obtenidos para el Distrito Federal (10.8%). Finalmente en otro estudio multicéntrico realizado en diecisiete estados de la República Mexicana por Unikel-Santoncini *et al.*, (2010), en mujeres adolescentes estudiantes de escuelas públicas, se presentó una prevalencia de 3.9% en el estado de Hidalgo, siendo este un porcentaje menor a lo registrado en el presente trabajo. Es así como se sigue ratificando que estas conductas se observan tanto en diferentes niveles socioeconómicos, como en diferentes zonas del país.

En las investigaciones realizadas en nuestro país, donde se han comparado estudiantes de ambos sectores educativos como referente del nivel socioeconómico, se ha publicado que el mayor porcentaje se refleja en las estudiantes de escuelas privadas (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010). Desafortunadamente, en este momento no existe en Hidalgo un estudio parecido en estudiantes de bachillerato que permita establecer una comparación con respecto a este punto.

En México los porcentajes de CAR fluctúan de 5% hasta 18%, en mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato (Rodríguez *et al.*, 2008<sup>a</sup>). En otras investigaciones llevadas a cabo en adolescentes de diversas partes de la República, estos valores van desde un 4% hasta un 30% (Unikel-Santoncini *et al.*, 2000; Aguilera-Barreiro y Millán-Suazo 2006; Chávez *et al.*, 2008; Saucedo-Molina *et al.*, 2008; Nuño-Gutiérrez *et al.*, 2009), diferencias resultantes muy probablemente por las diversas metodologías empleadas en su evaluación y diagnóstico.

En cuanto a los varones se registró una prevalencia de 3.2%, cifra ligeramente superior a lo registrado por Nuño-Gutiérrez *et al.*, (2009) con un 2.8%. A pesar de que los valores en hombres sean menores a los que se encuentran en mujeres, es importante estudiar el comportamiento específico que los lleva a presentar insatisfacción con su imagen corporal y a iniciar la práctica de conductas alimentarias de riesgo debido a que existe una escasa investigación en este campo.

Con respecto a los factores de riesgo evaluados por el CBCAR, el primer factor Atracón-Purga referente a los episodios de ingesta de comida excesiva, a la

pérdida de control sobre lo que comen, la realización de vómito después de comer o el hacer ayunos para tratar de bajar de peso, al sumar las categorías de respuesta “Con frecuencia y “Con mucha frecuencia” los datos arrojaron que el 0.9% de las mujeres y el 2.8% de los hombres practican esta conducta; valores inferiores a lo señalado por la ENSANUT, los cuales fueron 21.9% para mujeres, y 14.8% para varones (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006). En cuanto a las tendencias, hubo únicamente cambios en los varones, pues al sumar las opciones de respuesta “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia”, el incremento aunque no significativo, fue de 0.9% en el 2007 a 2.8% en el 2010. El segundo factor denominado Medidas compensatorias, en el que se cuestiona sobre la utilización de pastillas, diuréticos o laxantes para tratar de bajar de peso, las cifras fueron de 0.9% en mujeres y 2.7% en varones, valores superiores tanto en mujeres (0.6%) como en hombres (0.2%) a lo identificado en la ENSANUT (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006). Al comparar los años, nuevamente se observó que los varones realizan con mayor frecuencia esta conducta al aumentar de 0.8% en el 2007 a 2.7% en el 2010. Muy probablemente estos mecanismos se emplean con el objeto de mantener o reducir medidas corporales y/o peso, después de que la ingesta de alimento haya producido algún sentimiento negativo. Estos factores de riesgo cuando se presentan con mayor frecuencia, suelen ser indicadores de BN, al estar acompañados de otros síntomas (Rodríguez de Elías, 2008).

