



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

DISTRIBUCIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ESTUDIANTES DEL PRIMER INGRESO DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO EN LA CIUDAD DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

T E S I S

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

P R E S E N T A

Rosa Elena Jiménez Balderrama

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



Octubre del 2007

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. ADOLESCENCIA.....	3
CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO	
ACELERADO.....	3
HÁBITOS.....	4
2. CONDUCTA ALIMENTARIA.....	4
2.1 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.....	5
3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	
ALIMENTARIA.....	6
ANOREXIA NERVOSA.....	6
3.1.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO	
DE LA ANOREXIA NERVOSA.....	6
3.1.2 SUBTIPOS.....	6
3.2. BULIMIA NERVOSA.....	7
3.2.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO	
DE BULIMIA NERVOSA.....	7
3.2.2 SUBTIPOS.....	7
3.3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
NO ESPECIFICADOS.....	8
4. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS	
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	8
5. PREVENCIÓN Y ENFOQUE DE RIESGO.....	12
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
6.1 JUSTIFICACIÓN.....	17
6.2 OBJETIVO GENERAL.....	18
6.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18

7. METODOLOGÍA.....	18
7.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES:	
7.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:	
Sexo, Edad, Carrera, Clase Social.....	18
7.1.2 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA.....	19
7.1.3 ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL.....	20
7.1.4 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO:	21
Comer compulsivamente.....	21
Preocupación por el peso y la comida.....	21
Conducta Alimentaria Normal.....	21
Comer por compensación psicológica.....	22
Restricción de la dieta o dieta restringida.....	22
7.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	22
7.3 POBLACIÓN.....	22
7.3.1 MUESTRA.....	22
7.3.1.1 Criterios de inclusión.....	23
7.3.1.2 Criterios de exclusión.....	23
7.3.1.3 Criterios de eliminación.....	23
7.4 INSTRUMENTO.....	23
7.5 PROCEDIMIENTO.....	24
7.6 ANÁLISIS DE DATOS.....	25
8. RESULTADOS.....	26
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
10. CONCLUSIONES.....	55
11. RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la distribución de las Conductas Alimentarias de Riesgo y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) en estudiantes del primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud.

METODOLOGÍA: Estudio transversal, de tipo descriptivo y correlacional. Se trabajó con una muestra no probabilística de 330 estudiantes hombres y mujeres de 16 a 20 años de edad ($\bar{x} = 18.34 \pm 0.751$) del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados a los Trastornos Alimentarios (EFRATA), para medir las conductas alimentarias de riesgo; se tomaron el peso y la talla de cada sujeto para ser clasificado posteriormente en base al Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P). Se hicieron comparaciones por sexo.

RESULTADOS: Se encontró que el 1.9% de las mujeres con sobrepeso practican la conducta alimentaria compulsiva con mayor frecuencia. Para la preocupación por el peso y la comida, son los hombres con obesidad (14.3%) quienes la manifiestan. Contrariamente a lo que se esperaba, los jóvenes con peso normal (71.3%) no llevan a cabo una alimentación normal, lo mismo sucede en un porcentaje similar (73.3%) en los jóvenes con sobrepeso. Las mujeres con obesidad en un 8.3% mencionaron llevar a cabo conductas de compensación psicológica. Respecto a la dieta crónica y restrictiva, las jóvenes con sobrepeso u obesidad, son las que realizan esta conducta (5.3% y 8.3%) respectivamente. Se encontró una correlación significativa para las mujeres entre la dieta crónica y restrictiva y la preocupación por el peso y la comida ($r=0.608$; $p<0.01$). Del mismo modo se obtuvieron relaciones significativas entre la conducta de compensación psicológica y la conducta alimentaria compulsiva en mujeres y hombres ($r=0.597$; $p<0.01$ y $r=0.277$; $p<0.01$). Así mismo para la dieta crónica y restrictiva, y la conducta alimentaria compulsiva ($r=0.412$; $p<0.01$ y $r=0.512$; $p<0.01$) respectivamente.

Palabras clave: Adolescentes, Conductas alimentarias de riesgo, IMC-P.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un proceso propio del ser humano, tanto social como psicológico, que permite la transición de la vida de un niño a la vida adulta, caracterizada por cambios sexuales, hormonales, psicológicos y en su composición corporal (1, 2 y 3).

Es importante señalar que en estudios recientes se han detectado conductas alimentarias de riesgo especialmente en la población adolescente, en donde a una edad promedio de 11 años las mujeres han hecho suya una figura ideal delgada y en el caso de los hombres un cuerpo musculoso (8, 9), y preocupados por este hecho han modificado su estilo de vida y su participación en la vida social que influye en sus hábitos alimentarios, creando conductas alimentarias inadecuadas que pueden tornarse como conductas de riesgo al omitir comidas, ayunar, o seguir dietas restrictivas, aumentando su actividad física, entre otros provocando alteraciones en su salud (2, 7).

Por ello el objetivo de esta investigación es conocer las conductas de riesgo en los adolescentes y la relación que existe con el Índice de Masa Corporal (IMC), de manera especial en aquellos que ingresan al Instituto de Ciencias de la Salud en el Estado de Hidalgo, lo cual permite identificar sujetos en riesgo, que más adelante puedan comprometer su salud, de ahí que, el hacer hincapié en la prevención de estos factores es fundamental para disminuir la aparición de estas conductas en los jóvenes.

Debido a la problemática antes mencionada el presente trabajo contiene los siguientes apartados que abren un panorama más amplio sobre esta temática.

- Capítulo 1: Adolescencia, características y hábitos
- Capítulo 2: Conducta Alimentaria, Conducta Alimentaria de Riesgo
- Capítulo 3: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)
- Capítulo 4 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Capítulo 5: Prevención y Enfoque de Riesgo.

MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un proceso psicosocial propio del ser humano, que comprende todos aquellos cambios que permiten el paso de niño a adulto, se anuncia con la etapa puberal, la cual es un proceso fisiológico que inicia con incrementos de las secreciones hormonales, la aparición de las características sexuales secundarias, cambios en los órganos reproductores y modificación en la composición corporal (1, 2 y 3).

El crecimiento y desarrollo del individuo durante esta etapa generalmente se caracteriza por una secuencia ordenada de acontecimientos, pero existen variaciones marcadas entre los sexos y entre los individuos en cuanto al ritmo en que ocurren los cambios, la intensidad y la duración del proceso (1).

El periodo de la adolescencia se ha dividido en varias etapas, destacando la adolescencia final que puede ir desde los 16 hasta los 18 – 20 años según sea el momento en que el adolescente se inserte en el mundo y vida social del adulto (4, 5).

1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO ACELERADO

En los varones la producción creciente de testosterona y andrógenos origina un incremento significativo de la masa magra (casi se duplica entre los 10 y 17 años), una mayor masa esquelética y por ende mayor masa muscular, mientras que en las mujeres los estrógenos y la progesterona estimulan el mayor depósito de grasa. En adolescentes que realizan ejercicio, el aumento de peso se acompaña de incremento de la masa magra (2). Por lo que es de importancia que las necesidades nutricias tengan relación con los cambios físicos originados por las hormonas, ya que cada adolescente es único y lo ideal es que establezca una dieta individualizada tomando en cuenta los hábitos que le fueron inculcados desde pequeños; por lo que el consumo promedio de kilocalorías para el varón es de 2700 a 3000 Kcal/día y en la mujer de 2100 a 2500 Kcal/día, y en cuanto a los nutrimentos indispensables para esta etapa y mantener una energía adecuada encontramos el calcio, el hierro y el

zinc, ya que el organismo incorpora el doble de estos nutrimentos durante los años de segundo brote de crecimiento “estirón de la adolescencia”, y todo se debe al crecimiento del esqueleto, que es de un 45% (6, 7).

1.2 HÁBITOS

Los hábitos son un modo especial de proceder o conducirse del individuo adquirido por repetición de actos iguales o semejantes a otros, u originado por tendencias instintivas, de ahí que el estilo de vida del adolescente y el ambiente sociocultural que lo rodea, así como los cambios psíquicos propios de su edad, lo ponen en riesgo de sufrir diversas alteraciones que pueden ir desde adquirir hábitos de alimentación inadecuados, hasta desarrollar los trastornos de la conducta alimentaria, lo que puede dar lugar a alteraciones en su patrón alimentario y modificaciones en la calidad y cantidad de nutrientes (2), causando sobrepeso o desnutrición, afectando el estado nutricional y ocasionando fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes (7).

