



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

**RELACIÓN ENTRE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E INDICADORES
DIETÉTICOS EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO DEL
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE PACHUCA, HIDALGO**

T E S I S

Que para obtener el título de

Licenciada en Nutrición

P R E S E N T A

Aurora García Rosales

Bajo la Dirección de:
Dra. Teresita de Jesús Sucedo Molina



Pachuca, Hidalgo, 2007.

Con amor para la personas que
con su paciencia y cariño,
me han impulsado a seguir
su ejemplo de perseverancia
y esfuerzo para alcanzar el éxito

MIS PADRES

Con respeto, cariño y un
profundo agradecimiento por
su confianza, su apoyo incondicional
y todas sus enseñanzas

DRA. TERESITA SAUCEDO

INDICE

	Página
RESUMEN	2
ABSTRAC	3
CAPITULO I	
MARCO TEÓRICO	
Conducta Alimentaria	4
Trastornos de la Conducta Alimentaria	
-Anorexia Nervosa	5
-Bulimia Nervosa	6
-Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados	6
Conducta de riesgo asociada a Trastornos de la Conducta Alimentaria	7
Instrumentos de Evaluación	
-Eating Attitudes Test EAT	
-Bulimia Test BULIT	8
-Eating Disorders Inventory EDI	9
-Body Shape Questionnaire BSQ	9
-Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal CIMEC	10
-Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria	10
CAPITULO II	
Estado Nutricio	12

Evaluación del Estado Nutricio	12
Métodos de Evaluación del Estado Nutricio	12
-Evaluación Dietética	12
-Evaluación Clínica	13
-Métodos Antropométricos	13
-Métodos Bioquímicos	13
Evaluación Dietética	13
-Recordatorio de 24 horas	14
-Diario de dieta	14
-Historia Dietética	15
-Cuestionario de Frecuencia de Consumo	15
Índice de Masa Corporal	16
CAPITULO III	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	24
-Objetivo General y Objetivos Específicos	24
CAPITULO IV	
DISEÑO METODOLÓGICO	
-Tipo de diseño	5
-Muestra	25
-Procedimiento	25
-Definición de variables	25
CAPITULO V	26
RESULTADOS	32

CAPITULO VI	
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	

RESUMEN

El estudio de las conductas de riesgo asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es un área de investigación reciente en nuestro país, que en la actualidad ha tenido un incremento importante como problema de salud, lo que ha permitido la obtención de un conocimiento más amplio del tema.

Se observa que día con día han aumentado las conductas de riesgo asociadas a TCA como: la preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido, ayunos, dietas, ejercicio excesivo; uso de pastillas para adelgazar, diuréticos, laxantes, así como enemas, supositorios y lavativas, que han alcanzado un estatus de “obsesión cultural” y que están vinculadas tanto con la forma de alimentarse como con el estado nutricional del individuo. Para conocer la forma de alimentación de cada individuo, existen los indicadores dietéticos, clasificados de acuerdo a distintas características: algunos miden la alimentación pasada a través de recordatorios, otros miden alimentación presente, y otras la frecuencia con la que se consumen los alimentos.

Con base en lo anterior se estableció como objetivo de esta investigación: Determinar la relación entre las conductas de riesgo asociadas a TCA e indicadores dietéticos, en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), de Pachuca, Hidalgo.

El diseño del estudio fue de campo, de tipo transversal, descriptivo y correlacional con una muestra a conveniencia representada por 356 alumnos hombres y mujeres de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa). Para la obtención de datos se utilizó el EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios), instrumento mexicano que evalúa Conductas Alimentarias de Riesgo; y un Cuestionario de Frecuencia de Consumo como Indicador Dietético. Para analizar los resultados se empleó el programa SPSS en su versión 11.0 con el cual se obtuvieron medidas de Tendencia Central, así como correlaciones de Pearson.

Palabras Clave: Conductas de Riesgo asociadas a Trastornos de la conducta Alimentaria, Indicadores Dietéticos, Universitarios, Hidalgo.

ABSTRAC

The study of risk eating behaviours associated to Eating Disorders is a recent research area in our country, that actually has had an important increase as a health problem, allowing a wider knowledge of the topic.

It has been observed that day by day there is an important increase of risk eating behaviours, concerning about becoming fat, binge eating, fasting, vomiting, diets, excessive exercise, diet pills, had reach a “cultural obsession” status that are linked with feeding an the nutritional status of a person.

To know the feeding pattern of a person there are dietetic indicators classified according to different characteristics: some of them let know the past feeding, others are helpful to know the actual feeding and some others tell the frequency of food consume.

The objective of this investigation was to determinate the relation between risky eating behaviours associated to Eating Disorder and dietetic indicators in University student from Pachuca, Hgo.

It was a transversal, descriptive and correlational field research in a sample of 356 students.

A Mexican instrument named EFRATA was used to study risk eating behaviours, and a Frequency Food Questionnaire as a dietetic Indicator. To analyze results the SPSS 11.0 was used, there were obtained, Pearson correlations.

Key Words: Risky eating Behaviours, Dietetic Indicators, University Students, Hidalgo.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO
CONDUCTA ALIMENTARIA

El término conducta alimentaria obedece al cuestionamiento ¿cómo comer? (Ávila y Tejero, 2001) y no sólo se refiere a la ingestión de alimentos propiamente dicha, se trata de una conducta que se ve influida por factores ajenos a la persona más que por las necesidades del individuo, o por el valor nutricional y las características específicas de un alimento (Bundell, 1991).

Considerando lo anterior se puede decir que una conducta alimentaria es una conducta de tipo psico-social, que está enormemente influenciada por factores externos como la sociedad misma y sus formas de expresión, esto ha favorecido la aparición de cambios importantes en la forma de alimentarse de la población.

La alteración de esta conducta ha dado origen a trastornos con los cuales los patrones de ingesta de alimentos se ven distorsionados; caracterizados por conductas de riesgo como, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas, atracones, uso de laxantes, entre otras.

La cultura de la delgadez ha creado una obsesión que se extiende rápidamente y se produce en mayor o en menor medida en la sociedad moderna. De este modo la alimentación se ve afectada por la moda, la cual provoca drásticas modificaciones en el patrón de alimentación (Gómez Peresmitré et al, 2001).

Y que además afecta a ciertas partes de la población específicas y más vulnerables como: pre-adolescentes (Gómez Pérez-Mitre, 1997), adolescentes, (Gómez Pérez-Mitre, 1993) mujeres (Blackhurst, 1999); y otros grupos considerados de alto riesgo, en los que existe un interés focalizado en el peso, tamaño y forma del cuerpo; entre ellos, deportistas, bailarines y modelos (Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido definidos como aquellos procesos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración

psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR, American Psychiatry Association [APA], 2002), dentro de los TCA se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno alimentario compulsivo (binge eating disorder) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

CARACTERÍSTICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVOSA (AN)

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla (p. ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado)
- Miedo intenso a ganar peso o a ser obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que representa el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos

Restringitivo: el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (APA, 2002).

CARACTERÍSTICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVOSA (BN)

- Presencia de atracones recurrentes.
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (2 hrs.) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
- Sensación de pérdida de control de la ingesta
- Conductas compensatorias inapropiadas (provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas; ayuno o ejercicio)
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales (APA, 2002).

Tipos

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

No purgativo: el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas (ayuno, y ejercicio intenso)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TANE)

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero el peso del sujeto se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

- Masticar y expulsar, sin tragar.
- Trastorno por atracón (APA, 2002)

CONDUCTA DE RIESGO ASOCIADA A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la actualidad existe una preocupación global por la delgadez, y por un estándar físico que propicia la insatisfacción de los individuos con su cuerpo. En las últimas tres décadas del siglo XX, los países occidentales sufrieron un cambio relacionado principalmente con los ideales estéticos del cuerpo (Rimm y Stampfer, 1995), y en estos días es cada vez más común encontrar modificaciones en las conductas alimentarias, que de acuerdo a diversos factores se han convertido en conductas de riesgo, que están relacionadas con daños importantes a la salud.

Entre las principales conductas de riesgo se pueden mencionar: la preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido, ayunos, dietas, ejercicio excesivo, pastillas para adelgazar, diuréticos, laxantes, así como enemas, supositorios y lavativas. Siendo también común la práctica de ejercicio para bajar de peso según estudios realizados en población joven de nuestro país (Unikel et al, 2000)

El someterse a dietas restringidas y el deseo de ser cada vez más delgado ha alcanzado en los últimos tiempos un estatus preocupante de obsesión cultural, y por supuesto las principales protagonistas en esta situación son las mujeres, aunque los hombres no están exentos de este fenómeno. Actualmente estos problemas de imagen corporal, se extienden de una forma muy acelerada (Makino et al, 2004).

Se han obtenido resultados que hacen notar la existencia de importantes relaciones entre determinados comportamientos alimentarios anómalos, como el evitar alimentos considerados de gran aporte calórico, controlar el peso, hacer ejercicio con el fin de “quemar calorías” y provocarse el vómito después de una comida abundante con otros comportamientos, como los hábitos de sueño, el ausentismo escolar, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y la conducta sexual (Guirado y Ballester, 2005). Es entonces lógico entender que la

conducta alimentaria se ve perjudicada, provocando modificaciones drásticas en el patrón de alimentación, olvidando la importancia de mantener un balance entre la ingestión y el gasto de energía (Pfeffer y Kaufer, 2001), repercutiendo de manera importante en el estado nutricional y por ende en la salud del individuo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE TCA

Como ya se señaló, los TCA son padecimientos que han cobrado gran relevancia principalmente debido a su creciente prevalencia y la complejidad de su cuadro clínico. Debido a esto se han desarrollado instrumentos de evaluación que permiten detectar estos trastornos, sus síntomas o factores asociados en poblaciones de alto riesgo. Entre los más importantes destacan:

1. Eating Attitudes Test (EAT):

Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN (García-Camba, 2001). El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. (Garner y Garfinkel, 1979). Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner et al. 1982). En 1989, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

2. Bulimia Test (BULIT)

Fue diseñada para detectar en la población general cuales son los riesgos para presentar bulimia (Smith y Thelen, 1984). Se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen y colaboradores (1991), actualmente más utilizada que la versión original. El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, pero tiene validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto semestre de Bachillerato.

El BULIT-R puede utilizarse como una medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN, donde los falsos positivos probablemente presentarán un TANE. Se sugiere que los investigadores que utilicen el BULIT-R como prueba de tamizaje deberían utilizar un punto de corte más bajo (>85 puntos) para reducir el potencial de falsos negativos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse.

3. Eating Disorders Inventory (EDI)

Desarrollado en el año de 1983 (Garner y colaboradores), fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales

de la AN. Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (Garner, 1991) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero además introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

Hay diversas opiniones en cuanto a la utilidad del EDI, varios autores sugieren que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Sin embargo, se sugiere que el EDI es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

4. Body Shape Questionnaire (BSQ)

Cuestionario autoaplicable, consta de 34 ítems. Sirve para evaluar el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), las puntuaciones fueron clasificadas en 4 categorías: no preocupada por la IC <81, leve preocupación = 81-110, moderada = 111-140, extrema >140

5. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)

También es importante evaluar en los TCA la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (la cultura de la delgadez). Para este fin existe el CIMEC-26 (Cuestionario de las Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales) desarrollado por Toro (1994), es básicamente un cuestionario sobre las influencias culturales sobre el modelo estético corporal.