El tercer factor denominado Restricción, concerniente a la práctica de dietas, y al hacer ejercicio para tratar de bajar de peso, mostró que el 32.4% de las mujeres y el 22.9% de los hombres realizan esta conducta. Estos resultados son mayores a lo publicado por Unikel-Santoncini *et al.*, (2006) en mujeres y hombres del Distrito Federal (11.9% y 14.7% respectivamente). Aunado a ello, las tendencias señalaron que al sumar las opciones de respuesta “Con frecuencia” y “Con mucha Frecuencia” esta se duplicó en los varones de 12.2% en el 2007 a 22.9% en el 2010, con diferencias estadísticamente significativas ( $X^2= 15.63$ ,  $p=0.001$ ). Por el contrario, en las mujeres disminuyó 6.2 puntos porcentuales en las mismas categorías de respuesta. Sin embargo, hay que resaltar que este tipo de conductas como el ejercicio o dietas restrictivas, denominadas por algunos autores como “normativas”

mismas que son socialmente aceptadas y promovidas como estrategias para alcanzar un mejor estado de salud y como “modo natural” de controlar el peso corporal, pueden ser puerta de entrada para el desarrollo de un TCA (Unikel-Santoncini *et al.*, 2010), además de que en la actualidad preocupa que esta conducta se haya convertido en el estilo “normal” de alimentarse, particularmente entre la población joven (Unikel-Santoncini *et al.*, 2002). Por lo que es recomendable que, ya sea por cuestiones de salud o por estética, la reducción de peso corporal se haga bajo la supervisión de un profesionalista de la nutrición.

Respecto al apartado del cuestionario actitudes hacia la figura, en cuanto a la “interiorización del ideal estético de delgadez”, el cual se refiere a la adopción de la persecución del ideal de belleza de una figura delgada como meta primordial en la vida (Unikel-Santoncini *et al.*, 2008), 16.8% de la muestra total ha hecho suyo este ideal, reiterándose que las mujeres son las que más han interiorizado este modelo al compararlas con los varones (21.8% a 11.9%, respectivamente). Hay que considerar que el actual modelo de “cuerpo ideal” es inaccesible para la mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud. Como mencionan Heingber, Thompson & Stormer a lo largo de la historia, el ideal de la belleza femenina ha cambiado con los estándares estéticos de un tiempo en particular y la evidencia sigue que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Referente, al análisis comparativo por año, se encontró un aumento en las actitudes hacia la figura corporal tanto en mujeres (20% en el 2007 a 21.8% en el 2010) como en varones (10.5% en el 2007 a 11.9% en el 2010), sin diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, al evaluar el factor interiorización se observó, en las mujeres, una disminución del 2% al sumar las categorías de respuesta “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia”, por el contrario en los varones no se observaron cambios. En el factor creencias, al sumar las opciones “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia” en mujeres, se identificó un aumento de 6.7 puntos porcentuales, mientras que en los hombres no se encontraron diferencias. Se ha reportado que la interiorización del

modelo de imagen corporal predominante comienza en la infancia y se manifiesta con mayor fuerza en la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos, particularmente en las mujeres (Bermúdez-Bautista *et al.*, 2009), lo cual a su vez genera insatisfacción con la figura, el peso corporal y el seguimiento de conductas alimentarias de riesgo para alcanzar dicho ideal (Unikel-Santoncini *et al.*, 2008).

## 9. CONCLUSIONES

Las tendencias señalaron que las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes van en aumento y las mujeres continúan siendo un grupo vulnerable. Un aspecto por demás importante, fue el incremento de las actitudes hacia la figura corporal y conductas alimentarias de riesgo entre los varones, por lo que hay que considerar esto en el diseño de programas de prevención. El hecho que los varones estén comenzando a mostrar síntomas que eran propias de mujeres, lleva a reflexionar si los factores de riesgo de los hombres son específicos y diferentes de las mujeres (Nuño-Gutiérrez, 2009), ya que los hombres al querer estar musculosos efectúan actividades y conductas para alcanzar dicho modelo, que podrían ser semejantes a las conductas que realizan las mujeres al querer estar más delgadas. Por ello es necesario profundizar este tema en el sexo masculino, ya que recientemente ha habido un incremento de la incidencia de TCA entre los varones, quienes representan aproximadamente el 10% de los casos femeninos (Vázquez *et al.*, 2006). De la misma forma es preocupante que la realización de Conductas Alimentarias de Riesgo, como el vómito, ayunos, dietas, utilización de laxantes y diuréticos, estén presentes entre los adolescentes de ambos sexos, ya que son indicadores clínicos específicos de los TCA.

Por otra parte, los resultados permitieron confirmar lo que otros estudios han reportado, que aunque la población se ubique dentro de un IMC normal, la mayor parte de las mujeres optan por una imagen ideal más delgada, mostrando mayor apego a los cánones de delgadez actuales, mientras los varones prefieren una figura

musculosa; todo esto guarda una estrecha relación con la insatisfacción con la imagen corporal. Por lo que se debe tener cuidado en el hecho de que estos valores no sigan aumentando en esta población ya que implicarían un incremento en la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, y a mediano plazo en la aparición de TCA.