2. CONDUCTA ALIMENTARIA

El acto de comer no sólo representa la ingestión de alimentos, sino que se deriva de las propias características físicas, psicológicas y sociales de cada sujeto. La conducta alimentaria se ve influida por factores que rebasa por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietarias del individuo, esto se puede ver reflejado en personas que presentan trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.

La conducta alimentaria es entonces una conducta psico-social, que es el resultado de la influencia de la sociedad y los medios de comunicación que reflejan esos valores. La conducta alimentaria puede transformarse en conductas de riesgo (seguimiento de dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas, entre otras) afectando directamente el proceso salud – enfermedad (8).

La cultura de la delgadez ha creado una obsesión por la figura corporal, donde se sobre valora la delgadez para la mujer, y para el hombre un cuerpo musculoso,

por lo que no hay duda de que los medios de comunicación y la moda juegan un papel importante en la promoción de esta imagen, actualmente estos problemas de conductas e imagen corporal, se extienden rápidamente y se producen en mayor o menor medida en toda la sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo.

En muchos aspectos las mujeres poseen más actitudes negativas hacia la imagen corporal en comparación con los hombres y es principalmente el temor de subir de peso o el llegar a ser obesa lo que propicia conductas de riesgo, las cuales se consideran el inicio de los trastornos de la alimentación (9, 2).

2.1 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Las conductas consideradas como de riesgo incluyen las prácticas de dietas y ayunos, ejercicio excesivo, el uso de diuréticos y laxantes y el vómito autoprovocado, todo ello con la finalidad de perder peso (10). Tocante a esto, en México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de Conductas Alimentarias de Riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (11). También los resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) señalan que el 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo que se midieron fueron: las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio. A este respecto el 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas los últimos 3 meses. En menor escala se encontró la práctica del vómito autoinducido, la ingesta de medicamentos. Es importante destacar que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta al sexo femenino en mayor proporción, siendo las más afectadas las mujeres entre 16 a 19 años (12).

3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, en la cual se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (13).

3.1 ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (13).

3.1.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVOSA

- A) Rechazo a mantener un peso corporal igual o por arriba del valor mínimo normal tomando en cuenta la edad y la talla.
- B) Aún estando por debajo del peso normal, existe miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.
- C) Alteración de la percepción del peso o las siluetas corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) Presencia de amenorrea en mujeres pospuberales (ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos) [13].

3.1.2 SUBTIPOS

Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunado o realizando ejercicio intenso y no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/ purgatorio: El individuo recurre a los atracones o purgas (o ambos) [13].

3.2 BULIMIA NERVOSA

Las características esenciales de la bulimia nervosa consiste en atracones (consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían), métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso que se encuentra influida por la silueta y peso corporales.

3.2.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVOSA

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingesta de alimento en un espacio corto de tiempo, que es superior en cantidad a lo que la mayoría de las personas ingerirían.
 - 2. Pérdida de control al ingerir el alimento
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, ejemplo: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, se presentan al menos dos veces a la semana por tres meses.
- D) La auto evaluación está excesivamente influida por el peso y las siluetas corporales
- E) La alteración no aparece en el transcurso de la anorexia nerviosa (13).

3.2.2 SUBTIPOS

Tipo purgativo: El enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo: El enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (13).

3.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

- En mujeres donde se cumplen todos los criterios para diagnosticarlas como anoréxicas, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios de diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Si los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses, no se diagnosticará como bulimia nervosa, aunque se cumpla con los demás criterios.
- Empleo regular de las conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias o inapropiadas típicas de la bulimia nervosa (13).

4. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen numerosos estudios epidemiológicos que dan cifras de prevalencia no siempre concordantes debido a la falta de uniformidad en cuanto a las condiciones de los estudios y los criterios para la inclusión de casos en las muestras. Según éstos la prevalencia vital de la anorexia nervosa entre mujeres sería de 0.5 a 3.7% y de la bulimia del 1.1 al 4.2%. Esta prevalencia ha aumentado claramente en las últimas 3 décadas, en particular en el caso de la bulimia, que hoy día es cuatro veces más frecuente que la anorexia (14).

Con respecto a la prevalencia en el continente Europeo, en España los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) anorexia nervosa, bulimia nervosa y cuadros afines no especificados- han alcanzado en las tres últimas décadas una especial relevancia, de modo que constituye hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentadas. Dichos trastornos se presentan en edades cada vez más tempranas, y a la vez, se mantienen hasta edades más avanzadas (15).

Por ejemplo se llevó a cabo un estudio, cuyo objetivo era identificar la población en riesgo de padecer un TCA, ($n = 4500$) en adolescentes escolarizados en Madrid. Los resultados obtenidos indicaron que un 15.3% de las mujeres y un 2.2% de los varones constituyen población en riesgo de padecer un TCA. Más tarde, se realizó un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid ($n = 1534$) de 15 a 18 años en su mayoría. Los resultados indicaron una tasa de prevalencia de 3.4% de TCA (0.6, 0.6 y 2.1% de anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados, respectivamente). Muy recientemente otro estudio de prevalencia de anorexia, bulimia y TCA no especificados en una muestra de 2,862 chicas de 12 a 21 años en la comunidad navarra. La prevalencia global de TCA en esta muestra se cifró en 4.1%, correspondiendo 0.8% a la bulimia, 0.3% a la anorexia y 3.1% a TCA no especificados (14, 15).

La prevalencia e incidencia de los TCA en la población general en Colombia es conocida de manera parcial. Se encontró un 0.5% y 2.2% de riesgo para anorexia y bulimia nervosa respectivamente, y 28% para cuadros incompletos para anorexia y bulimia nervosa y trastorno alimentario por atracón, esto en 411 jóvenes universitarios en Bogotá (hombres y mujeres). Otro grupo de 2770 jóvenes de seis colegios de la ciudad de Bogotá (hombres y mujeres) mostró una prevalencia global de TCA del 37% con un predominio en mujeres. La prevalencia de anorexia, bulimia y trastornos alimentarios no especificados fue de 0.28, 3.25 y 33.6%, respectivamente. Otra investigación exploró el riesgo para TCA en una muestra de 972 mujeres escolarizadas de la ciudad de Medellín. Se reportó un 77% de

estudiantes que manifiestan “terror ante la idea de ganar peso”; un 41% presentan atracones; 33% sienten culpa después de comer; 16% siente que la comida controla su vida y un 8% se induce el vómito (16).

De los estudios citados se concluye que la situación epidemiológica de los TCA en la población colombiana parece ser similar a otros países en cuanto a frecuencia de aparición, grupos de edad más vulnerables y factores de riesgo socioculturales (16).

Siguiendo con los países del continente americano, Chile no cuenta con cifras de prevalencia a nivel nacional, pero cuenta con estudios exploratorios en grupos de escolares y universitarios chilenos asintomáticos, realizados con el fin de percibir la magnitud del problema. Más tarde se encontró un 12% de prevalencia de TCA en 90 mujeres estudiantes de medicina con promedio de edad de 20 años residentes en Valparaíso. También en 284 estudiantes universitarios en Santiago, se encontró una prevalencia de 12.6% en mujeres y 3.5% en hombres de conductas asociadas a los trastornos de alimentación (17).

En cuanto al país de Venezuela se presentan estadísticas de un centro de asistencia nutricional, el cual tiene una “Unidad de Tratamiento Integrado de Trastornos Alimentarios” en el área metropolitana de Caracas y que diagnostica según los criterios del DSM-IV.

De acuerdo a las estadísticas de esta unidad, en un lapso de cinco años (1999-2003) han detectado 132 casos de los TCA, clasificados de la manera siguiente: anorexia restrictiva (27), anorexia purgativa (34), bulimia (29) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (29), el promedio de edad de estos individuos es de 23 años. En un estudio pionero en Venezuela seleccionaron una muestra de dos unidades educativas pertenecientes a niveles socioeconómicos diferentes de la zona metropolitana de Caracas y determinaron que el 11% de los 325 niños estudiados (163 niñas y 118 varones), entre 10 y 18 años, obtuvieron porcentajes indicativos que conducen a la anorexia. El estudio encontró diferencias

significativas en cuanto al género, reportando un 18% de conductas sugestivas de anorexia y bulimia para las niñas y 4% para los varones.