6. Escala de Factores de Riesgo Asociados a TCA (EFRATA)

Entre otros de los instrumentos que se han desarrollado cabe mencionar al EFRATA, instrumento autoaplicable con formato mixto para hombres y mujeres, que consta de 48 preguntas y mide conductas de riesgo asociadas a TCA (Conducta alimentaria compulsiva, Preocupación por el peso y la comida, Conducta alimentaria por

compensación psicológica, Dieta crónica restrictiva) , así como la conducta alimentaria normal, validado mediante un análisis factorial de componentes principales, en una muestra de 1494 hombres y 1915 mujeres. (Gómez Pérez-Mitre, 2000).

Además de la evaluación de Conductas de riesgo asociadas a TCA, es importante la evaluación del estado nutricional del individuo.

CAPITULO II

ESTADO NUTRICIO

El estado nutricio es consecuencia de interacciones de tipo biológico, psicológico y social.

Se define como la condición resultante de la ingesta, asimilación, digestión, absorción, metabolismo y utilización de los alimentos. Está determinado por la cantidad y calidad de los nutrimentos que obtiene al alimentarse, por las interacciones metabólicas de estos, y por los requerimientos nutricios del organismo, así como la magnitud en que estos logran satisfacer las necesidades de cada individuo (Ávila y Tejero, 2001)

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO

El estado nutricio se evalúa con una serie de métodos que tienen alcances y limitaciones específicos y que se utilizan principalmente para conocer las características de la dieta, identificar la presencia y gravedad de los signos asociados con las alteraciones del estado nutricio, estimar proporciones corporales asociadas al estado nutricio, estimar las concentraciones disponibles de diversos nutrimentos o metabolitos relacionados y valorar diversos aspectos anatómicos y funcionales asociados al estado nutricio (Elaine y Feldman, 1990).

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO

La evaluación del estado nutricio incluye aspectos clínicos, de laboratorio, antropométricos y dietéticos, los cuales se miden por medio de indicadores.

Según Ávila y Tejero (2001), existe una clasificación general de los métodos de evaluación del estado nutricio y que enumera los puntos más importantes a considerar en cualquier evaluación:

- 1. EVALUACIÓN DIETÉTICA** Permite identificar alteraciones de la dieta antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso.

2. **EVALUACIÓN CLÍNICA** Permite identificar manifestaciones anatómicas de alteraciones nutricias, así como la presencia y gravedad de los signos asociados con las alteraciones del estado nutricional.
3. **MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS** Permite identificar alteraciones pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a este. Estima proporciones corporales asociadas al estado nutricional.
4. **MÉTODOS BIOQUÍMICOS** Permite identificar alteraciones presentes y subclínicas, así como riesgos posteriores. En algunos casos permite la evaluación funcional del estado nutricional.

EVALUACIÓN DIETÉTICA

Los detalles de la evaluación dietética pueden usarse para medir la ingestión de agua, calorías, proteínas, carbohidratos, fibra, grasa saturada o insaturada y colesterol, y para proporcionar un índice del estado vitamínico y mineral

Para el presente trabajo es importante hacer especial énfasis en la evaluación dietética, pues los nutrimentos no se consumen aisladamente más bien se consumen siempre en combinación, por lo tanto no sería útil examinar los nutrimentos de forma independiente, pues existe una importante interacción entre todos los nutrimentos (Hu et al. 1999) Es por esta razón que lo más importante de evaluar es el patrón dietético de un individuo y analizar sus hábitos alimentarios.

El estado de salud de un individuo está ligado de forma importante a la dieta, la cual se puede ver afectada por numerosos factores sociales, naturales, biológicos, económicos, entre otros. Por eso si se desea conocer a fondo la alimentación de un individuo se debe utilizar un instrumento capaz de analizar todos esos factores y que además permita orientar sobre el riesgo de presentar ciertas alteraciones.

Una evaluación integral nutricional no estará completa sin los indicadores dietéticos, los cuales se clasifican de acuerdo a distintas características: a) algunos miden la alimentación pasada a través de recordatorios, b) otras miden la alimentación

presente; y c) otras la frecuencia con la que se consumen los alimentos. (Elaine y Feldman, 1990).

El objeto es comprender las condiciones sociales y la actitud en relación a los cambios en los hábitos alimenticios; para obtener estos datos se deben considerar el contenido de las comidas, horario de alimentos, razones para comer (o no comer) y preferencias por los alimentos. Se conocen cuatro métodos básicos para obtener la historia dietética:

1. RECORDATORIO DE 24 HORAS

Este es quizá el método usado más frecuentemente. Se pide al sujeto recordar todo lo que comió durante las 24 horas anteriores.

Esta información se obtiene con rapidez, y proporciona indicios sobre los hábitos de alimentación y preferencias de alimentos. Sin embargo, hay fuentes importantes de error:

- Es posible que el paciente no lo recuerde
- El día anterior tal vez no fue un día típico
- El paciente quizá no dice la verdad
- Las personas suelen sobreestimar áreas deficientes, y
- Subestimar las que son excesivas.

El éxito de este indicador dietético dependerá de la memoria del individuo, de su cooperación y su capacidad de comunicación, así como de las habilidades del entrevistador (Sabaté, 1993)

2. DIARIO DE DIETA

En este método se pide al individuo que escriba todo lo que come y bebe, debe incluir el lugar donde se consumen los alimentos, la hora, el tipo y cantidad de alimento, además de la técnica culinaria; puede utilizarse durante un periodo especificado, tomando como base tres días; o incluso si es posible hasta por siete

días. Con tres días se puede percibir la variación de un día a otro, y con siete se logra un mejor resultado porque es la unidad sociolaboral más común y refleja la semana completa (Bourges et al, 1997).

Una de sus ventajas es que no depende de la memoria del individuo, pero al estar registrando todo lo que se consume puede provocar cambios en los hábitos, ya sea por un deseo de aceptación o por el tedio de anotar lo que se consumió, a que hora y en que lugar, así como las características de los alimentos.

A pesar de ser muy preciso no se utiliza en estudios poblacionales, pues requiere mucho trabajo por parte del individuo, y además que éste sepa leer, escribir y contar, lo cual limitaría a una determinada parte de la población.

3. HISTORIA DIETÉTICA

Este método desarrollado por Burke (1947) consiste en preguntar al sujeto sobre sus patrones de comida en un día típico, después se lee una lista de alimentos para verificar la información del día típico y finalmente se registran los alimentos durante tres días.

Este método requiere de mucho tiempo para llevar a cabo la entrevista, sin embargo es de gran utilidad ya que permite cruzar la información de un indicador con otro, y así verificar la veracidad de las respuestas.

4. CUESTIONARIO SOBRE LA FRECUENCIA DE CONSUMO

En este método se solicita información sobre cuantas veces al día, semana o mes se come un alimento particular.

El cuestionario puede ser específico, en forma tal que dé información sobre una deficiencia o exceso en particular.

En este método el sujeto reporta la frecuencia habitual de consumo de alimentos durante un período determinado por medio de una lista de alimentos. Es cuantitativo cuando incluye preguntas sobre la cantidad de alimentos y cualitativo si marca una porción determinada para cada alimento (Willet et al, 1986).

En general, es más probable que el paciente dé respuestas honestas en un cuestionario sobre frecuencia, que en un recordatorio de 24 horas, pero las respuestas son tan buenas como lo sea la memoria del paciente (Elaine y Feldman 1990).

La cantidad de alimentos que se pueden incluir en el cuestionario es muy variable se han utilizado listas desde 15 hasta 250 alimentos. En estudios donde se desea evaluar el consumo de algún alimento o grupo de alimentos específico la lista tiende a ser más corta, a diferencia de un cuestionario que evaluará aspectos más profundos de la dieta.

Este indicador ha sido ampliamente utilizado, ya que aporta una información global sobre la ingestión en un periodo amplio de tiempo, es decir, permite evaluar el patrón de alimentación de un individuo y además puede ser auto-administrado. Es de gran utilidad para aplicarse en estudios con poblaciones muy grandes, debido a que proporciona datos específicos y concretos.

Cualquiera que sea el método o métodos utilizados deben proporcionar información para ayudar a elaborar objetivos realistas para la persona; dicha información puede usarse para valorar excesos, deficiencias, desequilibrios y lo adecuado de la dieta, y para identificar conductas extrañas, o poco comunes, en la ingestión de alimentos.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Existe de igual forma para evaluar el estado nutricional de un individuo la evaluación antropométrica, la cual detecta el grado de adecuación nutricional a través de la valoración del peso, la estatura y dimensiones corporales tales como los pliegues y circunferencias. Con esta evaluación se pueden identificar alteraciones pasadas o presentes del estado nutricional, así como daños ocasionados a éste. El indicador más usado para evaluar el estado de nutrición desde una perspectiva antropométrica es la relación entre peso y estatura conocido como Índice de Masa Corporal. (Ávila y Tejero 2001)

El Índice de Masa Corporal (IMC, siglas en inglés: BMI -Body Mass Index-), también conocido como Índice de Quetelet (Lambert Adolphe Jacques Quételet), es un

número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. Se utiliza como indicador nutricional desde principios de 1980. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros (Mei et al. 2002). Y se obtiene a través de la siguiente fórmula:

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

En adultos suele establecer un rango de 18-25 como saludable. Un IMC por debajo de 18,5 indica desnutrición o algún problema de salud, mientras que un IMC superior a 25 indica sobrepeso. Por encima de 30 hay obesidad leve, y por encima de 40 hay obesidad mórbida (Prentice y Jebb 2001).

Sin embargo los datos presentados anteriormente no son de utilidad para la población adolescente, en este caso se utiliza el IMC percentilar, con el cual se tiene que considerar la edad del sujeto y el género para así poder clasificarlo a nivel percentilar y diagnosticar su estado nutricional (NCHS, 2000)

Los valores percentilares de IMC para púberes utilizados actualmente son:

CATEGORÍA	IMC
Desnutrición	< al percentil 5
Bajo Peso	Percentil 5 al 10
Normal	Percentil 10 al 85
Sobrepeso	Percentil 85 al 95
Obesidad	> al percentil 95

(NCHS, 2000)

CAPÍTULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad, la presencia de conductas de riesgo asociadas a trastornos alimentarios a pesar de haber sido descritas ya desde tiempo atrás, parecen ser un fenómeno reciente y propio de nuestros días, esta afirmación se justifica por el notable aumento que durante los últimos años y de forma muy acelerada se ha producido en torno a este tema, principalmente entre la población joven siendo motivo de gran preocupación para los profesionales y científicos que trabajan en esta área, alrededor del mundo y específicamente en nuestro país, en donde se ha podido observar que las mujeres presentan mayores porcentajes en todas las conductas alimentarias en comparación con los hombres, exceptuando el comer compulsivamente y el ejercicio excesivo, según un estudio realizado en población estudiantil del Distrito Federal. A partir de estos datos se pudo concluir que en la población estudiada, existen conductas de riesgo propias de la AN y de la BN, principalmente en la población femenina (Unikel et al, 2000). Lo más alarmante es que en un estudio consecutivo, que fue realizado de 1997 al 2003, se observó que la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo mostró un incremento importante de la medición de 1997 a las mediciones 2000 y 2003 tanto entre los varones como entre las mujeres. El porcentaje de hombres que reportaron tres o más indicadores de riesgo en 1997 fue de 1.3% con diferencias significativas con respecto a la medición 2000 (4.3%), mientras que no hubo diferencias significativas entre las mediciones 2000 y 2003 (3.8% en ambos casos). En el análisis por tipo de conducta en los varones, la preocupación por engordar mostró un aumento importante, de 5.4% en 1997 a 11.5% en 2003, el uso de métodos purgativos aumentó significativamente de 1.3% en 1997 a 6.1% en 2003, el de métodos restrictivos de 10.5% en 1997 al 11.9% en 2003 y los atracones de 2.6% en 1997 a 6.5 % en 2003. En las mujeres los datos señalaron que la preocupación por engordar se duplicó (15.3% en 1997 a 29.8% en 2003), el uso de métodos purgativos aumentó de 1.9% en 1997 a 8% en 2003, y la práctica de atracones de 3.3% en 1997 a 5.9% en 2003 ambos con diferencias significativas, mientras que el uso de métodos

restrictivos se mantuvo estable en 14.7% y la sobrestimación del peso en un promedio de 24% (Unikel et al, 2006).