Entre los jóvenes se hizo evidente la interiorización del modelo estético corporal de delgadez siendo las mujeres quienes más lo interiorizan, esto parece provenir de la influencia de la publicidad ya que las tendencias señalaron que las mujeres son quienes muestran un mayor interés por los anuncios, reportajes y conversaciones sobre productos para adelgazar, sin embargo hay que resaltar que los varones están empezando a mostrar interés a este tipo de publicidad, dando como resultando un mayor malestar con su imagen corporal, modificando sus actitudes hacia el cuerpo, y favoreciendo el seguimiento de CAR.

Un punto importante que se debe mencionar es la disminución en los porcentajes de los factores de riesgo entre las mujeres, esto se podría atribuir al aumento de la satisfacción con la imagen corporal en ellas, así como el mejorar sus tiempos de comida y el llevar una conducta alimentaria normal, que podrían estar actuando como factores protectores (es aquel que disminuye la probabilidad de que una enfermedad aparezca). Cabe señalar que en la institución se realizan semanas de salud (2 durante el año), en las cuales se hablan temas de alimentación y TCA; lo que podría estar impactando de manera favorable en las chicas, disminuyendo la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo y el malestar con la imagen corporal. Sin embargo, para corroborar estos datos, sería necesario llevar un seguimiento de los alumnos de dicha institución

La limitación principal de esta investigación, es el no poder generalizar los resultados debido a que no se trabajó con una muestra representativa de estudiantes de preparatorias privadas de Pachuca. Sin embargo, los datos presentados aportan no solamente un panorama de la situación de los factores de riesgo asociados a TCA

en la población estudiantil adolescente de una institución del sector privado, sino la tendencia que están adoptando, la cual puede ayudar al desarrollo de programas preventivos eficaces, que aborden temáticas como: educación nutricional, ejercicio saludable, información sobre el peligro de realizar conductas alimentarias de riesgo, con la finalidad de impactar sobre la prevalencia de las mismas.

Por último, este trabajo abre las puertas para continuar explorando este campo no solo en escuelas privadas y públicas de la ciudad de Pachuca, sino también en escuelas similares del Estado de Hidalgo.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Aguilera-Barreiro, M. A., y Millan, F. 2006. Mapa nutricional y riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Recuperado el 18 de septiembre de 2011 de <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/articulosadolescentes.htm>

Aguina, M., Fernández, L. J., & Varo, J. R. 2000. Eating Disorder. *An Sist Sanit Navar*. 23: 279-292.

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

Ávila-Rosas, H., y Tejero-Barrera, E. 2001. Evaluación del estado de nutrición: *Nutriología Médica*. (2a.ed). Casanueva, E., Kaufe, H. M., Pérez, L., y Arroyo P (Eds.), Editorial Medica Panamericana México D. F. pp: 604.

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

Berkman, N. D., Bulik, C. M., Brownley, K. A., Lohr, K. N. Kathleen S. A. J., Rooks, A., & Gartlehner, G. 2006. Management of Eating Disorder. *AHRQ*. 135:17-30.

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

Calañas, C. A. J. 2005. Alimentación saludable basada en la evidencia, *Endocrinol Nutr.* 52:8-24.

Casanueva, E., y Morales, M. 2001. Nutrición en el adolescente. En: *Nutriología Médica.* (2a. ed.). Casanueva, E., Kaufe, H. M., Pérez, L., y Arroyo P (Eds.), Editorial Medica Panamericana México D. F. pp: 88-97.

Cassin, S., & von Ranson, K. 2005. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin psychol Rev.* 25:895-916.

Chávez, A. M., Macías, L. F., Gutiérrez, R., Martínez, C., y Ojeda, D. 2004. Trastornos Alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria.* 14:17-24.

Coleman, J. C., y Hendry, L. B. 2003. Adolescencia. En: *Psicología de la adolescencia.* (4ta.ed.). Ediciones Morata, S.L, Madrid, España. pp: 31-39.

Comisión de derechos humanos del Distrito Federal. 2009. ¿Qué es género?. Recuperado el 10 de octubre de 2009 de [http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg\\_cuart](http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg_cuart).