En Maracaibo, con un grupo de 1363 adolescentes tanto hombres como mujeres se encontró que la prevalencia de anorexia fue del 0%; 1.58% de bulimia y 0.66% para los atracones o sobre ingesta compulsiva. Otro estudio en jóvenes estudiantes del primer año de la Universidad Simón Bolívar en la Ciudad de Caracas del sexo femenino (170) entre 16 y 24 años, con una edad promedio de 17 años, se halló que 17 jóvenes presentaron las conductas y actitudes sugestivas de anorexia para una prevalencia de 10%. Más adelante se realizó un seguimiento del grupo con el fin de examinar la estabilidad de las variables. Se evaluaron 56 de las integrantes de ese primer grupo (170 jóvenes). Los resultados indican que el porcentaje de jóvenes que mostraron conductas y actitudes características de los TCA fue del 14.28%. Se realizó otro estudio con 256 participantes de entre 16 y 26 años, con un promedio de edad de 19.81. Al hacer los análisis por género, de 117 estudiantes del sexo masculino solo uno manifestó características de los TCA, lo que equivale a 0.85%. De 99 estudiantes del sexo femenino, 18 presentaron las conductas y actitudes mencionadas, es decir, un porcentaje del 18.18%. Actualmente, se evaluaron 483 estudiantes de cuatro universidades de la zona metropolitana de Caracas. El grupo estuvo constituido por 328 (67.9% mujeres) y 155 (32.1% hombres), con edades comprendidas entre 16 y 35 años, en el cual se encontró un 8.84% de mujeres y 1.94% de hombres como indicativo de la presencia de los TCA (18).

En México aunque se han realizado numerosas investigaciones acerca de los TCA, los trabajos encaminados a estimar su prevalencia son limitados. Con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas, se realizó un estudio en dos muestras comunitarias (en 1995 $n = 523$ y en 2001 $n = 881$). La media de la edad de la muestra total ($n = 1404$) fue de 19 ± 2.21 años. Los resultados de este estudio revelaron que en la muestra de 1995 la prevalencia de bulimia y de trastornos de la conducta alimentaria no especificados fue de 0.14 y 0.35% respectivamente y en el 2001 de 0.24 y 0.91%. También se realizó un estudio

en la ciudad de Monterrey, donde los resultados mostraron que un porcentaje mayor de mujeres (18.9%) presentaron un TCA. En otra investigación se trabajó con una muestra de ($n = 288$) mujeres con una edad promedio de 15.8 años, estudiantes de instituciones públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Los resultados mostraron que 59 de ellas (26%) presentaban sintomatología de los TCA, de las cuales 26 fueron diagnosticadas con TCA: anorexia = 2, bulimia = 5, trastorno de la conducta alimentaria no especificado = 18. Se han realizado estudios en varones mexicanos para determinar la presencia de TCA. El primero con una muestra de 100 estudiantes universitarios se encontró, que el 2% de los varones presentaban tales síntomas. En cuanto a la evolución de la presencia de los TCA en hombres en un estudio reciente se encontró 1.27% de trastorno de la conducta alimentaria no especificado, sin ningún caso de TCA específico, y en una investigación posterior se muestra el 0.3% de bulimia y 1% de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (19).

Por otra parte su prevención y tratamiento, necesariamente multidisciplinario, es difícil y exige en bastantes casos ingresos hospitalarios de larga duración, lo que representa además un gran consumo de recursos (14).

5. PREVENCIÓN Y ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo es una estrategia de planificación, orientada a dar una respuesta de servicios (asistenciales, preventivos o de promoción a la salud) a favor de los que tienen mayor necesidad (20), ya que actualmente, los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son causados por múltiples factores, sobre todo de la combinación de factores específicos de riesgo como tener una “mala idea” sobre algunos alimentos, u otros trastornos comunes como la baja autoestima, pero también debemos tomar en cuenta que estos factores se pueden producir en ambientes muy variados como la familia, la escuela o el tiempo de ocio, y que si se acumulan estos factores de riesgo, mayor es la probabilidad de contraer un TCA (21).

Las principales acciones preventivas van dirigidas a la población niña/adolescente y se han centrado en fortalecer a quienes son más propensos de recibir el impacto de influencias perjudiciales, debido a esto, las acciones deben ir encaminadas tanto a la prevención de los TCA y los síntomas clínicos como vómito o ejercicio en exceso, esto en las conductas compensatorias inapropiadas (21).

Resulta oportuno también ensayar estrategias de prevención que determinen habilidades que ayuden a superar las características psicológicas vulnerables de los TCA, lo cual ayudaría a las personas a mejorar mentalmente, enseñándolas a aceptarse a sí mismas (21).

El género es una variable importante para establecer un programa preventivo, ya que la atribución de los diferentes roles sobre todo de la mujer en la sociedad demandan el deseo de ser más bella, principalmente influenciado por los medios de comunicación todo para lograr encajar en una vida social, política, económica, cultural y social, circunstancias que impulsan a las jóvenes a ser más vulnerables a contraer un TCA (19, 21).

Para prevenir los TCA, es de suma importancia tomar en cuenta el medio afectivo en el que el o la joven experimenta y crea la realidad, así como los distintos contextos y las situaciones que influyen en su desarrollo (21).

Es importante mencionar que la niñez parece un buen momento para iniciar la prevención, ya que el objetivo es modificar conocimientos, actitudes y conductas, por lo que es preciso utilizar técnicas de implicación, metodología activa, participativa y de vivencia, así también los programas se deben adaptar al contexto, abordando los problemas de los o las adolescentes, con la ayuda del personal multidisciplinario (21).

Así mismo se debe reducir los riesgos, promover las competencias sociales, aceptar un rango de siluetas corporales, guiar el desarrollo de intereses, habilidades, estimar los valores, educar en una alimentación saludable haciendo hincapié en no saltarse las comidas, enseñar herramientas de asertividad para resistir las bromas y la presión social, ayudar a ser empáticos, educar sobre el desarrollo corporal y afectividad-sexual para evitar crisis de la adolescencia, trabajar su autoestima y

autoconcepto, disfrutar del tiempo libre con un ocio saludable sin recurrir a tóxicos (21).

En resumen la “prevención primaria”, es decir, la forma más sencilla de impedir que algo adquiriera importancia exagerada, tratándolo antes de que llegue a convertirse en un problema, por ello las principales estrategias de esta prevención han sido de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: a) se debe comenzar desde la educación escolar, a la población general y en particular a la población en riesgo; b) la identificación de grupos de riesgo para desarrollar las medidas; c) modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, sobre todo en relación con la dieta; y d) las intervenciones sobre los estereotipos culturales y el negocio del adelgazamiento y la belleza (14).

Para el diagnóstico precoz se han señalado dos posibles enfoques: el primero centrado en la detección de signos y síntomas de comienzo que utiliza sobre todo cuestionarios específicos y el segundo dirigido a las características propias de los individuos de alto riesgo, para lo cual se recomienda en primer lugar considerar la demografía y seleccionar los grupos de sexo y edad más susceptibles y entre los candidatos habría que identificar los más vulnerables por presentar determinadas características (14).

Por todo ello la prevención debe actuar sobre los aspectos más importantes de los TCA como puede ser el evitar dietas por motivos estéticos, prestar atención especial al grupo en riesgo, al igual hacer hincapié sobre aspectos inespecíficos como el papel que juegan los jóvenes en la escuela/hogar; la autoestima o educación en valores que ayuden a llevar una vida saludable. Por eso el enfoque debe ser positivo y sin mucho énfasis en los aspectos negativos y de enfermedad (14).

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, se han realizado estudios recientes, donde se analizaron a 8673 entre pre-púberes (n = 479), púberes (n = 2694) y adolescentes (n = 5500) en el cual se encontró que las mujeres reflejan mayor insatisfacción con su imagen corporal delgada. En relación a este punto la mujer adolescente mostró mayor porcentaje (50%) en comparación a las púberes (41%) y las pre-púberes (42%), en tanto que en los hombres púberes (35%) y adolescentes (40%) desearían estar más gruesos en comparación con los pre-púberes (39%) que desearían estar más delgados. De manera general la preocupación por el peso corporal es similar en los niños y las niñas (>60%). También se observa, cuando se comparan los porcentajes entre púberes y adolescentes, en donde la mayor preocupación (mucho y demasiado) es mayor en los púberes (42% mujeres y 41% hombres) que entre los adolescentes (18% mujeres y 14% hombres), además que no hay diferencias entre sexos. En cuanto a la dieta restrictiva se encontró que la mitad de las chicas respondió afirmativamente, mientras que entre los hombres, sólo en el grupo de los más pequeños se detectó el mismo porcentaje que el de las mujeres (50%) ya que entre los púberes y adolescentes los porcentajes bajaron a un 24% y 33% respectivamente (22).