Aunque con manifestaciones diferenciadas, las conductas de riesgo asociadas a TCA afectan principalmente a mujeres, pero estudios recientes han señalado un incremento de estas conductas en la población masculina (Braun, 1997); tan solo en los últimos años se ha podido comprobar que entre el 5 y el 10% de los casos de anorexia nervosa son varones, y en el caso de la bulimia se ha reportado que aproximadamente del 10 al 15% del total son hombres; estos casos se han observado en individuos con antecedentes de obesidad, homosexualidad, o la participación en algún deporte que requiera un cuerpo esbelto.

Este fenómeno está relacionado principalmente con la insatisfacción de los individuos por la forma y tamaño de su cuerpo. La explicación esta asociada por la creciente presión social por la imagen de delgadez y los modelos de belleza idealizados, que cada año están originando la aparición de un número mayor de casos de estas conductas, así como la mayor preocupación de las personas de la población general por perder peso.

La preocupación por el peso y la comida, la práctica de dietas restringidas, las conductas compensatorias como el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo e incluso el comer compulsivamente son algunas de las conductas de riesgo más comunes en la población mexicana (Unikel et al, 2000).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), existen algunas prácticas de riesgo que en los últimos tiempos se han convertido en una moda principalmente en la población joven, tales como las dietas, ayunos y exceso de ejercicio para bajar de peso. La encuesta realizada a 25, 056 adolescentes de 10 a 19 años, arrojó que 3.2% de ellos practicó alguna conducta alimentaria de riesgo en los últimos tres meses, aunque en menor proporción el vómito inducido y la ingesta de medicamentos. La práctica de estas conductas alimentarias como la anorexia y bulimia afecta a las mujeres en mayor proporción, sobre todo a las de 16 a 19 años.

En tanto que el 18.3% de los encuestados dijeron que les preocupa engordar o perder el control para comer.

La asociación de delgadez con éxito social, la equiparación entre autocontrol y adelgazamiento, relacionar autoestima y aceptación social con determinados cánones de belleza arbitrariamente fijados, constituyen aspectos fundamentales de la problemática de las conductas de riesgo, que a la larga, y si no son detectadas a tiempo pueden generar trastornos del comportamiento alimentario ocasionando problemas de salud directamente relacionados con el estado nutricional. Aquí es donde cobra relevancia la investigación en esta área, entre otras razones, por las graves complicaciones clínicas que conllevan estas enfermedades, tales como las secuelas de la mala nutrición, las alteraciones metabólicas y endocrinas, cardiovasculares, neurológicas, renales y gastrointestinales como la irritación y sangrado del esófago, entre otros (García-Camba 2002).

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de evaluar el estado nutricional, el cual es como ya se describió consecuencia de distintas interacciones de tipo biológico, psicológico y social, que afectan directamente al individuo; para poder realizar esta evaluación existen diversos indicadores, siendo de gran utilidad los dietéticos, los cuales tienen como objetivo conocer las características de la dieta, y por consecuencia permiten identificar alteraciones de la misma antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso.

Con base en lo anterior surgen como preguntas de investigación:

¿Cuáles son las conductas de riesgo asociadas a TCA más comunes en estudiantes de primer ingreso del ICSa de Pachuca, Hidalgo (Hgo)?

¿Cómo se relacionan las conductas de riesgo asociadas a TCA con los indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del ICSa de Pachuca, Hidalgo (Hgo)?

¿Existe una mayor frecuencia de Conductas de Riesgo asociadas a TCA, en Mujeres estudiantes de primer ingreso del ICSa de Pachuca, Hidalgo?

JUSTIFICACIÓN

El estudio de las conductas de riesgo asociadas a TCA es un área de investigación relativamente nueva en México, pero en la actualidad ha tenido un incremento importante, lo que ha permitido la obtención de un conocimiento más amplio del tema, considerando distintos factores para abordarlo como: edad, sexo, lugar de origen, además de indicadores tanto dietéticos como bioquímicos y antropométricos. Día a día se da un incremento en el desarrollo de las conductas de riesgo como: la preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido, ayunos, dietas, ejercicio excesivo, pastillas para adelgazar, diuréticos, laxantes, así como enemas, supositorios y lavativas. Las cuales han alcanzado un estatus de “obsesión cultural” desarrollando un problema de salud importante que afecta directamente y en gran manera el estado nutricional de los individuos, observándose principalmente restricciones y modificaciones en la calidad y la cantidad de nutrientes (Unikel et al, 2000).

La prevalencia de conductas de riesgo y el consecuente desarrollo de un TCA en caso de un diagnóstico tardío, ha demostrado ser una cuestión relacionada con la edad como lo señala un estudio realizado en niños y niñas entre 9 y 11 años de escuelas primarias, en la cual se observaron 4 factores importantes para identificar la presencia de conductas de riesgo. En el se empleó un cuestionario que evaluaba problemas de alimentación, imagen corporal y conceptos de si mismos; en el caso de las niñas fueron, la dieta, la preocupación por la comida, presión social para comer y la conducta restrictiva y purga; para los niños los factores encontrados fueron dieta contra purga, dieta y preocupación por la comida así como alimentación en base al estado emocional (Cherene et al, 1997).

En el 2002 se obtuvieron datos que indican que existe una insatisfacción extrema con la forma y las dimensiones del cuerpo en países Mediterráneos del norte, seguidos por los países del norte de Europa. Por otro lado los países en proceso de Occidentalización mostraron una insatisfacción regular con su cuerpo y en contraste

los países no occidentales mostraron tener menos interés que otros países en ese aspecto (Jaeger et al, 2002).

En varias investigaciones a nivel internacional, realizadas en preadolescentes y adolescentes, se ha reportado la presencia de conductas de riesgo particularmente en mujeres (Strong y Huon, 1996) ya que a las niñas se les invita y se les recuerda continuamente el valor de la delgadez (Hill, 1993)

Sin embargo lo más importante a destacar es la situación de nuestro país, pues en los estudios que se han realizado en la población mexicana se ha confirmado la presencia de conductas de riesgo características de los trastornos alimentarios. Y se ha observado una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de dichos trastornos. Conforme a los resultados obtenidos se ha concluido que 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, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo (Unikel et al, 2002).

Así mismo, en otro trabajo realizado en población mexicana de mujeres adultas se encontraron como conductas de riesgo con mayores porcentajes las compensatorias (17.3%), comer compulsivamente (12%); y finalmente la dieta restringida tuvo los porcentajes más bajos (5.5%) (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006)

Es claro apreciar que existen diversos trabajos que versan sobre TCA en México pero hasta el momento son pocos los relacionados con el tema en el estado de Hidalgo, por ejemplo en la primera investigación realizada en mujeres púberes entre 11 y 15 años, se encontró que el 39.5% de la población dijo estar insatisfecha con su imagen corporal porque quieren ser más delgadas, se pudo observar que el 37.2% no realiza de manera regular sus tres comidas, omitiendo principalmente la cena, comportamiento fundamentado en la creencia de que “cenar engorda”. De igual forma se encontraron púberes (11.1%) preocupadas por la comida, sobre todo por el

consumo de alimentos con alto contenido energético “engordadores”; y púberes preocupadas por el peso (29.8%); así como un porcentaje de 3.2% que presentaron dieta restringida (Escamilla- Talón, 2007). Como puede observarse existen factores de riesgo asociados a TCA en la población Hidalguense, por lo cual resulta importante mencionar la relevancia de realizar el presente estudio en el entorno de la Universidad, ya que los estudiantes universitarios son una población vulnerable para el problema grave que representan dichas alteraciones; considerando principalmente la edad en la que se encuentran, pues se ha observado que los estudiantes entre los 16 y los 19 años de la población mexicana, son los que presentan un mayor porcentaje de indicadores clínicos específicos de los trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo en un estudio realizado en nuestro país se encontró que el 36.2% de los hombres y el 43.5% de las mujeres reportaron la presencia de estos indicadores clínicos, observándose mayor proporción de conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de edad de 18 y 19 años, siendo este grupo precisamente el más afectado. (Unikel et al, 2000). Resulta por lo tanto de gran utilidad identificar las conductas de este tipo más frecuentes, con el fin de evitar problemas de salud para la población.

Ahora bien, respecto al interés por realizar la investigación utilizando indicadores dietéticos, surge de la necesidad de conocer el patrón dietético del individuo, resultando más efectivo para este fin el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos, que aporta una información global sobre la ingestión de la población estudiada en un periodo amplio de tiempo, es decir, permite conocer como se alimenta nuestra población y además tiene el beneficio de poder ser auto-administrado, lo cual reduce el tiempo de aplicación y además el tiempo de análisis dado que proporciona respuestas concisas. Además es de gran utilidad para aplicarse en estudios con poblaciones muy grandes, debido a que proporciona datos específicos y concretos.

Esta investigación permitió identificar las conductas de riesgo que predominan en una comunidad estudiantil tanto femenina como masculina, para posteriormente limitar el daño y las posibles complicaciones; además proporcionó resultados

suficientes para considerar un aspecto preventivo de este tipo de conductas para generar las medidas pertinentes en esta situación. Se pretende obtener una información base, la cual pueda generar otras investigaciones que lleven a propuestas de mejora o de optimización de las circunstancias que en determinado momento propician Conductas de Riesgo asociadas a TCA. La aportación más importante de este estudio es la de que al hacer una revisión minuciosa de la literatura no se encontró ninguna investigación que relacione Conductas alimentarias de riesgo y frecuencia de consumo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos, en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), de Pachuca, Hgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la frecuencia de Conductas de Riesgo asociadas a TCA en estudiantes de primer ingreso del ICSa, de Pachuca, Hgo.

Determinar si existe una mayor frecuencia de conductas de riesgo asociadas a TCA en mujeres que en hombres estudiantes de primer ingreso del ICSa, de Pachuca, Hgo.

Determinar si existe alguna relación entre el IMC y la frecuencia de consumo alimentos en estudiantes de primer ingreso del ICSa, de Pachuca, Hgo.

Determinar los alimentos de mayor consumo en estudiantes de primer ingreso del ICSa, de Pachuca, Hgo., en base a un Cuestionario de Frecuencia de Consumo.

Identificar los alimentos de menor consumo en estudiantes de primer ingreso del ICSa, de Pachuca, Hgo., en base a un Cuestionario de Frecuencia de Consumo.

CAPITULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO
TIPO DE DISEÑO

Se realizó un estudio no experimental, de campo, transversal, descriptivo y correlacional.

MUESTRA

En el estudio se trabajó con una muestra a conveniencia de alumnos de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud, conformada por una N= 356 de los cuales 237 (67%) fueron mujeres y 119 (33%) hombres. Con un rango de edad de 16 a 35 años ($X = 18.63$).

Criterio de Inclusión: Estudiantes Universitarios de primer ingreso del ICSa.

Criterio de Exclusión: Estudiantes que se encontraban cursando materias en primer semestre, pero que no eran de primer ingreso.

Criterios de Eliminación: Cuestionarios que no fueron contestados por lo menos en un 90%

PROCEDIMIENTO

El primer paso para llevar a cabo esta investigación fue obtener el permiso de las autoridades correspondientes en el Instituto de Ciencias de la Salud para su realización.

Posteriormente se repartieron oficios indicando el objetivo de la investigación así como el periodo en el que se realizaría a cada uno de los coordinadores de las distintas áreas académicas del Instituto.

Se llevó a cabo la estandarización de peso y talla para que la toma de dichas mediciones fueran confiables; así como la elaboración del Cuestionario de Frecuencia de Consumo.

Previo a la aplicación del instrumento se dio una explicación breve a los alumnos sobre el objetivo de la investigación, el procedimiento de respuesta, el contenido del instrumento y la confidencialidad de los datos obtenidos.

Al terminar de responder los cuestionarios cada alumno fue pesado y medido, sin zapatos y procurando también que no utilizarán chamarra o suéter. Para la toma de peso se utilizó una báscula marca SECA, indicando al sujeto colocarse en posición erguida, con los pies paralelos y las manos a los costados al centro de la plataforma de la báscula.

Para la talla se utilizó un estadímetro portátil tipo escuadra, el cual era colocado en una pared lisa. El sujeto debía mantener una posición erguida con la cabeza en plano de Frankfort, los pies con los talones juntos y las puntas separadas y los brazos a los costados.

Cuando se concluyó con las mediciones antropométricas y la aplicación de todos los instrumentos se realizó la captura de datos para elaborar la base correspondiente y realizar su posterior análisis en el programa SPSS versión 11.0. Se obtuvieron medidas de tendencia central así como correlaciones de Pearson.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Conductas de Riesgo asociadas a Trastornos de la

Conducta Alimentaria.

Sexo

Edad

Variable Dependiente: Indicadores Dietéticos

IMC

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Son aquellas que consideran patrones de consumo de alimentos distorsionados, tales como atracones o episodios de ingesta excesiva, seguimiento de dietas de una forma anormal, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, ejercicio físico en exceso, vómito autoinducido, ayunos (Unikel et al, 2000).

Es necesario mencionar que para la realización de esta investigación se consideraron las siguientes variables para identificar las “Conductas Alimentarias de Riesgo”:

- ***COMER COMPULSIVAMENTE***

Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido (APA, 2002)

- ***PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA***

Se da cuando existe la presión por ser más delgados o bien se tiene insatisfacción con el cuerpo y por lo general se empieza a observar con más atención lo que se come, situación que se presenta con más frecuencia entre las mujeres. Como consecuencia la promesa de alcanzar la delgadez y la promoción q se hace para poder alcanzarla, fomentan el uso de dietas y una preocupación por la comida aún en personas que no tienen sobrepeso como respuesta a las demandas sociales y a los estándares fijados por la misma sociedad que influyen en la autopercepción y que generalmente lleva a la propia insatisfacción por la forma del cuerpo (Huon, 1996)

- ***CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL***

El término conducta alimentaria obedece al cuestionamiento ¿cómo comer? (Ávila y Tejero, 2001); y no sólo se refiere a la ingestión de alimentos propiamente dicha, se trata de una conducta que se ve influida por factores

ajenos a la persona más que por las necesidades del individuo, o por el valor nutricional y las características específicas de un alimento (Bundell, 1991).

- **CONDUCTA ALIMENTARIA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA**

Conducta alimentaria inapropiada, relacionada con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras.

- **DIETA CRÓNICA, RESTRINGIDA**

Tendencia repetitiva de autoprivación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Péresmitré y Ávila, 1998).

- **SEXO**

El sexo es una variable compleja, que implica unos procesos de diferenciación sexual o de sexuación que se extiende a lo largo de todo el ciclo vital, siendo así que los factores biológicos, psicológicos y sociales se van a mostrar en mutua y permanente interacción, dando lugar a lo que denominamos varones, o mujeres (Fernández, 1988)

- **EDAD**

La edad es el periodo de tiempo de existencia de una persona que va desde el momento de su nacimiento hasta el momento de su vida que se considere (Fernández, 1988).

INDICADORES DIETÉTICOS

El objeto es comprender las condiciones sociales y la actitud en relación a los cambios en los hábitos alimenticios; para obtener estos datos se deben considerar el contenido de las comidas, horario de alimentos, razones para comer (o no comer) y preferencias por los alimentos.

Se clasifican de acuerdo a distintas características: a) algunos miden la alimentación pasada a través de recordatorios, b) otras miden la alimentación presente y c) otras la frecuencia con la que se consumen los alimentos. (Elaine y Feldman, 1990).

- **FRECUENCIA DE CONSUMO**

En este método se solicita información sobre cuantas veces al día, semana o mes se come un alimento particular.

El cuestionario puede ser específico, en forma tal que dé información sobre una deficiencia o exceso en particular.

En este método el sujeto reporta la frecuencia habitual de consumo de alimentos durante un período determinado por medio de una lista de alimentos. Es cuantitativo cuando incluye preguntas sobre la cantidad de alimentos y cualitativo si marca una porción determinada para cada alimento (Willet et al, 1986).

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El Índice de Masa Corporal es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. Se utiliza como indicador nutricional desde principios de 1980. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros (Mei et al. 2002).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Esta variable se evaluó a través del instrumento diseñado por Gómez Pérez-Mitre (1998), conocido como EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con trastornos Alimentarios), que es un instrumento autoaplicable con formato mixto para hombres y mujeres, que consta de 48 preguntas y mide conductas de riesgo

asociadas a TCA , así como la conducta alimentaria normal, validado mediante un análisis factorial de componentes principales, en una muestra de 1494 hombres y 1915 mujeres. De su validación se obtuvieron 5 factores, cada uno de los cuales alcanzó los siguientes valores de alpha (Gómez Pérez-Mitre, 2000) (Anexo 1)

INSTRUMENTO PARA HOMBRES:

FACTORES	ALPHA
Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva	.8602
Factor 2: Preocupación por el Peso y la Comida	.8076
Factor 3: Conducta Alimentaria Normal	.8121
Factor 4: Dieta Crónica y Restrictiva	.8052
Factor 5: Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica	.6529

La escala total obtuvo un valor de confiabilidad (alpha) de .8660

INSTRUMENTO PARA MUJERES

FACTORES	ALPHA
Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva	.9051
Factor 2: Preocupación por el Peso y la Comida	.8242
Factor 3: Conducta Alimentaria Normal	.6944
Factor 4: Dieta Crónica y Restrictiva	.7434
Factor 5: Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica	.8136

Con un valor de confiabilidad (alpha) de la escala total de .8876 (Gómez Pérez-Mitre, 2000)

INDICADORES DIETETICOS

Los indicadores dietéticos se evaluaron por medio de un Cuestionario de Frecuencia de Consumo, el cual está conformado por 122 alimentos, con las siguientes opciones de respuesta: 1) una vez al mes, 2) una vez a la quincena, 3) una vez a la semana, 4) 2-3 veces por semana, 5) 4 a 6 veces por semana y 6) diario (Anexo 2).

En este instrumento se incluyeron los alimentos representativos de todos los grupos (Sistema Mexicano de Equivalentes 2006) y además se consideraron los de consumo más común en la población estudiantil, en forma tal que la información

obtenida de a conocer tanto los alimentos de mayor consumo, como los de menor, en la población.

INDICE DE MASA CORPORAL

Como se explico anteriormente el IMC 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, y que resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros (Mei et al. 2002).

Sin embargo en el caso de los adolescentes se utilizan valores percentilares los cuales además del peso y la talla consideran la edad del individuo (NCHS, 2000). En la presente investigación se utilizaron los siguientes valores:

MUJERES					
	<P5	P5-10	P10-85	P85-95	<P95
16	<16.8	16.8-17.5	17.6-24.7	24.8-29.9	>29.9
17	<17.3	17.3-17.9	18.0-25.3	25.4-29.7	>29.7
18	<17.6	17.6-18.3	18.4-25.7	25.8-30.4	>30.4
19	<17.8	17.8-18.6	18.7-26.2	26.3-32	>32
20	<17.8	17.8-18.6	18.7-26.2	26.3-32	>32

(NCHS, 2000)

HOMBRES					
	<P5	P5-10	P10-85	P85-95	<P95
16	<17.1	17.1-17.8	17.9-24.3	24.4-27.6	>27.6
17	<17.8	17.8-18.4	18.5-25.0	25.1-28.3	>28.3
18	<18.3	18.3-19.0	19.1-25.7	25.8-29.0	>29.0
19	<18.8	18.8-19.5	19.6-26.4	26.5-29.7	>29.7
20	<19.2	19.2-19.9	20.0-27.1	27.2-30.7	>30.7

(NCHS, 2000)

CAPITULO V

RESULTADOS

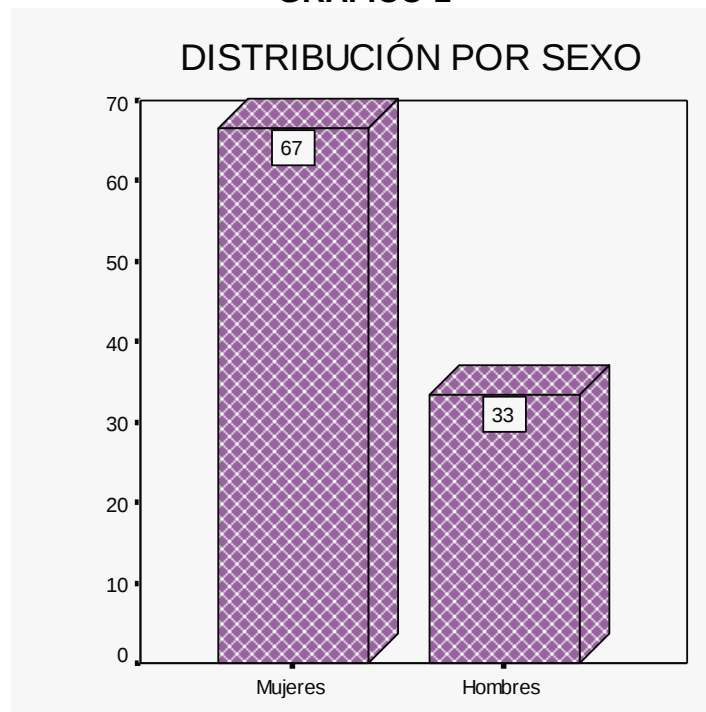
Los resultados obtenidos en los análisis son presentados de la siguiente forma:

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MUESTRA

La muestra total quedó conformada por una N= 356 estudiantes universitarios de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud ICSa.

En el gráfico número uno se muestra la distribución porcentual por sexo, donde el 67% (n=237) fueron mujeres y el 33% (n=119) hombres.