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

Escamilla, T. T. Distribución de factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años, de Pachuca, Hidalgo. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Escoto, P. M. 2008. Prevención de actitudes y conductas alimentarias alteradas. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

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

Gispert, C. 2000. Conducta. *Diccionario de Psicología y Pedagogía*. (1a. ed). Editorial Cultural, S.A. Madrid, España. pp: 374.

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

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

Guellar, D., y Crispo, R. 2000. ¿Qué es la adolescencia?. En: *Adolescencia y trastornos del comer*. (1a. ed.). Editorial Gedisa, S. A., Barcelona, España. pp: 17,31-51.

Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel-Santoncini, C., Villatoro, J., y Medina-Mora, M. 2001. El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*. 24:55-61.

Hernández, C. A., y Moreno, C. M. 2003. Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Imagen Corporal. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Heingber, L. J., Thompson, J. K., & Stormer, S. 1995. Development and validation of Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *Int J Eating Disord*. 17:81-89.

Hoek, H. W. & Hoeken, D. V. 2003. Revisión de prevalencia e incidencia de los Trastornos Alimentarios. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*. 34:383.396.

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

Kirschmann, J. D., & Nutrition search, INC. 2007. Trastornos de la Alimentación. *Almanaque de Nutrición*. (6ta. ed.). Mc Graw Hill. México D.F. pp: 228-229.

Littleton, L. H., & Ollendick, T. 2003. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review clinical and Family Psychology*. 6:51-66.

Lucena, C. 2003. Diccionario Enciclopédico: El pequeño Larousse Ilustrado, SEP/Ediciones Larousse, Editorial. Lucerna, C.N. y cols. México D.F. pp: 252.

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

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

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

Morán, Á. I., Cruz, L. V., y Iñárritu, P. M. 2009. Prevalencia de factores y Conductas de Riesgo asociados a Trastornos de la Alimentación en universitarios. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 72:68-72.

National Center for Health Statistics. CDS Growth Charts: United States. 2000. Consultado el 21 de octubre 2009 de <http://www.cdc.gov/inchs>.

Nuño-Gutiérrez, B. L., Celis-de la Rosa, A., y Unikel-Santoncini, C. 2009. Prevalencia de Factores asociados a las Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev. Invest Clin.* 61:287-293.

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

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

Pritts, S. D., & Susman, J. 2003. Diagnosis of eating Disorders in Primary Care. *Am Fam Physician.* 67:297-304.

Raich, E. R. Anorexia y Bulimia. 1994. Trastornos Alimentarios. Madrid: Pirámide.

Raich, R., López, G. G., y Sánchez, C. D. 2006. Necesidad de la Prevención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Aula de Innovación Educativa.* 153: 37-45.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, 1984. Recuperado el 10 de Octubre 2009 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

Rodríguez, A. B., Oudhof, V. B., González-Arratia., López-Fuentes, N., Unikel-Santoncini, C., y Becerril, B. M. 2008<sup>a</sup>. Conductas Alimentarias de Riesgo: Prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. *Revista científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH.* 6:159-170.

Rodríguez, E. R., Gómez-Peresmitré. G., Olvera, R, A., Peniche, V. M., y Vázquez, G. X. 2008<sup>b</sup>. Influencia de la publicidad e imagen corporal en adolescentes mexicanas. *Enfoques psicosociales a la comprensión y determinación de la salud*. pp: 263-268.

Rodríguez de Elias, R. Prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria: Formación de audiencias críticas y Psicoeducación. 2008. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de México, México.

Rodríguez, M. A., Novalbos, R. J., Martínez, N. J., Castro, H. A., y Escobar, J. L. 2005. Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de Salud, Análisis de su Situación Evolutiva y su relación con variables personales y familiares. *Cuadernos de medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 7:24-33.

Santrock, J. W. 2003. *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. 9<sup>na</sup> Edición. Editorial Mc Graw Hill. Madrid, España. pp: 56, 407.

Saucedo-Molina, T. J., y Cantú, G. N. 2001. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *La Psicología Social en México*. 9:129-133.

Saucedo-Molina, T. J. 2003. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Saucedo-Molina, T. J., Escamilla-Talón, T., Portillo-Noriega, I., Peña-Irecta, A., y Calderón-Ramos, Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a la Conducta Alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *RIC*. 60:231-240.