En otro estudio se tomaron dos muestras entre mujeres españolas (n =329) y mexicanas (n =429) de 15 a25 años donde se observó de acuerdo al IMC, que las mexicanas en comparación con las españolas resultaron con mayor sobrepeso (25% vs. 16%) y obesidad (5% vs. 2%), mientras que en las españolas se encontró el peso por abajo del normal (delgadez) [22.3% vs. 12.9%]. Y esto se reflejó en el grado de satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal. Y por último respecto a la dieta para el control de peso, se observó que las españolas iniciaron dieta entre los 12 y 17 años, en contraste con las mexicanas que iniciaron menores de 9 años, este tipo de conducta (23).

Otro estudio realizado en la ciudad de México en la población estudiantil (n =10,173) para lo cual la muestra fue entre hombres (47.9%) y mujeres (52.1%) con

una media de edad de 14.5 años. Se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (alguna vez y dos o más veces en una semana) de conductas alimentarias de riesgo. Las mujeres reportaron mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo, con excepción de la práctica de ejercicio y de comer compulsivamente, así como porcentajes similares a los hombres en el uso de laxantes y enemas, supositorios y lavativas. Los análisis por edad mostraron diferencias significativas al interior del grupo de varones en comer compulsivamente, vómito autoinducido, pastillas y enemas, mientras que en las mujeres estas diferencias se presentaron en casi todas las conductas siendo las adolescentes de 18 y 19 años las más afectadas (24).

Finalmente otro estudio reportado en estudiantes de 13 a 18 años ($n = 7\,597$) en la cual se analizaron las conductas alimentarias de riesgo y distribución del IMC, se observó una tendencia al presentar mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que incrementa el IMC y la edad de los sujetos, y de acuerdo a esto las mujeres presentan mayor promedio de los indicadores clínicos en comparación con los hombres. Por lo que los resultados reportaron que los hombres de 13 a 15 años (1.5%) y los hombres de 16 a 18 años (2.2%), se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres (5.4%) de 13 a 15 años y de 16 a 18 años (16.1%) incrementándose esta tendencia. Los adolescentes de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, presentaron mayor tendencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que resulta importante tomar en cuenta el peso corporal como un importante factor para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (6).

6.1 JUSTIFICACIÓN

Es claro apreciar como en diversos estudios han detectado conductas alimentarias de riesgo, llevados a cabo tanto en púberes como en adolescentes. Algunos de los hallazgos han reportado que en las mujeres alrededor de una edad promedio de 11 años, ya han hecho suyo un ideal de una figura corporal delgada y muy delgada. En los hombres, se ha encontrado que los adolescentes prefieren más una figura delgada atlética, ya que quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con más músculos. En contraparte, los púberes quieren una figura más delgada (9, 22).

En cuanto a conductas alimentarias de riesgo, se puede resaltar que tanto hombres como mujeres están preocupados por alcanzar estos estereotipos, por lo que acuden a dietas restringidas, eliminando tiempos de comida, disminuyendo o evitando el consumo de alimentos tales como: tortillas, arroz, frijoles, considerados por ellos como engordadores. También tienden a fraccionar su comida habitual, realizan ayunos prolongados, a disminuir el consumo de energía, aumentar su actividad física, llegan a provocarse el vómito, usar laxantes, diuréticos e incluso supositorios y lavativas, con tal de alcanzar su meta (8, 9, 2).

Como se puede apreciar, el estudio de las conductas alimentarias de riesgo es un área de investigación relativamente nueva en México, donde el interés se ha enfocado en las prácticas alimentarias de riesgo o conductas dirigidas hacia la disminución del peso corporal como resultado de una preocupación desmesurada por la figura y el peso (9,2). Así mismo, la mayoría de los estudios han sido realizados en la ciudad de México, dejando una gran incógnita en otras partes del país.

Es por ello que el dar inicio a una investigación acerca de las conductas de riesgo en el Estado de Hidalgo y de manera específica en aquellos que ingresan al Instituto de Ciencias de la Salud resulta de gran importancia, ya que no se tiene hasta el momento ninguna información al respecto.

Este tipo de estudios además de abrir el panorama hacia esta temática, permiten diagnósticos de sujetos en riesgo para prevenir conductas alimentarias que

más adelante comprometan la salud del individuo al transformarse en un Trastorno de Conducta Alimentaria.

6.2 Objetivo General: Conocer la distribución de las Conductas Alimentarias de Riesgo y su relación con el Índice de Masa Corporal en estudiantes del primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud.

6.2.1 Objetivos Específicos:

- Identificar las Conductas Alimentarias de Riesgo de los estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud.
- Determinar la relación de las Conductas Alimentarias de Riesgo de los estudiantes con el Índice de Masa Corporal.
- Determinar la distribución de emaciación, peso bajo, normalidad, sobrepeso y obesidad de los estudiantes de acuerdo al Índice de Masa Corporal.

7. METODOLOGÍA

7.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES

7.1.1 Sociodemográficos:

Sexo

Definición conceptual: Término que sirve para clasificar a los seres humanos en los grandes grupos: masculino y femenino (25).

Edad

Definición conceptual: La edad de un individuo se determina con el número de años y/o meses de vida cumplidos. La fecha de nacimiento es el dato que hay que obtener y al relacionarlo con la fecha en que se realiza la medición; por medio de una resta se obtiene el número de años y meses cumplidos (26).

Carrera

Definición conceptual: Conjunto de estudios repartidos en varios cursos, que capacitan para ejercer una profesión (27).

Clase social

Definición Conceptual: Grupo de personas que poseen un lugar históricamente determinado en el seno de la sociedad y que se distinguen por su modo de vida (27).

Cabe señalar que estas variables se preguntaron dentro del Instrumento utilizado para esta investigación.

7.1.2 Evaluación Antropométrica

Definición conceptual: El grado de adecuación nutricia de un individuo se puede valorar a través del peso, la estatura y de diversas dimensiones corporales (panículos adiposos y circunferencias). Esta medición permite identificar alteraciones pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a éste: El indicador más utilizado para evaluar el estado de nutrición es la relación entre el, peso, la estatura, el sexo, la edad y el estado fisiológico (34).

Definición operacional: Esta variable se midió a través del Índice de Masa Corporal (IMC), en donde se obtienen el peso y la talla de las técnicas de medición (34) [Anexo 3]. siendo su fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso actual Kg.}}{(\text{Talla actual en m})^2}$$

Donde el resultado obtenido fue clasificado a partir de los puntos de corte percentilares por edad y género señalados por el National Center for Health Statistics colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de la Salud (2000). Los cuales se muestran a continuación en la tabla 1 (35).

Tabla No. 1
Puntos de corte del Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) para
adolescentes

CATEGORÍA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
Emaciación	Menor al percentil 5
Bajo peso	Del percentil 5 al percentil10
Normal	Del percentil 10 al percentil 85
Sobrepeso	Del percentil 85 al percentil 95
Obesidad	Mayor al percentil 95

Fuente: National Center for Health Statistics

7.1.3 ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL

Definición Conceptual: El Índice de Riesgo Nutricional (IRN), es un indicador que en el año 2003 definieron los especialistas con mayor precisión, el cual permite determinar el estado de nutrición en el Estado por municipio. El Índice de Riesgo Nutricional (IRN) requiere conocer el peso del paciente (actual y habitual) y la cifra de albúmina* (36).

Definición operacional: Para fines de este estudio, se tomaron en cuenta las clasificaciones que previamente se obtuvieron del las investigaciones en el año 2003 (37), de los municipios del Estado de Hidalgo de acuerdo al Índice de Riesgo Nutricional (IRN).

A continuación se muestran las clasificaciones de acuerdo a los núcleos sociales en máxima prioridad de atención:

- 1) Riesgo nutricional bajo
- 2) Riesgo moderado

- 3) Riesgo alto
- 4) Riesgo muy alto
- 5) Riesgo extremo

$^*IRN = 1.519 * (\text{concentración sérica de albúmina}) + 0.417 * \text{peso actual} / \text{peso habitual} * 100$

7.1.4 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Definición conceptual: Es aquella que considera los patrones del consumo de alimentos distorsionada, tales como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticar pero no deglutir, y ayunos (29).