GRAFICO 1



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD

La edad de la muestra estudiada se encontraba entre los 16 y los 35 años con una media de 18.63 y $DE= 1.94$. En el cuadro 1, se presenta la distribución porcentual de la población por edad; el mayor porcentaje se encontró en los sujetos de 18 años que representan un 56.2% de la muestra, seguidos por los de 19 años 21.3%, 20 años 8.4% y 17 años 6.5%, las demás edades presentaron porcentajes menores entre 3.4 y 0.3%.

CUADRO 1	
Distribución porcentual por edad	
EDAD	PORCENTAJE
16	0.3
17	6.5
18	56.2
19	21.3
20	8.4
21	3.4
22	0.3
23	0.8
24	0.3
25	1.4
26	0.3
28	0.3
35	0.3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CARRERA

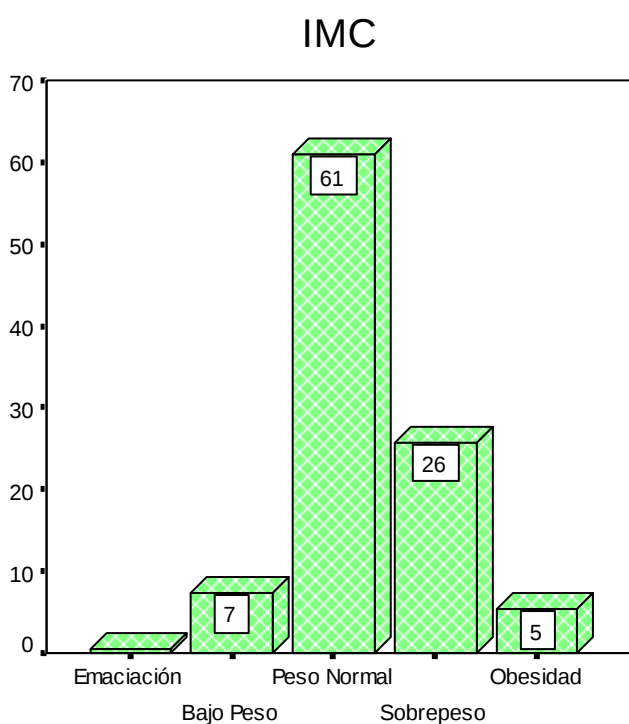
En el cuadro 2 se observa la distribución de la muestra por carrera. En el cual se aprecia que el 37.1% de los estudiantes corresponde a medicina, el 19.1% al área de Psicología, 18% a Odontología, 13.5% a Enfermería, mientras que Nutrición y Farmacia tienen los porcentajes más bajos con 9.6 y 2.8% respectivamente.

CUADRO 2	
Distribución porcentual por carrera	
Medicina	37.1
Psicología	19.1
Odontología	18.0
Enfermería	13.5
Nutrición	9.6
Farmacia	2.8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

En el gráfico número 2, se observa la distribución del Índice de Masa Corporal IMC, el cual muestra que el 61% de los estudiantes se encuentra en los parámetros normales, el 26% presenta sobrepeso, y se pudo observar que existen problemas de bajo peso (7%) y de obesidad (5%) y sólo el 1% presentó emaciación.

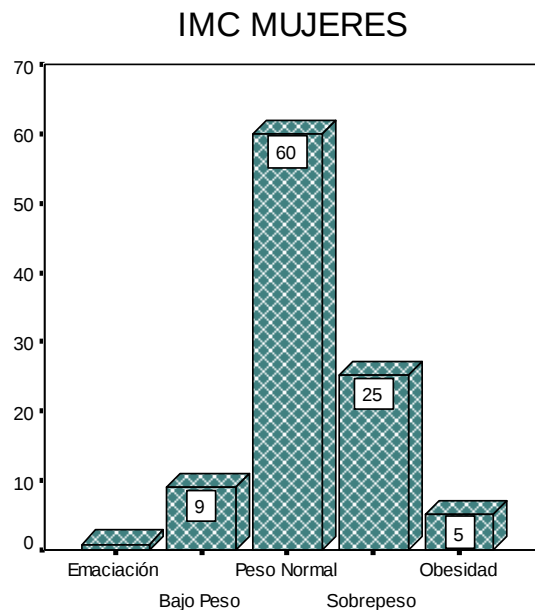
GRÁFICO 2



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE IMC EN MUJERES

Tomando en cuenta el sexo para la distribución de IMC en mujeres (N=237) con una media de 23.13 y DE=4.42 se puede observar en el gráfico 3 que el 60% de las mujeres se encuentran en el rango de peso normal, mientras el 25% presenta sobrepeso; se encontraron problemas de obesidad y bajo peso 5 y 9% respectivamente, así como 1% en emaciación.

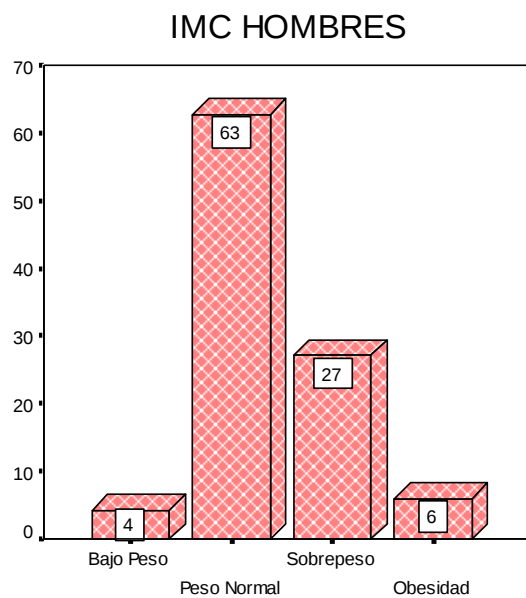
GRAFICO 3



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE IMC EN HOMBRES

En el caso de los hombres (N=119) el IMC con una media de 23.93 y una DE= 3.77 se presentaron los siguientes porcentajes: 63% presenta un peso normal, 27% se encuentra dentro de la categoría de sobrepeso, 6% presenta obesidad y 4% bajo peso.

GRAFICO 4



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FACTORES CONSIDERADOS EN EL ANÁLISIS

Como ya se señaló el instrumento utilizado en esta investigación, conocido como EFRATA, consta de cinco factores, que fueron considerados para el análisis de la muestra, obteniendo los siguientes resultados:

En el primer factor denominado “Conducta Alimentaria Compulsiva”, el cual se muestra en el cuadro 3, los porcentajes más altos son los que se encuentran en la categoría de nunca, 91.4% en mujeres y 92.4% en hombres, la respuesta de a veces fue mayor en los hombres con un porcentaje de 7.6% en comparación con un 6.9% en las mujeres, las categorías de “frecuentemente” y “muy frecuentemente” suman 1.8% sólo en mujeres, pues en los hombres no estuvo presente, en ninguno de los dos hubo respuesta de “siempre”.

En el segundo factor de “Preocupación por el peso y la comida”, la categoría de respuesta “nunca” obtuvo los valores más altos en ambos sexos, 78.8% en mujeres y 89.9% en hombres; el 16.9% de las mujeres mostraron preocupación por el peso y la comida, a diferencia de los hombres que obtuvieron un porcentaje de 8.4%; el 3.8% de la mujeres y el 1.7% de hombres “frecuentemente” presentan preocupación; y sólo las mujeres (0.4%) “muy frecuentemente” lo hacen.

El factor cuatro de “Dieta Crónica y Restringida”, demuestra que es más frecuente esta conducta en las mujeres, pues los porcentajes de “frecuentemente” y “a veces” son de 3.8% y 8.0%; mientras que para los hombres los porcentajes fueron de 0% “frecuentemente” y de 5.0% en la categoría de “a veces”. Los sujetos que respondieron que “nunca” realizan este tipo de conducta son 88.2% de mujeres y 95% de hombres.

Con respecto al factor “Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica” se puede observar que el 3.8% de las mujeres y el 2.5% de los hombres realizan esta conducta “frecuentemente”, 8.0% del sexo femenino y 10.1% del sexo masculino lo hacen “a veces” y en los porcentajes más altos se observa que el 84.8% de las mujeres y el 87.4% de los hombres “nunca” lo hacen.

CUADRO 3					
Distribución porcentual de los factores del EFRATA					
Categorías de respuesta	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
Distribución porcentual del factor Conducta Alimentaria Compulsiva					
Mujeres	91.4%	6.9%	0.9%	0.9%	0
Hombres	92.4%	7.6%	0	0	0
Distribución porcentual del factor Preocupación por el Peso y la Comida					
Mujeres	78.8%	16.9%	3.8%	0.4%	0
Hombres	89.9%	8.4%	1.7%	0	0
Distribución porcentual del factor Dieta Crónica y Restrictiva					
Mujeres	88.2%	8.0%	3.8%	0	0
Hombres	95%	5.0%	0	0	0
Distribución porcentual del factor Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica					
Mujeres	84.8%	8.0%	3.8%	0	0
Hombres	87.4%	10.1%	2.5%	0	0

El cuadro número 4 muestra el tercer factor: “Conducta Alimentaria normal” que es considerado una Conducta Alimentaria de Riesgo específicamente cuando no se sigue apropiadamente, y en el cual se puede ver que las categorías muy frecuentemente y frecuentemente obtuvieron los porcentajes más altos para ambos sexos 49.4% y 30.4% para mujeres y 47.1% y 26.1% para hombres respectivamente. En cambio la categoría siempre en el caso de mujeres presenta un 12.2% y en

hombres 21.8%, los porcentajes más bajos recayeron en la respuesta de a veces 8.0% y 5.0% respectivamente.

CUADRO 4					
Distribución porcentual del factor Conducta Alimentaria Normal					
Conducta Alimentaria Normal	Categoría de Respuesta				
	Siempre	Muy Frecuentemente	Frecuentemente	A veces	Nunca
Mujeres	12.2%	49.4%	30.4%	8.0%	0
Hombres	21.8%	47.1%	26.1%	5.0%	0

Debido a que la edad es un factor importante a considerar en el desarrollo de conductas de riesgo o de TCA como tal, se decidió hacer un análisis de cada uno de los factores del EFRATA por edad encontrando que los sujetos de 18 y 19 años presentaron los porcentajes más altos en las categorías de “frecuentemente” y “muy frecuentemente”; es importante mencionar que en el caso de los hombres, estos porcentajes fueron igual a 0 en el factor de conducta alimentaria compulsiva y el de dieta crónica restrictiva.

Como se observa en el cuadro 5 las mujeres de 18 y 19 años dijeron tener conducta alimentaria compulsiva “frecuentemente” (0.8%) y “muy frecuentemente” (0.8%), y resulta interesante mencionar que esta conducta no estuvo presente en los hombres.

También se puede ver que las mujeres están más preocupada por el peso y la comida, ya que el 3.8% de ellas de 18 y 19 años dijo tener esta conducta “frecuentemente”, y los hombres en el mismo rango de edad solo representan el 1.6%.

La conducta alimentaria por compensación psicológica es más común en mujeres de 18 y 19 años, ya que el 1.7% manifestó la presencia esta conducta “frecuentemente” y el 0.4% “muy frecuentemente”, en el caso de los hombres el 2.5% de 18 años respondió “frecuentemente”

La dieta crónica restrictiva, no estuvo presente en los hombres; en cambio el 1.7% de las mujeres de 18 años y el 2.1% de 19 respondieron “frecuentemente” tener este tipo de conducta.