Saucedo-Molina, T. J., y Unikel-Santoncini, C. 2010<sup>a</sup>. Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en púberes mexicanos. *Rev Chil Nutr*. 37:60-69.

Saucedo-Molina, T. J., y Unikel-Santoncini, C. 2010<sup>b</sup>. Conductas Alimentarias de Riesgo, Interiorización del estético de delgadez e Índice de Masa Corporal en estudiantes hidalgenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*. 33:11-19.

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

Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, CG., & Cortina-Borja, M. 2006. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders; longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 189:323-329.

Thompson, J. L., Manore M. M., & Vaughan, L. A. 2008. En: *Nutrición*. Editorial Pearson Adisson Wesly, Madrid España, pp 4.

Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E., 1994. Assesement of sociacultural influences on the statics body shape moldel in anorexia nervosa. *Acta phychical san*. 89: 147.151.

Toro, A. J. 2000. La Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Med Clin (Barc)*. 114:543-544.

Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. L., y Merino, M. T. 2010. Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*. 26:297-28.

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

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

Unikel-Santoncini, C., y Gómez-Peresmitré G. 2004. Validez constructiva para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*. 27: 38-49.

Unikel-Santoncini, C., Bojorquez-Chapela, L., y Carreño-García, S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo. *Salud Pública de México*. 66: 609-16.

Unikel-Santoncini, C., Bojorquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., y Medina-Mora, M. E. 2006. Conductas Alimentarias de Riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2009. *RIC*. 58:15-27.

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

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

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

Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., y Oliva, A. 2006. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 11:185-197.

# Anexos

# Anexo 1

P: _____
T: _____

No. Folio \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**ÁREA ACADÉMICA DENUTRICIÓN**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD**

**XX (P)**

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

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

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

**GRACIAS**

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

Núm. De Matricula	Grado escolar
1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	
2. ¿Colonia y municipio en donde vives?	
3. Peso actual: _____ Kilos	
4. Altura/ Talla _____ Centímetros	
5. Estado civil de tus padres ( ) Casados ( ) Separados ( ) Viudo/a ( ) Solteros otro _____	
6. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	
7. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudios de tu madre?	
8. ¿Con quien vives? ( ) Padres ( ) Sola ( ) pareja ( ) amigos ( ) otros familiares otro _____	
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?	
10. ¿Qué lugar ocupa entre tus hermanos?	
11. ¿A que clase social considera que perteneces?: ( ) Alta ( ) Media – alta ( ) Media ( ) Media- Baja ( ) Baja ( ) Pobre	
12. Aproximadamente ¿de cuanto es el ingreso familiar mensual?	

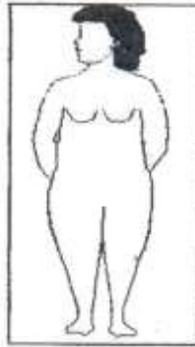
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

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

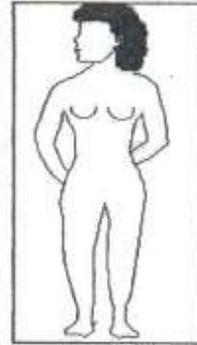
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tú figura corporal.



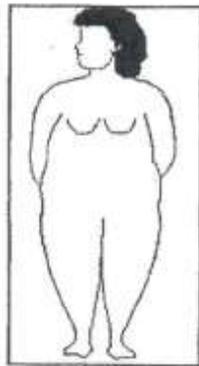
(A)



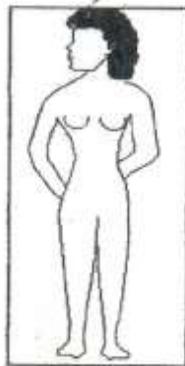
(B)



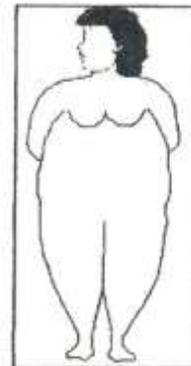
(C)



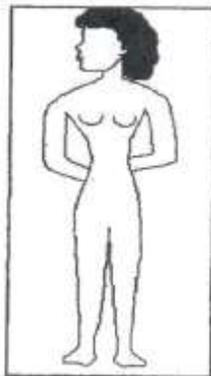
(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