Es importante resaltar los siguientes elementos:

Comer Compulsivamente: Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, en ausencia del uso regular de conductas compensatorias. Los episodios de ingestión voraz se asocian con: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente, 4) comer sólo porque se tiene vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer (13).

Preocupación por el peso y la comida: Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y los alimentos que ingiere (30).

Conducta Alimentaria Normal: Conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculadas con la ingestión de alimentos (28).

Comer por 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.

Restricción de la dieta o dieta restringida: Tendencia repetida a la auto privación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores” así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (31 y 32).

7.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación puede clasificarse como un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo correlacional.

7.3 POBLACIÓN

Se trabajó con estudiantes hombres y mujeres de primer ingreso al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo correspondiente al periodo Enero-Junio del 2006.

7.3.1 MUESTRA

La muestra total no probabilística estuvo representada por 330 estudiantes (hombres 108 y mujeres 222), con edades de 16 a 20 años de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud, con una media de 18.34, (± 0.751), encontrándose los siguientes porcentajes para las distintas carreras: el 38% en medicina siendo el porcentaje más alto, con porcentajes similares odontología y psicología (19% y 18%); el 12% de los jóvenes estudia enfermería; y con porcentajes bajos nutrición y farmacia con el 9 y 3% respectivamente.

De acuerdo a los criterios para la muestra se tomó en cuenta lo siguiente:

7.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que fueran alumnos inscritos, hombres y mujeres al primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud.
- Que los alumnos tuvieran edades de 16 a 20 años.

7.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que los alumnos tuvieran alguna discapacidad física.
- Que los alumnos tuvieran un rango de edad mayor a la de la población en estudio.
- Que no fueran alumnos regulares del primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud.

7.3.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que durante el tiempo de estudio, los alumnos tuvieran inconvenientes o imprevistos.
- Que dejaran sin contestar el 10% del instrumento.

7.4 INSTRUMENTO

Las variables correspondientes a las conductas alimentarias de riesgo fueron evaluadas a través del instrumento diseñado por Gómez Pérez-Mitré (2000) conocido como Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) [Anexo 1 y 2]. Para validar este instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1915 sujetos del sexo femenino y 1494 sujetos del sexo masculino. Se usó una rotación VARIMAX que convergió en 57 interacciones para extraer 16 factores que explicaban en 57.4% de la varianza. Se descartaron 9 factores al no cumplir los criterios, el modelo final quedó integrado por 7 factores que explican el 42.8% de la varianza esto con respecto a las mujeres. Para los hombres se usó una rotación VARIMAX que convergió en 5 interacciones para extraer 16 factores que explican el 55.9% de la varianza, se descartaron 5 factores al no cumplir los criterios.

El modelo final quedó conformado por 11 factores que explican el 48.5% de la varianza (33).

Las respuestas fueron valoradas en una escala de 4 opciones de respuesta: Nunca (1), A veces (2), Frecuentemente (3) y Muy frecuentemente (4). Las opciones de respuesta: Frecuentemente y Muy frecuentemente, con excepción para la Conducta Alimentaria Normal (Nunca y A veces) indica un problema con dichas conductas.

7.5 PROCEDIMIENTO:

La aplicación de los cuestionarios, así como la evaluación del estado nutricional se llevó a cabo en el Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca Hgo., con previa autorización de los directivos del Instituto, así como de los adolescentes que participaron en la investigación de forma voluntaria.

Los cuestionarios fueron aplicados en las aulas de clase de manera grupal en los días y horarios preestablecidos por las autoridades del plantel y por los responsables de la presente investigación. Al comienzo de la actividad, en cada uno de los grupos se hizo la presentación de los responsables del estudio, se les explicó el objetivo de la investigación y la importancia de su participación voluntaria, posteriormente se les dio las instrucciones necesarias para que llenaran los cuestionarios de forma correcta, así también se les mencionó sobre la confidencialidad de sus respuestas y la forma en la cual serían resueltas sus dudas. Al término de la actividad se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) realizándose el registro de los datos en su cuestionario (34).

Una vez finalizada la recolección de los datos se realizó el análisis de la información a través del programa SPSS versión 11 para Windows.

7.6 ANÁLISIS DE DATOS

- Se hicieron análisis descriptivos para obtener frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central como la media ($\overline{X}$) y desviación estándar (D.E.)
- La prueba estadística inferencial que se utilizó fue: el *coeficiente de correlación de Pearson* (r) lo cual es un índice que midió la intensidad de la relación entre 2 variables (38).

8. RESULTADOS

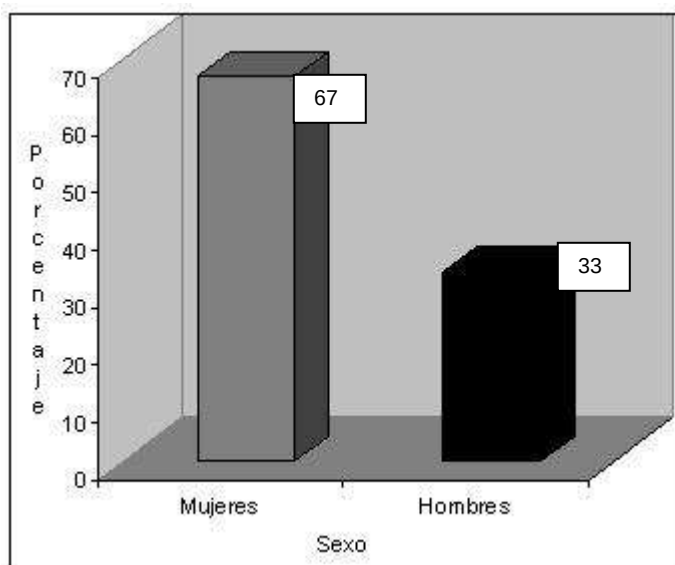
A continuación se muestran los datos obtenidos en la investigación, exponiendo primero los resultados en la muestra general y después por sexos, describiendo en primer lugar las características sociodemográficas, posteriormente las variables relacionadas con el Índice de Riesgo Nutricional (IRN), la evaluación antropométrica, Conductas Alimentarias de Riesgo.

8.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

8.1.1 SEXO

En el presente estudio se trabajó con un total de $N = 330$ sujetos, del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Ciudad de Pachuca Hidalgo, conformado por 108 hombres (33%) y 222 mujeres (67%) [ver gráfica 1] con edades de 16 a 20 años, con una media de 18.34, (± 0.751) [ver gráfica 2].

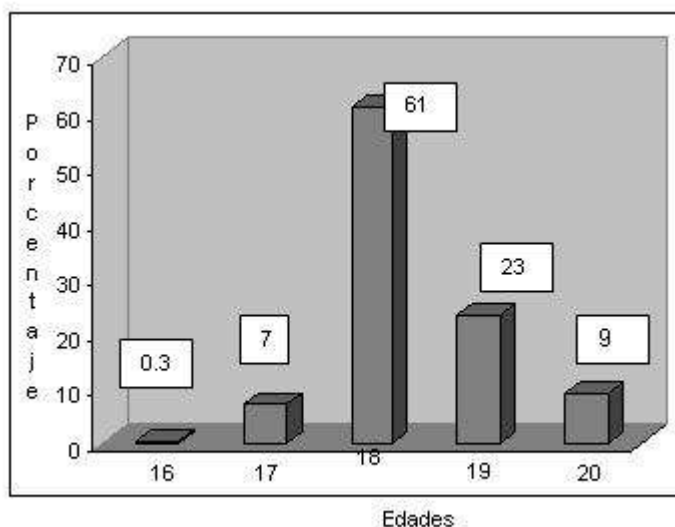
Gráfica 1 Distribución Porcentual por Sexo



8.1.2 EDAD

De acuerdo a la distribución por edad, el 0.3% de los sujetos cuentan con 16 años, siendo éste el porcentaje más bajo, seguido por el 7%, que corresponde a los 17 años; el 61% de los sujetos tienen 18 años que representa el porcentaje más alto de la población; así mismo en cuanto a los que tienen 19 años se muestra un porcentaje del 23%; también se puede observar que para los que tienen 20 años representa un 9% como se muestra en la gráfica 2.