CUADRO 5				
Distribución porcentual de los factores del EFRATA por edad				
Conducta alimentaria compulsiva	FRECUENTEMENTE		MUY FRECUENTEMENTE	
	18 años	19 años	18 años	19 años
Mujeres	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
Hombres	0	0	0	0
Preocupación por el peso y la comida	FRECUENTEMENTE		MUY FRECUENTEMENTE	
	18 años	19 años	18 años	19 años
Mujeres	2.1%	1.7%	0	0.4%
Hombres	0.8%	0.8%	0	0
Conducta alimentaria de compensación psicológica	FRECUENTEMENTE		MUY FRECUENTEMENTE	
	18 años	19 años	18 años	19 años
Mujeres	0.4%	1.3%	0.4%	0
Hombres	2.5%	0	0	0
Dieta Crónica restrictiva	FRECUENTEMENTE		MUY FRECUENTEMENTE	
	18 años	19 años	18 años	19 años
Mujeres	1.7%	2.1%	0	0
Hombres	0	0	0	0

El tercer factor de “Conducta alimentaria normal” también obtuvo los valores más altos en las edades de 18 y 19 años, aunque en los hombres también estuvo presente en los 20. Como se ve en cuadro 6, el 7.6% de las mujeres de 18 años y el 3.0% de 19 años dijeron tener “siempre” una conducta alimentaria normal, el 27.4% y el 9.7% de 18 y 19 años respectivamente respondieron “frecuentemente” tener esta conducta

En los hombres los porcentajes fueron mayores, en la categoría de respuesta “siempre” (13.4%, 5.0% y 1.7%) en las edades de 18, 19 y 20 años respectivamente. El 26.1% de los hombres de 18 años, el 7.6% de 19 años y el 5.9% de 20 años dijeron tener una conducta alimentaria normal “muy frecuentemente.

CUADRO 6						
Distribución porcentual del factor Conducta Alimentaria Normal por edad						
Conducta alimentaria normal	SIEMPRE			MUY FRECUENTEMENTE		
	18 años	19 años	20 años	18 años	19 años	20 años
Mujeres	7.6%	3.0%	0	27.4%	9.7%	0
Hombres	13.4%	5.0%	1.7%	26.1%	7.6%	5.9%

Por otro lado, se analizaron también cada uno de los 121 alimentos incluidos en el Cuestionario de Frecuencia de Consumo con la finalidad de saber cuales son los alimentos de mayor y de menor consumo por grupos de alimentos en la población completa, considerando como punto de corte el 60%, dividiendo los tiempos en dos categorías: 2 veces al mes para los de menor consumo y más de dos veces por semana para los de consumo frecuente.

Para la muestra total como se observa en el cuadro 7 los alimentos menos consumidos fueron las carnes siendo la pancita (78.9%), el conejo (78.8%) y la pulpa de cerdo (78.7%) las que solo los consumen 1 o 2 veces al mes.

En el caso de las verduras y las frutas los menos consumidos son: la acelga (86.6%) y el higo (74.1%) al igual que el amaranto (73.9%) y el bollo para hamburguesa (73.6%) en los cereales.

Así mismo se consumen de manera poco frecuente los pescados y los mariscos, principalmente ostiones (84.5%), truchas (81.2%), mojarra (78.9%) y camarón (74.1%).

CUADRO 7					
Distribución porcentual de alimentos de menor consumo					
por grupo de alimentos en toda la muestra					
Alimento			Alimento		
Verduras	Betabel	97.3%	Pescados y Mariscos	Ostiones	84.5%
	Acelga	80.6%		Trucha	81.2%
	Romerito	73.7%		Mojarra	78.9%
	Rábano	66.0%		Camarón	74.1%
	Quelite	63.6%		Pescado Blanco	71.6%
	Coliflor	61.8%		Sierra	69.4%
	Frutas	Higo		74.1%	Cereales
Tuna		71.0%	Bollo Hamburguesa	73.6%	
Mamey		67.2%	Galleta Salada	68.3%	
Toronja		62.3%	Hot Cake	66.3%	
			Palomitas	63.5%	
		Pays	60.4%		
Carne	Pancita	78.9%	Quesos	Queso Chihuahua	
	Conejo	78.8%		Queso Manchego	64.0%
	Pulpa cerdo	78.7%		Requesón	62.7%
	Chicharrón	77.3%		Queso Amarillo	62.3%
	Sesos	77.2%			
	Moronga	73.4%			
	Barbacoa	72.5%			
	Vísceras	71.6%			
	Queso de Puerco	71.6%			
	Pavo	70.2%			
	Hamburguesa	67.4%			
	Cecina	64.6%			
	Pulpa de res	64.4%			
	Pollo	63.8%			
	Rostizado				
	Leche	Leche condensada		73.0%	Leguminosas
Aceites y grasas	Manteca	77.7%	Azucares	Cajeta	66.3%
	Almendra	71.3%			
	Margarina	71.1%			
	Nuez	68.5%			

Por otro lado respecto a los alimentos de mayor consumo, en el cuadro 8 se puede observar claramente un importante consumo en la población de algunos cereales como la tortilla de maíz (84.3%), el pan dulce (66.6%) y la galleta dulce (62.2%). Así como de verduras, principalmente jitomate (76.9%), cebolla (69.1%), tomate, zanahoria y lechuga (63.1, 62.3 y 60.0% respectivamente).

Las frutas más consumidas resultaron ser la manzana (67.1%) y la mandarina (63.4%), y en las carnes el huevo (60.6%) y el pollo (61.2%) obtuvieron los valores más altos.

CUADRO 8 Distribución porcentual de alimentos de mayor consumo por grupo de alimentos en toda la muestra					
Alimento			Alimento		
Verduras	Jitomate	76.9%	Cereales	Tortilla de Maíz	84.3%
	Cebolla	69.1%		Pan Dulce	66.6%
	Tomate	63.1%		Galleta Dulce	62.2%
	Zanahoria	62.3%			
	Lechuga	60.0%			
Frutas	Manzana	67.1%	Carnes	Pollo	61.2%
	Mandarina	63.4%		Huevo	60.6%

Al realizar el análisis por sexo y como se ve en el cuadro 9 las mujeres consumen con muy poca frecuencia carnes como la pancita (78.6%), el conejo (78.5%) y la pulpa de cerdo (77.7%); y dentro de las verduras la acelga y el betabel (80.5% y 86.5%).

Así mismo, las mujeres consumen solo una o dos veces al mes ostiones (84.0%), mojarra (78.9%), trucha (80.6%); así como algunos cereales, amaranto (73.0%), bollo para hamburguesa (78.1%) y dentro del grupo de las grasas la manteca (75.6%)

CUADRO 9 Distribución porcentual de alimentos de menor consumo por grupo de alimentos en Mujeres					
Alimento			Alimento		
Verduras	Betabel	86.5%	Pescados y Mariscos	Ostiones	84.0%
	Acelga	80.5%		Trucha	80.6%
	Romerito	72.1%			
	Rábano	63.3%		Mojarra	78.9%
	Quelite	62.0%		Pescado Blanco	77.6%
	Champiñones	60.4%		Camarón	70.0%
	Coliflor	60.3%		Sierra	69.4%
Frutas	Higo	74.3%	Cereales	Bollo Hamburguesa	78.1%
	Tuna	70.9%		Amaranto	73.0%
	Mamey	67.1%		Galleta Salada	70.0%
	Toronja	61.2%		Hot Cake	68.4%
Carne				Palomitas	68.4%
				Pays	62.5%
	Conejo	78.5%	Quesos	Queso Chihuahua	66.7%
	Pancita	78.0%		Queso Amarillo	64.1%
	Pulpa cerdo	77.7%		Requesón	63.3%
	Sesos	75.6%		Queso Manchego	62.4%
	Chicharrón	75.1%			
	Moronga	74.2%			
	Queso de Puerco	72.4%			
	Hamburguesa	70.6%			
	Pavo	70.4%			
	Barbacoa	70.3%			
	Cecina	67.9%			
	Pollo	67.1%			
	Rostizado				
	Pulpa de res	64.5%			
Leche	Leche condensada	74.3%	Leguminosas	Garbanzo	67.9%
Aceites y grasas	Manteca	75.6%	Azucares	Cajeta	66.2%
	Almendra	73.5%			
	Margarina	72.1%			
	Nuez	71.8%			

Continuando con las mujeres se puede ver que, la tortilla (86.6%) y el pan dulce (65.0%) forman parte importante de su alimentación al igual que la leche entera (81.5%) y el aceite (87.8%)

Las frutas de mayor consumo son la manzana (70.4%) y la naranja (76.4%); en las carnes solo se identificó el pollo (62.5%), y en las leguminosas los frijoles (62.4%) (datos que se pueden ver en el cuadro 10).

CUADRO 10 Distribución porcentual de alimentos de mayor consumo por grupo de alimentos en Mujeres					
Alimento			Alimento		
Verduras	Jitomate	80.6%	Cereales	Tortilla de Maíz	85.6%
	Cebolla	69.2%		Pan Dulce	65.0%
Frutas	Naranja	76.4%	Carnes	Pollo	62.5%
	Manzana	70.4%			
Leche	Leche entera	81.5%	Leguminosas	Frijoles	62.4%
Aceites y grasas	Aceite	87.8%			

En los hombres como se muestra en el cuadro 11 se puede observar que con muy poca frecuencia consumen los sesos (80.6%), el conejo y la pulpa de cerdo (79.0%) así como la acelga, el betabel y los romeritos (80.6%, 89.1% y 77.3%)

Fue también alto el porcentaje de hombres que consume solo una o dos veces al mes ostiones (85.3%) y trucha (80.6%).

CUADRO 11 Distribución porcentual de alimentos de menor consumo por grupo de alimentos en Hombres					
Alimento			Alimento		
Verduras	Betabel	89.1%	Pescados y Mariscos	Ostiones	85.3%
	Acelga	80.6%		Trucha	82.3%
	Romerito	77.3%		Mojarra	79.0%
	Rábano	71.4%		Sierra	76.4%
	Quelite	66.4%		Pescado Blanco	74.8%
	Coliflor	64.7%		Camarón	72.3%
	Champiñones	60.4%			
Frutas	Higo	74.0%	Cereales	Amaranto	75.7%
	Tuna	70.5%		Bollo Hamburguesa	64.7%
	Mamey	67.2%		Galleta Salada	64.7%
	Toronja	64.7%		Hot Cake	62.2%
	Ciruela	63.0%		Elote	60.5%
Carne	Sesos	80.6%	Quesos	Queso Chihuahua	75.6%
	Pulpa cerdo	79.0%		Queso Manchego	67.2%
	Conejo	79.0%		Requesón	61.4%
	Vísceras	73.9%			
	Moronga	71.4%			
	Barbacoa	71.4%			
	Pancita	70.7%			
	Queso de Puerco	69.7%			
	Pulpa de res	63.8%			
	Hamburguesa	61.3%			
	Pavo	60.8%			
Leche	Leche condensada	69.7%	Leguminosas	Garbanzo	66.4%
Aceites y grasas	Manteca	81.5%	Azucares	Cajeta	66.4%
	Margarina	68.9%		Miel	61.3%
	Almendra	67.3%			
	Nuez	62.2%			

En los hombres al respecto de alimentos de mayor consumo se observó como se muestra en el cuadro 12, que al igual que en las mujeres el consumo de tortilla es importante (81.5%), al igual que el de pan dulce (69.7%), leche entera (73.9%), frijoles (76.5%) y aceite (80.7%). Cabe destacar que solo en el caso de los hombres se pudo observar un consumo importante de bistec de res (64.7%).