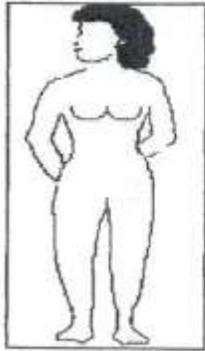
En la siguiente sección, marca con una (X) aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

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

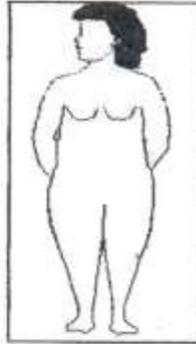
En los últimos 3 meses marca **(X)** una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

		<b>Nunca o casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Con frecuencia  2 veces en una semana</b>	<b>Con mucho frecuencia  Más de 2 veces en una semana</b>
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 conseguir ropa				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgada me siento en control				

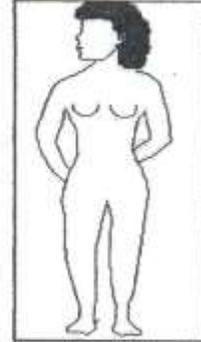
16. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más te gustaría tener.



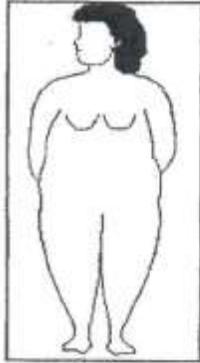
(A)



(B)



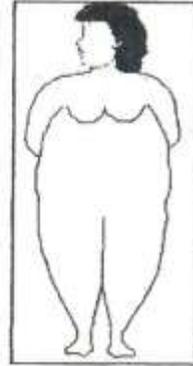
(C)



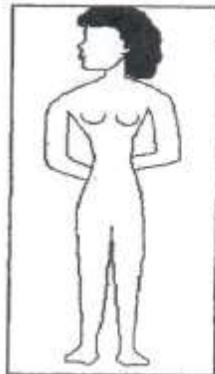
(D)



(E)



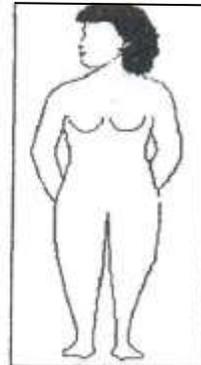
(F)



(G)



(H)



(I)

# Anexo 2

P: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

No. Folio \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD**

**XY (P)**

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

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

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

**GRACIAS**

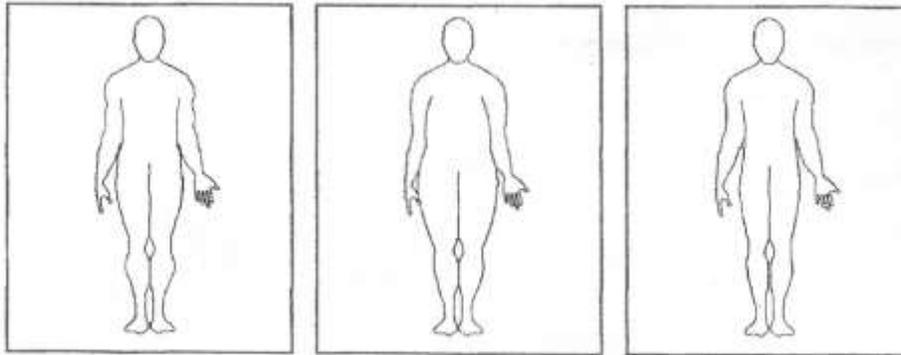
*Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina*

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

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

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

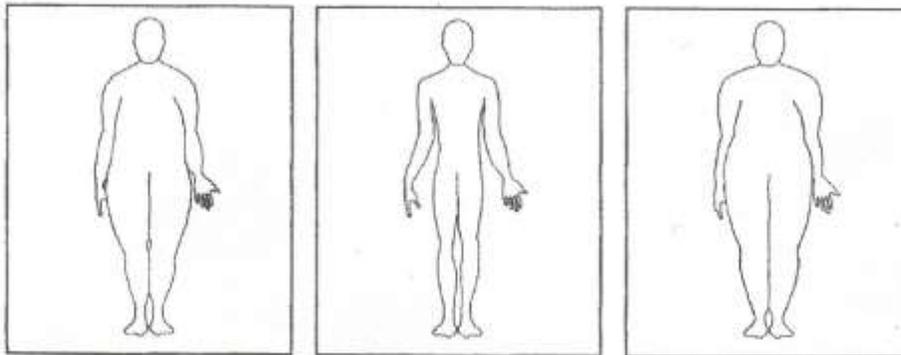
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