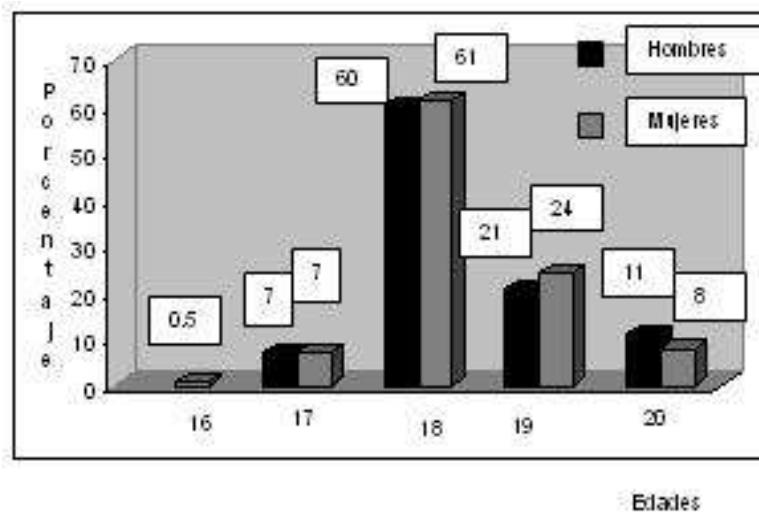
Gráfica 2 Distribución Porcentual por Edad



8.1.2.1 EDAD POR SEXOS

De acuerdo a la distribución por edad, solo las mujeres representan un 0.5% para los 16 años; en cuanto a 17 años los porcentajes son iguales (7%) para hombres y mujeres; cabe resaltar que los porcentajes más altos (60% y 61%) para ambos sexos corresponde a los 18 años respectivamente; para 19 años los porcentajes para hombres y mujeres son similares (21% vs 24%), al igual que para los 20 años (11% y 8%) como se observa en la gráfica 3.

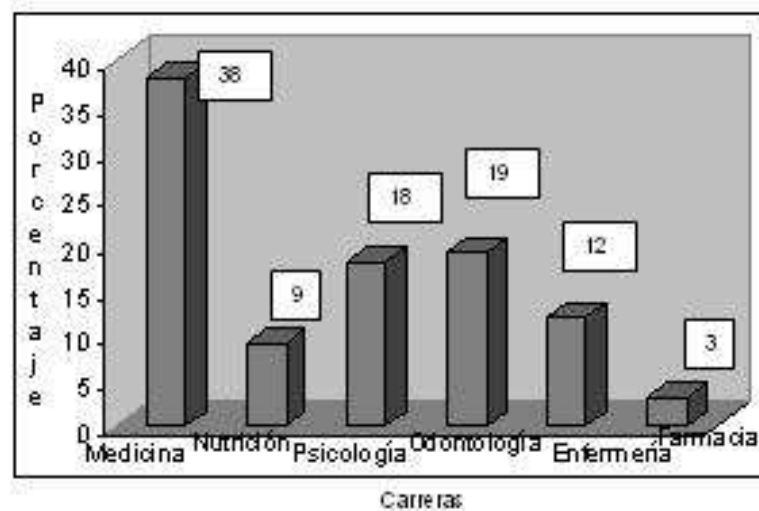
Gráfica 3 Distribución porcentual Hombres y Mujeres por Edad



8.1.3 CARRERA QUE SE CURSA

De acuerdo a la distribución por carrera, el 3% corresponde a la carrera de Farmacia, siendo éste el rango más bajo; en cuanto a Nutrición el porcentaje es del 9%, el 12% de la población se encuentra en Enfermería; seguido por el 18% para Psicología; el 19% corresponde a Odontología y finalmente para Medicina tiene el porcentaje más alto con el 38% de la población total como se muestra en la gráfica 4.

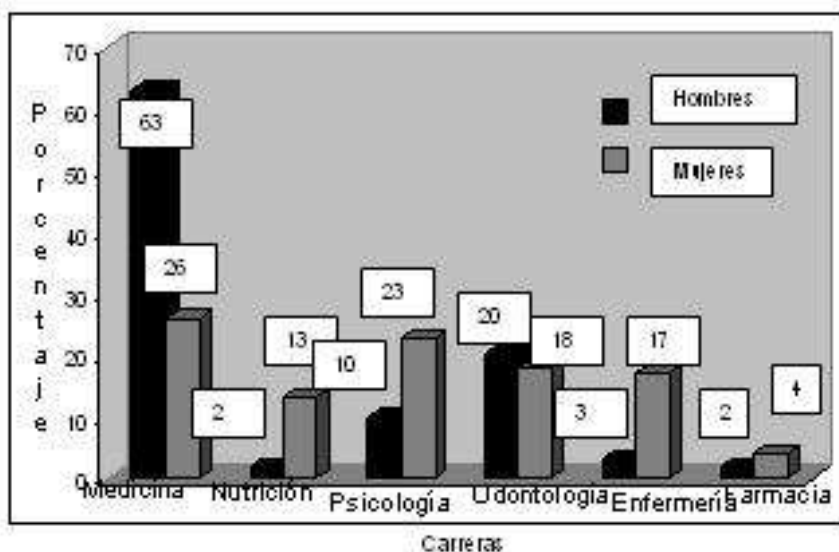
Gráfica 4 Distribución Porcentual por Carrera



8.1.3.1 CARRERA QUE SE CURSA POR SEXOS

Con relación a la distribución por carrera (ver gráfica 5), los primeros datos refieren que en la carrera de medicina, el 63% son hombres, siendo el sexo mayoritario en comparación a las mujeres (26%); en nutrición las mujeres representan el porcentaje más alto (13%) con relación a los hombres (2%); para psicología las mujeres ocupan un porcentaje mayor (23%) en contraste con los hombres (10%); por otra parte el género que predomina en odontología es el masculino (20%) y con un porcentaje menor el femenino (18%); así también para enfermería el 17% son mujeres y solo con el 3% están los hombres; y por último en lo que respecta a farmacia los porcentajes son bajos para hombres y mujeres respectivamente (2% vs 4%).

Gráfica 5 Distribución porcentual Hombres y Mujeres por Carrera



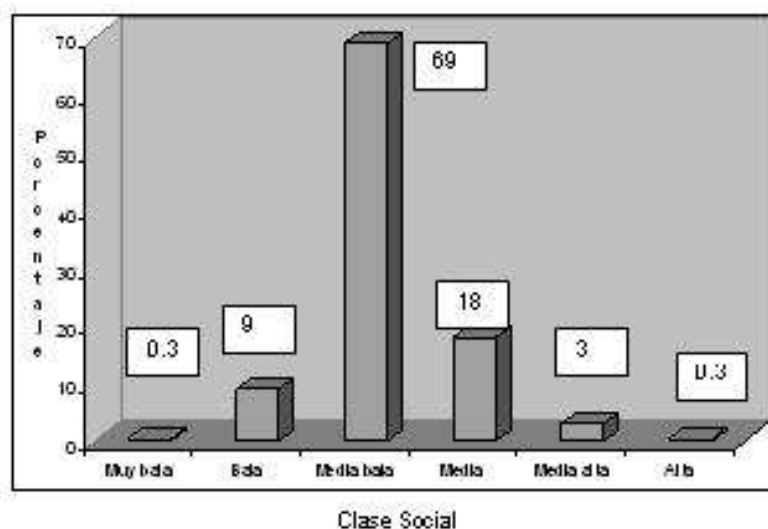
8.1.4 CLASE SOCIAL

En cuanto a la clase social (ver gráfica 6), se puede observar que el porcentaje más alto (69%), se encuentra en la clase media baja; con respecto a la categoría media el porcentaje fue del 18%, para las clases baja y media alta corresponden a un 9% y 3% respectivamente, y por último con los porcentajes más bajos (0.3%) se encuentran las categorías alta y muy baja.