CUADRO 12 Distribución porcentual de alimentos de mayor consumo por grupo de alimentos en Hombres					
Alimento	Menor consumo		Alimento	Consumo frecuente	
Verduras	Cebolla	68.9%	Cereales	Tortilla de Maíz	81.5%
				Pan Dulce	69.7%
Frutas	Naranja	74.0%	Carnes	Bistec de Res	64.7%
	Manzana	65.5%		Pollo	60.0%
Leche	Leche entera	73.9%	Leguminosas	Frijoles	76.5%
Aceites y grasas	Aceite	80.7%			

Se hicieron correlaciones entre cada uno de los factores del EFRATA y los alimentos consumidos; sin embargo no se obtuvieron correlaciones significativas; por lo que se decidió relacionar con el IMC obteniendo solo algunas correlaciones bajas pero significativas, que indican cierta tendencia en el sentido de que a mayor IMC menor consumo de algún alimento, principalmente cereales como: bolillo, telera, tortilla de maíz, pan dulce, galleta dulce y cereal azucarado; además de leche entera y azucarada, así como jamón, mayonesa, queso fresco, queso Oaxaca y chocolate en polvo y en barra.

Se hizo también un análisis de correlación de Pearson con respecto al Índice de Masa Corporal por sexos; en las mujeres, entre mayor es el IMC menor es el consumo de naranja, de cereales como la galleta y el pan dulce, el cereal azucarado, el bolillo y la tortilla, así como de leche entera, jamón, queso fresco y queso Oaxaca, huevo y algunos azúcares como el chocolate en polvo y en barra.

En los hombres de acuerdo al análisis de correlación de Pearson, se apreció que a mayor IMC menor es el consumo de alimentos como: el aceite, las galletas dulces, el pan dulce, el cereal azucarado, la tortilla, el chocolate en polvo, el queso fresco y la mayonesa.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Existen varias investigaciones en el país referentes al tema, principalmente en población de púberes y adolescentes (Unikel et al 2004; 2006, Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré 2004, 2005), pero no se han presentado aún resultados de investigaciones que presenten la relación entre Conductas de Riesgo asociadas a TCA e Indicadores Dietéticos, en el estado de Hidalgo, lo cual da más interés a este estudio, es así como una de la principales aportaciones de este trabajo fue el uso de un Cuestionario de Frecuencia de Consumo como indicador dietético, utilizado con la finalidad de encontrar relación entre las conductas de riesgo y el patrón de alimentación del individuo.

De acuerdo a los resultados antes descritos se puede observar que después de analizar cada uno de los factores del EFRATA por categoría de respuesta no hubo ningún sujeto de la muestra que manifestara “siempre” tener alguna de estas conductas.

El factor Conducta Alimentaria Compulsiva registró en hombres el 7.6% en la categoría de “a veces”; mientras que para el sexo femenino en esta misma categoría fue del 6.9%; datos coincidentes aunque un poco menores a los obtenidos en población del Distrito Federal en el que comer compulsivamente mostró un mayor porcentaje en los hombres (9.3%) a diferencia de las mujeres (8.9%) en edades de 18-19 años. (Unikel et al, 2000). Sin embargo se debe señalar que en las mujeres si se registró un porcentaje aunque muy bajo (1.8%) en las categorías “frecuentemente” y “muy frecuentemente”

Gila y colaboradores (2004) reportan que actualmente en la población española principalmente en las mujeres existe una gran preocupación por la comida, dietas, imagen y figura, de igual manera en la población de estudio se encontró en el factor

preocupación por el peso y la comida que las mujeres se mostraron más preocupadas que los hombres, ya que el 0.4% de ellas manifestó que “muy frecuentemente” se preocupa por el peso y la comida; el 3.8% lo hace “frecuentemente” y el 16.9% sólo “a veces”. En el caso de los hombres solamente el 1.7% se preocupa “frecuentemente” y el 8.4% “a veces”. Resulta interesante hacer notar que el efecto género marca las diferencias encontradas en los análisis realizados; por ejemplo, en el caso del factor dieta crónica y restringida las mujeres tienen los porcentajes mayores; el 3.8% dijo hacerlo “frecuentemente” y el 8.0% “a veces” mientras que en el sexo masculino sólo el 5.0% lo hace “a veces”.

Estos hallazgos coinciden con los datos obtenidos por Unikel y colaboradores (2006) quienes citan que son también las mujeres quienes se preocupan más por la comida y es más frecuente en ellas el seguimiento de dietas y la práctica de ayunos (4.1% y 5.2% respectivamente) en comparación con el 0.9% para ambos casos en hombres.

La conducta alimentaria de compensación psicológica resulta ser la menos frecuente, ya que el 3.8% de las mujeres y el 2.5% de los hombres la realizan “frecuentemente” y el 8.0% y el 10.1% respectivamente lo hacen “a veces”. Estos resultados son el reflejo de una población relativamente sana, en la cual se encontraron en menor cantidad problemas directamente relacionados con la ingestión no controlada de alimentos.

Con el siguiente factor se observó que efectivamente los hombres tienden más a mantener una conducta alimentaria normal, como ya se vio en los resultados el 95% de ellos dijo tener este tipo de conducta “siempre”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”. En las mujeres este porcentaje fue del 92%. A pesar de que la diferencia es poca se aprecia claramente lo que a lo largo de los años y después de diversos estudios se ha comprobado, una menor tendencia en el género masculino a conductas negativas y una mayor incidencia en las mujeres, las cuales culturalmente

siempre han tenido una mayor presión a mantener un cuerpo delgado, que generalmente es asociado con belleza, poder y éxito tanto profesional como social.

La conducta crónica restringida se presentó “frecuentemente” y “muy frecuentemente” en los sujetos de 18 y 19 años. Los porcentajes fueron más altos en las mujeres 1.7% para los 18 años y 2.1% para los 19, y en los hombres el 2.5% de 19 años.

Lo anterior aunque con porcentajes comprueba la tendencia ya descrita en estudios previos del sexo femenino a ciertas conductas de riesgo, como en el estudio realizado en estudiantes de 13 a 18 años del Distrito Federal en el cual las mujeres entre 16 y 18 años (16.1%) presentaron un mayor promedio de indicadores clínicos característicos de los TCA en comparación al 2.2% del sexo masculino (Unikel et al, 2002).

Uno de los objetivos principales de esta investigación fue identificar en base a una frecuencia de consumo los alimentos de mayor y de menor consumo en la muestra para lo cual se hizo un análisis de frecuencias.

Al considerar el consumo de alimentos incluidos en el instrumento se pudo observar que es muy alto el porcentaje de sujetos tanto hombres como mujeres que no consumen con frecuencia algunos tipos de carne como la pancita, el conejo o la pulpa de cerdo así como los mariscos principalmente ostiones y camarón y pescados como la trucha y mojarra.

En cuanto al consumo frecuente, es importante resaltar que en ambos sexos los porcentajes de consumo de tortilla de maíz, pan dulce, leche entera, aceite, frijoles, manzana, mandarina, naranja y cebolla fueron muy similares; se presentaron diferencias solo en el caso de las carnes; las mujeres solo consumen pollo

frecuentemente (62.5%) y los hombres además del pollo (60.0%), tienen un consumo importante de bistec de res (64.7%).

Lo anterior indica una dieta poco variada y equilibrada, basada sólo en algunos alimentos específicos, lo cual podría ser determinado por el costo elevado de ciertos productos o incluso por la temporada en la que fue aplicado el instrumento (enero). Lo cual explicaría el consumo reducido de pescados y mariscos; o el porcentaje de sujetos que dijeron consumir con frecuencia la naranja y la mandarina. Es importante recalcar el deficiente consumo de verduras y frutas en ambos sexos, lo cual indica básicamente poco aporte de fibra, vitaminas y nutrimentos inorgánicos en la dieta.

Se hicieron correlaciones entre las diferentes conductas de riesgo y cada uno de los alimentos, sin embargo en ningún caso se obtuvieron correlaciones significativas, muy probablemente esto se debió a que la muestra que se investigó correspondía a población normal con un mínimo de riesgo, por lo que se recomienda realizar este estudio en población con mayor riesgo como púberes, deportistas, bailarinas o bien una población semejante pero en una institución privada.

Debido a estos resultados, se decidió hacer una correlación en base al IMC encontrándose valores que aunque pequeños resultan significativos y permitieron ver cierta tendencia de que a mayor IMC menor consumo de alimentos sobresaliendo los cereales (bolillo/telera, tortilla de maíz, cereal azucarado, galleta y pan dulce); leches (leche entera y leche azucarada); azúcares (chocolate en polvo y chocolate en barra) así como el queso el jamón y la mayonesa; estos datos son apoyados por un estudio español en el cual tanto hombres como mujeres evitan consumir alimentos como harinas, pastas y grasas; y dan preferencia a los productos dietéticos (Patton et al, 1990) los cuales no fueron incluidos en la presente investigación y podrían ser tomados en cuenta para futuros estudios debido al auge que han cobrado en los últimos años.

En el caso específico de las mujeres se dio una tendencia similar a la de la muestra total, en donde se apreció que a mayor IMC se reduce el consumo de alimentos como el pan, las galletas, el cereal, la tortilla, los quesos, los chocolates en barra y polvo así como el huevo. En los hombres resulto interesante haber encontrado que además de los alimentos ya mencionados con excepción del huevo, a mayor IMC disminuyen de manera importante el consumo de aceite.

Los datos anteriores concuerdan con los obtenidos en un estudio realizado en España en jóvenes universitarios en el cual a mayor IMC menor consumo de lácteos, dulces, cereales y sólo un mayor consumo de carne, específicamente bistec de res, por parte del sexo masculino, quizás debido a la idea de que el aporte de proteínas esta vinculado a un incremento de masa muscular o al bajo contenido de lípidos en este alimento. Comprobándose que el IMC esta relacionado con el consumo de alimentos (Mena et al, 2002).

CONCLUSIONES

A partir de los datos presentados, se puede concluir que en la población estudiada es poca la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo cual es posible afirmar que se trata de una población relativamente sana con una tendencia baja hacia las conductas asociadas a TCA.

Como se pudo constatar en el presente estudio tanto hombres como mujeres presentaron una tendencia muy clara hacia la conducta alimentaria normal con porcentajes que distan mucho de los encontrados en las conductas alimentarias de riesgo.

En ninguno de los factores del EFRATA se obtuvo respuesta en la categoría de “siempre” y para “frecuentemente” y “muy frecuentemente” los porcentajes fueron muy bajos indicando que son muy pocos los sujetos que en ocasiones tienen

conductas alimentarias de riesgo. Solo podría destacarse la mayor tendencia de las mujeres a dichas conductas aunque con porcentajes muy bajos.

En un estudio realizado en el Distrito Federal se encontró al realizar un comparativo entre escuelas privadas y públicas que las mujeres de escuela privada demostraron ser más propensas a realizar conductas alimentarias de riesgo (Lora-Cortéz y Saucedo-Molina, 2006), por lo cual si este mismo estudio se realizara en una escuela privada los resultados podrían ser diferentes, ahora bien si se profundiza aún más en la muestra se puede ver que la mayor parte de esta pertenece a una clase social media y media-baja, población que puede ser considerada de menor riesgo comparada con una mejor condición económica.