(A)

(B)

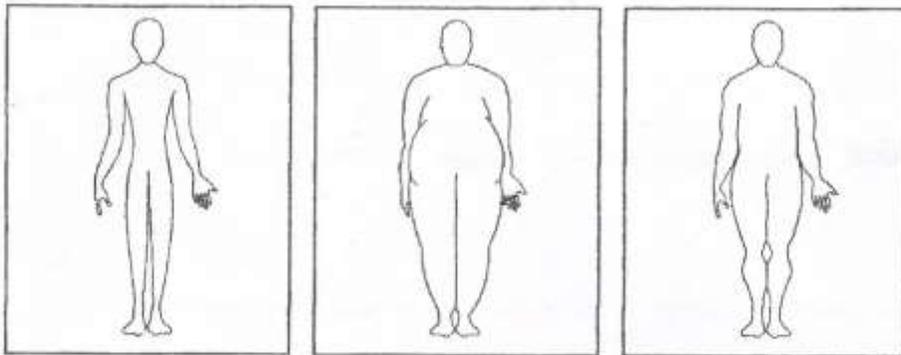
(C)



(D)

(E)

(F)



(G)

(H)

(I)

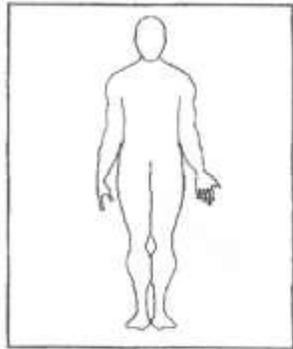
En la siguiente sección, marca con una (X) aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas”.

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

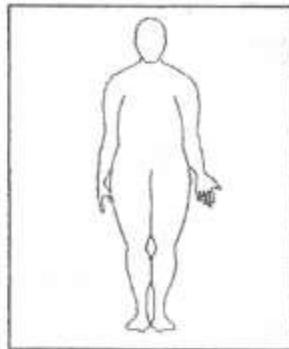
En los últimos 3 meses marca (X) una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Las mujeres delgadas son más femeninas.				
2	Me deprime sentirme 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	Los hombres gordos son menos masculinos.				
13	El aspecto físico es importante para conseguir ropa.				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa.				
15	Cuando estoy delgado me siento en control.				

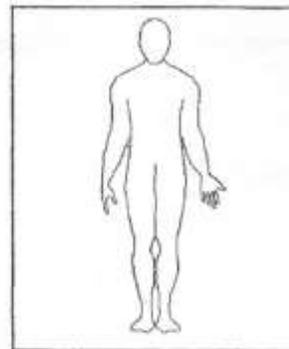
16. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más te gustaría tener.



(A)



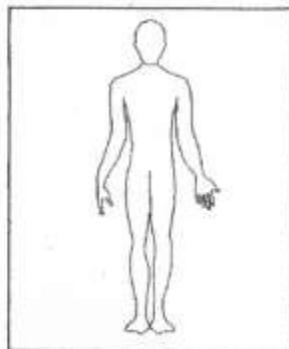
(B)



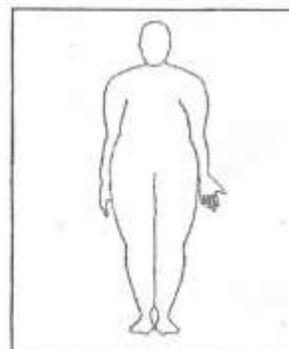
(C)



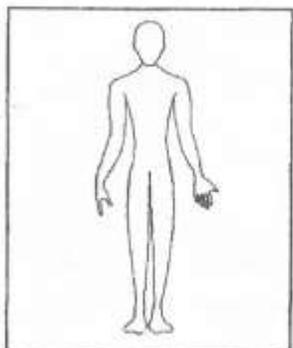
(D)