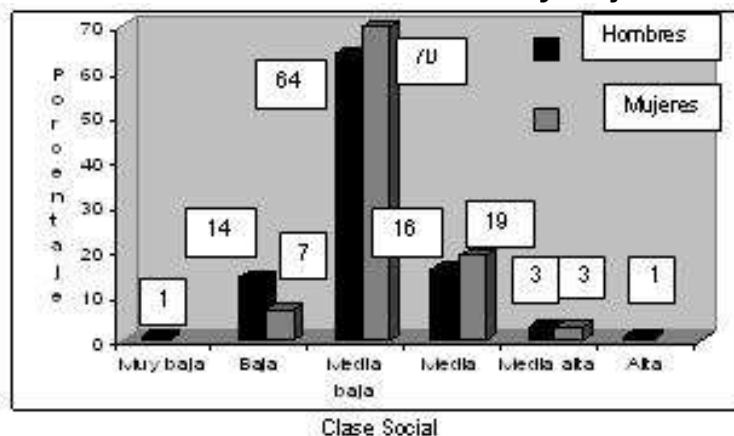
8.1.4.1 CLASE SOCIAL POR SEXOS

De acuerdo a la variable anterior, pero ahora por sexos (ver gráfica 7), se muestra que la clase media baja tienen los porcentajes más altos para hombres y mujeres (64% y 70%), con porcentajes similares en ambas muestras (16% y 19%), se encuentra la categoría media; para el nivel bajo se encontraron más hombres (14%) que mujeres (7%), para la clase media los porcentajes fueron iguales en hombres y mujeres (3%), finalmente con el porcentaje más bajo (1%) se identificaron solo a los hombres en las categorías alta y muy baja.

Gráfica 6 Distribución Porcentual Clase Social



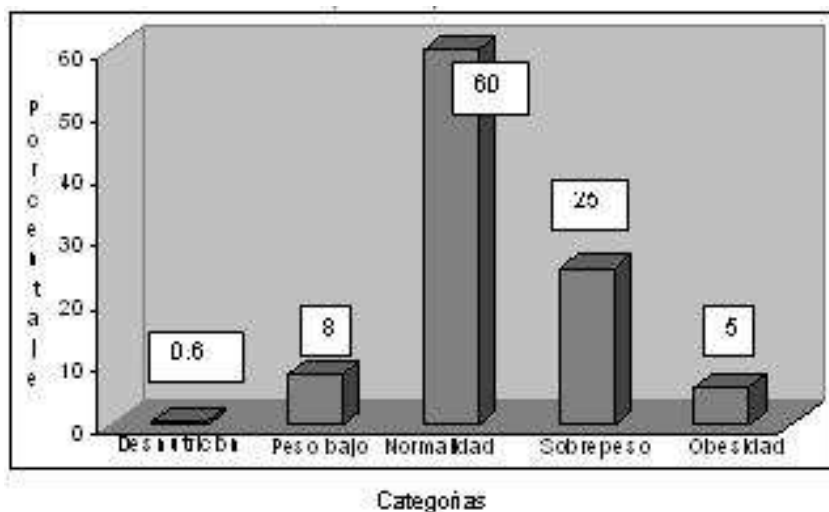
Gráfica 7 Distribución Porcentual Hombres y Mujeres Clase Social



8.2 DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Los datos del IMC-P, con una media de 23.3, (± 4.21) [ver gráfica 8], indican que el 0.6% de los sujetos se encuentran en la categoría de desnutrición, siendo éste el porcentaje más bajo; para Peso bajo hay un 8%; en lo que respecta a Normalidad lo conforma el 60%, siendo éste el porcentaje mayoritario; en cuanto a Sobrepeso representa el 25% de la población; y por último el 5% de los sujetos cuentan con Obesidad.

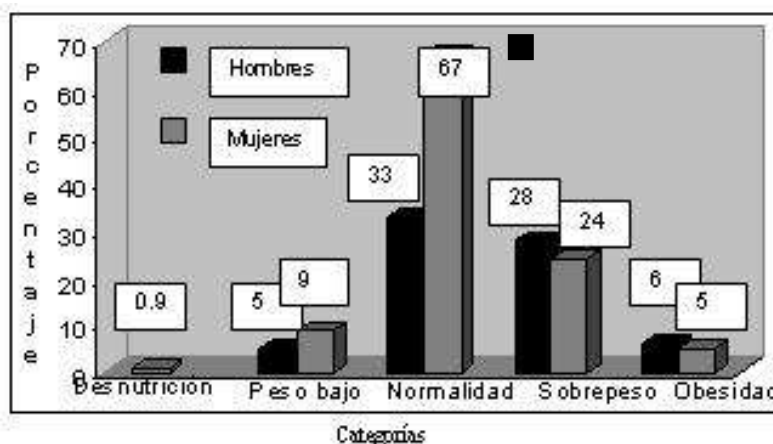
Gráfica 8 Distribución Porcentual del Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P)



8.2.1 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA POR SEXOS

Con relación a los resultados obtenidos del IMC-P (Ver gráfica 9), se encontró que los porcentajes más altos corresponden a la categoría de Normalidad (H = 33% y M = 67%); también hay que destacar las diferencias, ya que los hombres en comparación a las mujeres resultaron con mayor sobrepeso (28% vs 24%) y obesidad (6% vs 5%). También entre las mujeres se encontró un mayor porcentaje de peso bajo en comparación a los hombres (9% vs 5%); y un mínimo porcentaje (0.9%) en lo que se refiere a desnutrición se encuentran solo mujeres.

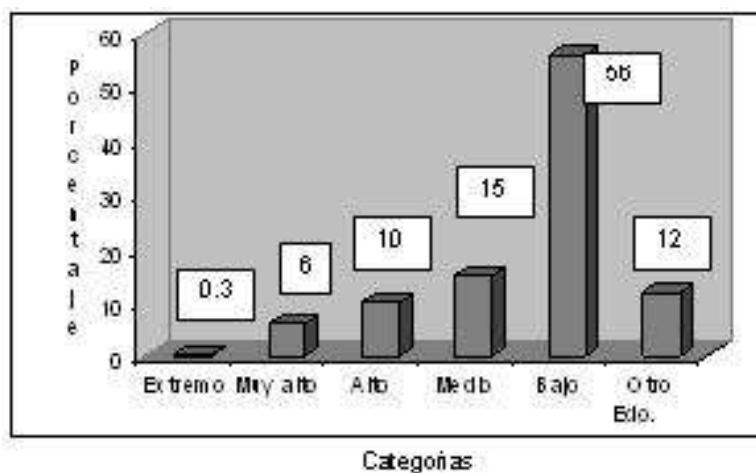
Gráfica 9 Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) en Hombres y Mujeres



8.3 DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL (IRN)

En cuanto al Índice de Riesgo Nutricional (IRN) (ver gráfica 10), el 0.3% se encuentra en la categoría de Extremo siendo el porcentaje más bajo; así mismo para Muy Alto y Alto corresponde un 6% y un 10% respectivamente, el 15% corresponde a la categoría de IRN Medio, así también se puede notar que la clase Bajo tiene el porcentaje mayor con un 56%, y por último, con un 12% de la población por provenir de otros estados quedaron sin clasificación en cuanto al riesgo nutricional.

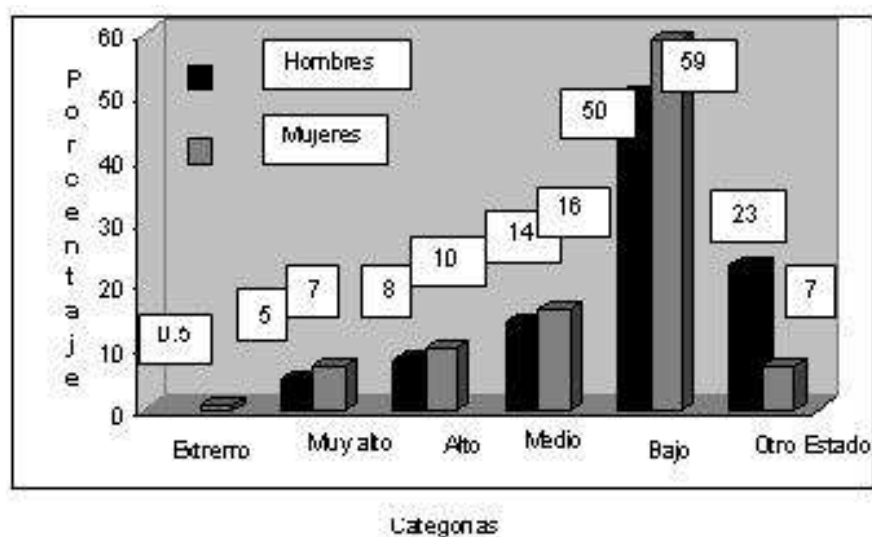
Gráfica 10 Distribución Porcentual del Índice de Riesgo Nutricional (IRN)



8.3.1 ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL (IRN) POR SEXOS

De acuerdo al Índice de Riesgo Nutricional (IRN), se puede observar con un 0.5% en la categoría de Extremo a las mujeres siendo éste porcentaje el más bajo; con un porcentaje pequeño se identificaron a hombres y mujeres (5% y 7%) respectivamente para Muy alto; así también para Alto y Medio los porcentajes fueron similares tanto para hombres (8% y 14%) como para mujeres (10% y 16%); del mismo modo los porcentajes más altos corresponden a la clase bajo para hombres (50%) y mujeres (59%); en lo que respecta a Otro Estado, se encontró una diferencia notable entre hombres y mujeres (23% vs 7%), dado que los sujetos, por venir de otros estados no se encontraron dentro de la clasificación del Índice de riesgo nutricional como se muestra en la gráfica 11.