Otra probable explicación a los resultados obtenidos esta vinculada a los lugares de origen de la población de estudio, porque si bien una gran parte proviene de la ciudad de Pachuca, es cierto también que en muchos casos los individuos son de comunidades más pequeñas, en donde aún es poco frecuente la presencia de conductas de riesgo.

Con base en un cuestionario de frecuencia de consumo se definieron los alimentos de mayor y de menor consumo en la muestra, obteniéndose datos importantes que indican entre otras cosas una alimentación poco adecuada, se observó principalmente la poca variedad de alimentos consumidos, entre los cuales destaca el casi nulo consumo de pescados y mariscos, y la poca cantidad de carnes, frutas y verduras, así como quesos, leche y azúcares.

Destaca el importante consumo de tortilla, pollo, frijol, pan dulce y leche, además de verduras como el jitomate, la lechuga y la cebolla, lo cual indica el acceso a alimentos de menor costo, además de ser considerados como base importante en la cultura alimentaria de nuestro país. (Messer, 2006)

Una limitante en este estudio fue no considerar alimentos propios del estado de Hidalgo que son incluidos habitualmente en la dieta, con lo cual se habrían podido aumentar las opciones para la población.

Una limitante más fue no incluir “nunca” en las categorías de respuesta para la frecuencia de consumo, lo cual pudo haber dado datos aún más precisos de la falta de consumo de alimentos específicos.

Se planteó como objetivo encontrar la relación entre conductas alimentarias de riesgo e indicadores dietéticos; pero al realizar el análisis de correlación entre estos, no se encontró ninguna, quizás debido a las características ya mencionadas de la población.

Ahora bien, según Mena y colaboradores (2002), el IMC esta fuertemente relacionado con el consumo de alimentos, por lo que se decidió entonces buscar alguna correlación entre el IMC y el cuestionario de frecuencia de consumo, de este análisis se obtuvieron valores pequeños pero significativos que demuestran una tendencia clara a disminuir el consumo de cereales, azúcares, grasas y quesos entre mayor es el IMC.

En base a lo ya expuesto, resulta de vital importancia tomar en cuenta que se identificaron aunque con porcentajes bajos Conductas Alimentarias de Riesgo en la población y además se encontró un patrón de alimentación poco variado, poco equilibrado y deficiente, por lo cual sería importante trabajar en torno a este aspecto; a través de la realización de platicas e incluso el manejo de programas encaminados al mejoramiento de estas deficiencias; lo que brindaría el apoyo necesario para evitar futuras complicaciones o padecimientos más serios, que van desde una anemia, hasta algún problema de malnutrición (desnutrición u obesidad), por lo cual resulta necesario continuar educando a la población sobre las relaciones entre la nutrición y la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, RH. y Tejero BE 2001. Evaluación del Estado de Nutrición. En *Nutriología Médica* Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P. 2ª edición. Ed. Panamericana. México. pp 593-672.

Asociación Psiquiátrica Americana 2002. Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Editorial Masson. Barcelona.

Bourges H, Espinosa MT, Herrera G. 1997. Usos, alcances y limitaciones. *Cuadernos de Nutrición*. México; 12: 33-39.

Bundell, JE. 1991. The Biology of Appetite. *Clinical Applied Nutrition*, 1: 21-31.

Braun DL. 1997. Eating Disorders in Males. *Medscape Psychiatry & Mental Health Journal*. 2(2): 1-7.

Burke BS, 1947. The dietary history as a tool in research. *Journal of American dietetic association*. 23:41-46.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z. y Fairburn CG. 1987. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

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

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

Escamilla-Talón T. (2007). Distribución e Interrelación de factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria de púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hgo . Tesis de Licenciatura

Fernández J. (1988) Nuevas Perspectivas en el desarrollo del sexo y del género. Editorial Pirámide.

García-Camba E. 2001. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 79 pp.

García-Camba E. 2002 Complicaciones Médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. En: *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* García-Camba E. Ed Masson.

Garner DM And PE. Garfinkel. 1979. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*. 9:273-279.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. 1982. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 12:871-878.

Garner D. and Olmsted M. 1983. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int J Eat Disord*. 2:15-34.

Garner DM. 1991. Eating disorder inventory – 2. Professional Manual (FA): Psychological Assessment Resources.

Gila A, Castro J, Toro J y Salamero M 2004. Subjective body image dimensions in normal female population: evolution through adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 4, 1-10

Gómez Pérez-Mitré G. 1993. Detección de anomalías de las conductas alimentarias en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10: 17-27.

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

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

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

Gómez Peresmitré G., Saucedo-Molina T y Unikel SC. 2001. Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México. En: *Psicología Social en Campo de la Salud: Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación*. Calleja N, Gómez-Peresmitré. Fondo de Cultura Económica. México DF, 267-306.

Guirado, MC y Ballester, AR. 2005. Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*. 21(1): 58-65.

Hill A. 1993. Preadolescent dieting implications for eating disorders. *International Review Psychiatry*. 5: 87-100.

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

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

Jaeger B, Ruggiero GM, Edlund B, Gomez-Perretta C, Lang F y Mohammadkhani P. 2002; Body Dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 71: 54-61.

Lora-Cortez C y Saucedo-Molina T. 2006 Conductas Alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 29(3): 60-67.

Makino, M, Tsuboi K y Dennerstein, L. 2004. Prevalence of Eating Disorders: A comparison of Western a Non Western Countries. *Medscape General Medicine*. 6(3): 1-1

Maloney MJ., McGuire JB, Daniels SR. Specker B. 1989. Dieting behavior and attitudes in children. *Pediatrics*. 84:482-489.

Mancilla, JM, Gómez Pérez-Mitré G, Álvarez RG, Franco PK, Vázquez AR, López AX, Acosta MV 2006. Trastornos del Comportamiento Alimentario en México. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. Mancilla, JM y Gómez Pérez-Mitré. Ed. Manual Moderno. México. pp 123-172

Marván LL, Pérez LA y Palacios GB. 2006 Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes 2ª Ed. Fomento de Nutrición y Salud. México.

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

Mena MC, Faci M, Ruch L, Aparicio A, Lozano-Elevan MC, Ortega RM. 2002. Diferencias en los hábitos alimentarios y conocimientos, respecto a las características de una dieta equilibrada, en jóvenes con diferente índice de masa corporal. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 8(1-2) pp 19-23

Messer E. 2006 Globalización y dieta: significados, cultura y consecuencias en la nutrición. En: *Antropología y Nutrición*. Bertran M, Arroyo P. Fundación Mexicana para la Salud. México pp 27-74.

National Center for Health Statistics 2000. CDC. Growth Charts. United States

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

Pfeffer F y Kaufer-Horwitz. M 2001: Nutrición del Adulto. En: *Nutriología Médica* Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P. 2ª edición: Ed. Panamericana: México. pp: 104-117.

Prentice AM and Jebb SA. 2001 Beyond Body Mass Index. *Obesity Reviews*.; 2(3): 141–7.

Rimm EB y Stampfer MJ. 1995 Body size and fat distribution as predictors of coronary Herat disease among middle age an older US men. *American journal of Epidemiology*. 141(12): 1117-1127.

Saucedo-Molina TJ y Gómez Pérez-Mitré G. 2004. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*. 31 (2): 69-74.

Saucedo-Molina TJ y Gómez Pérez-Mitré G. 2005. Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*. 32 (2): 67-74.

Sabaté J. 1993 Estimación de la ingestión dietética: métodos y desafíos. *Medicina Clínica*. Barcelona. 100: 151-596

Smith MC. y Thelen MH 1984. Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consult Clinic Psychology*. 21:167-179.

Strong KG y Huon GF. 1996. An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*. 44(3/4): 315-326.

Thelen MH., Farmer J, Wonderlich D and Smith M. 1991. A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consult Clinic Psychology*. 3:119-124.

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

Unikel C y Gómez Pérez-Mitré G. 1996 Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología*. 16(4): 681-700.

Unikel, SC., Bojórquez CL, Villatoro VJ., Fleiz BC y Medina-Mora ME, 2006 Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil de Distrito Federal: tendencias 1997-2003 *La Revista de Investigación Clínica*. 58(1): 15-27.

Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. 2002. Conductas Alimentarias de Riesgo y distribución del IMC en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 25(2): 49-57

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

Willet WC, Sampson I y Stampfer MJ 1986. Reproducibility and validity of a semi quantitative food frequency questionnaire. *American Journal of Epidemiology*. 124: 453-469

ANEXOS

ANEXO 1

EFRATA

EFRATA

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

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. La mitad de las veces	D Muy frecuentemente	E siempre	
1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Procuro comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es, bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuro mejorar mis hábitos alimenticios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. “Pertenezco al club” de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. No me gusta comer con otras personas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. No como aunque tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Siento que como más de lo9 que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. Como a escondidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. Disfruto cuando como con otras personas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Alimento	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces X semana	4-6 veces X semana	Diario
Galletas dulces						
Pan Dulce						
Pays o Pasteles						
Atún						
Bistec de Res						
Frijoles						
Camarón						
Leche entera/yogurt Natural						
Leche descremada7oyogurt Light						
Leche semidescremada						
Calabacita						
Cebolla						
Col						
Bollo para hamburguesas						
Elote						
Galletas saladas						
Leche condensada						
Mermelada de fruta						
Miel de abeja						
Higo						
Mandarina						
Mango						
Papas fritas						
Tamal						
Lentejas						
Vísceras (hígado, corazón, riñones)						
Mojarra						
Ostiones						
Coliflor						
Champiñón						
Chayote						
Cereal de caja sin azúcar						
Cereal de caja azucarado						
Hot cake						
Manzana						
Cacahuete						
Almendra						
Nuez						
Melón						
Papaya						
Pavo						
Pollo						
Reguesón						
Chícharo						
Flor de calabaza						
Jícama						
Palomitas						
Bolillo o telera						
Pan de caja						
Chorizo						
Trucha						
Barbacoa						
Lechuga						
Cecina						
Jitomate						
Nopal						
Papa cocida						
Tortilla de maíz						
Tortilla de harina						
Conejo						
Jamón						
Cerdo						
Quelites						

Alimento	1 vez al mes	1 vez a la quincena	1 vez a la semana	2-3 veces X semana	4-6 veces X semana	Diario
Rábano						
Romerito						
Cajeta						
Chocolate en polvo						
Gelatina						
Pera						
Piña						
Plátano						
Pulpa de res						
Queso fresco						
Queso panela						
Zanahoria						
Tomate verde						
Pepino						
Hamburguesa preparada						
Huevo						
Moronga						
Ejote						
Queso Oaxaca						
Uva						
Garbanzo						
Toronja						
Tuna						
Sesos						
Sierra						
Chicharrón						
Sandía						
Mamey						
Pollo rostizado						
Queso amarillo						
Leche azucarada/yogurt con fruta						
Queso manchego						
Queso de puerco						
Salchicha						
Queso Chihuahua						
Pancita						
Pescado blanco						
Pulpa de cerdo						
Manteca						
Margarina						
Mayonesa						
Refresco						
Salsa catsup						
Chocolate en barra						
Acelga						
Betabel						
Brócoli						
Amaranto						
Arroz						
Avena o Granola						
Aceite						
Crema						
Mantequilla						
Durazno						
Guayaba						
Naranja						