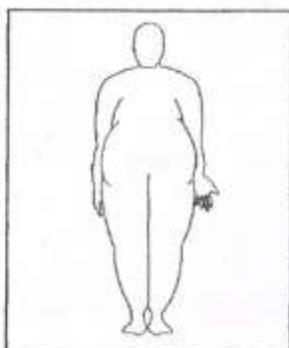
(E)



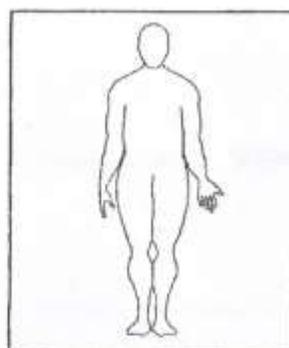
(F)



(G)



(H)



(I)

# Anexo 3

**Tabla 4.** Resultados del análisis factorial del FRATAP-M

ítem	Cargas factoriales
<b>Factor I) Influencia de la publicidad</b>	
Me interesan los anuncios de televisión sobre los productos para adelgazar.	0.793
Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.787
Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.692
Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.676
Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura	0.675
Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas	0.648
<b>Factor II) Malestar con la imagen corporal</b>	
Envidio el cuerpo de bailarinas, gimnastas, y otras deportistas	0.734
Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.	0.737
Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Belinda o Jacqueline Bracamontes.	0.749
Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.	0.404
Te molesta que te digan que esas llenita o gordita o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.	0.685
<b>Factor III) Dieta restringida</b>	
Tomas agua para quitarte el hambre	0.656
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso	0.654
Cuidas lo que comes para no subir de peso	0.647
Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.558
Para controlar tu peso te saltas comidas	0.533
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	0.449
<b>Factor IV) tiempos de comida</b>	
Acostumbras realizar tus tres comidas.	0.805
Acostumbras cenar o merendar.	0.733
Acostumbras desayunar.	0.734

**Tabla 5.** Resultados del análisis factorial del FRATAP-H

<b>Items</b>	<b>Cargas factoriales</b>
<b>Factor I) Influencia de la publicidad</b>	
Me interesan los anuncios de televisión sobre los productos para adelgazar.	0.868
Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.839
Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.822
Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.	0.712
Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.	0.700
<b>Factor II) Conducta alimentaria normal</b>	
Cuido que mi dieta sea nutritiva.	0.714
Como lo que es bueno para mi salud.	0.694
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	0.574
Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	0.639
Procuró comer verduras.	0.608
<b>Factor III) Malestar con la imagen corporal</b>	
Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso.	0.701
Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.	0.598
Me gustaría tener el cuerpo de Rafa Márquez, William Levy, Latín Lover.	0.695
Envidias el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas.	0.654
Envidio el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.	0.667
<b>Factor IV) tiempos de comida</b>	
Acostumbras realizar tus tres comidas.	0.794
Acostumbras cenar o merendar.	0.756
Acostumbras desayunar.	0.710

**Tabla 6.** Resultados del análisis factorial del cuestionario hacia la figura corporal

ítems	Carga factorial
<b>Factor I. INTERIORIZACIÓN</b>	
Me deprime sentirme gorda/o	0.807
Estar delgada/o es un logro muy importante para mi	0.838
Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura que deseo	0.762
El peso corporal es importante para sentirme bien	0.614
Me siento gorda/o aunque los demás me digan que no lo estoy	0.769
El aspecto físico es importante para sentirme bien	0.893
Cuando estoy delgado me siento en control	0.640
<b>Factor II CREENCIAS</b>	
Las mujeres delgadas son más femeninas.	0.640
El peso corporal es importante para se aceptada/o.	0.675
El peso es importante conseguir pareja.	0.817
Estar gorda/o es sinónimo de imperfección.	0.425
Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valioso.	0.450
Cuando estas gorda los hombres no se te acercan.	0.882
Las mujeres gordas son menos femeninas	0.756
El peso corporal es importante para conseguir ropa.	0.464

**Tabla 7.** Resultados del análisis factorial del cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo.

ítems	Cargas factoriales
<b>Factor I. Atracón-purga</b>	
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0.837
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no parar de comer).	0.816
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.	0.714
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso	0.558
<b>Factor II. Medidas compensatorias</b>	
He usado pastillas para tatar de bajar de peso	0.785
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso	0.791
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso	0.770
<b>Factor III. Restricción</b>	
Me ha preocupado engordar	-0.730
He hecho dietas para tratar de bajar de peso	-0.618
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	-0.904