Gráfica 11 Distribución porcentual Hombres y Mujeres del Índice de Riesgo Nutricional (IRN)



8.4 DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

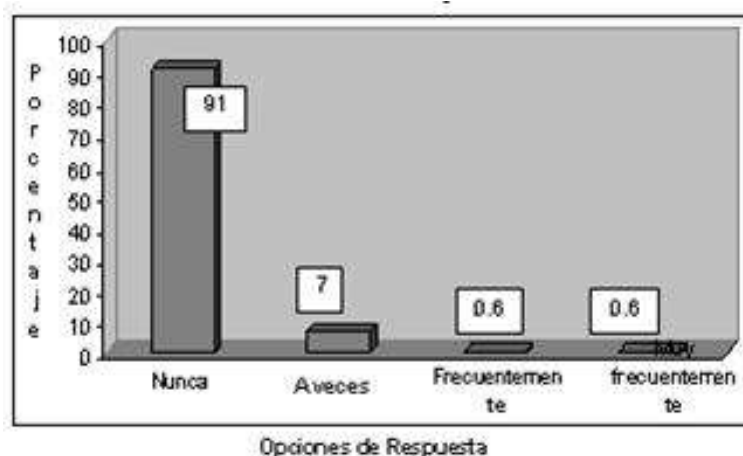
8.4.1 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

En lo que respecta a la Conducta Alimentaria Compulsiva correspondiente al Factor No. 1 del EFRATA (ver gráfica 12), de acuerdo a las opciones en el Instrumento, el 91% de los sujetos mencionaron que “Nunca” han presentado este tipo de conducta, siendo éste porcentaje el más alto con respecto a las demás opciones. En lo que respecta a la opción “A veces”, solo el 7% se encontraron en esta categoría. En cuanto a las opciones “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” se encontraron porcentajes muy bajos (0.6%).

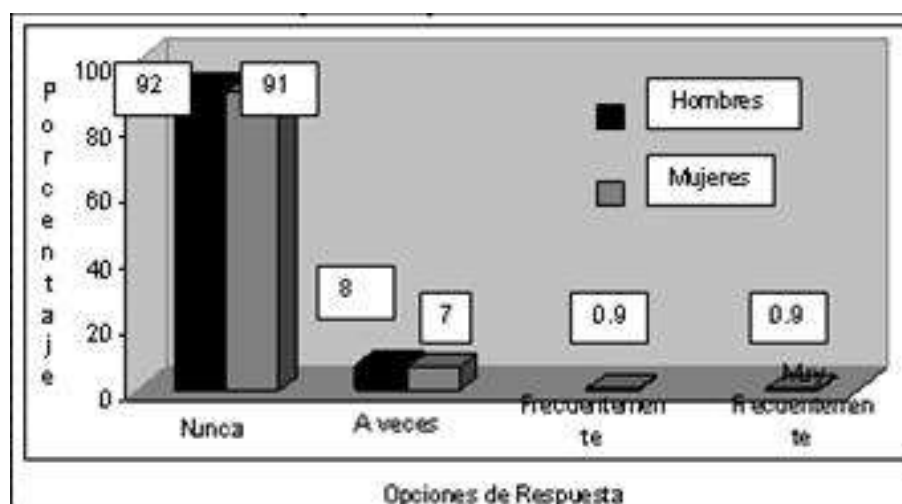
8.4.1.1 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR SEXOS

En lo que respecta al Factor antes citado, por sexos, un porcentaje alto de hombres y mujeres (92% y 91%) “Nunca” han manifestado este tipo de conductas; observando también bajos porcentajes y similares para la opción “A veces” (H = 8% y M = 7%), en cuanto a las opciones “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” solo para las mujeres los porcentajes resultaron iguales (0.9%) como se observa en la gráfica 13.

Gráfica 12 Distribución Porcentual del Factor 1 EFRATA: Conducta Alimentaria Compulsiva



Gráfica 13 Distribución porcentual del Factor 1 EFRATA: Conducta Alimentaria Compulsiva por sexos



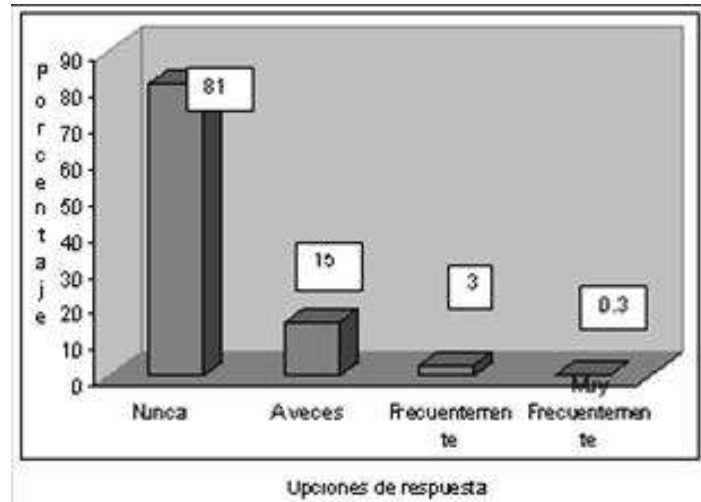
8.4.2 PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

En cuanto al Factor No. 2 Preocupación por el Peso y la Comida (ver gráfica 14), se puede observar que el 81% de los sujetos "Nunca" se han preocupado por el peso y la comida, siendo este el porcentaje mayor; el 15% "A veces" realizan esta práctica, mientras que el 3% "Frecuentemente", se preocupa por el peso y la comida y en un mínimo porcentaje (0.3%), resultando el más bajo, "Muy frecuentemente" se realizan éste tipo de conducta.

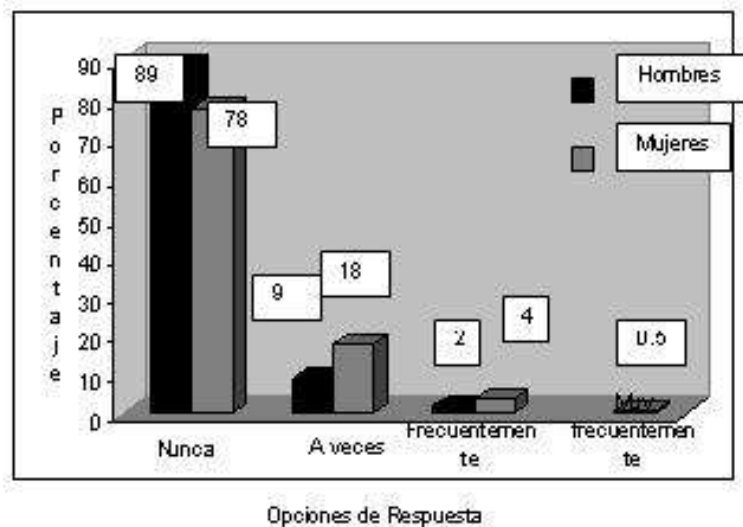
8.4.2.1 PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR SEXOS

Del Factor anterior (ver gráfica 15), se puede apreciar que el porcentaje mayor se encuentra en la opción "Nunca" (H = 89% vs M = 78 %); así también para la opción "A veces" se encontraron diferencias para hombres y mujeres (9% vs 18%), sin embargo cabe resaltar en cuanto a la opción "Frecuentemente" los resultados fueron similares para hombres y mujeres (2% vs 4%), y por último para la opción "Muy frecuentemente" el porcentaje fue bajo (0.5%) para las mujeres, ya que en los hombres no se presentó esta conducta.

Gráfica 14 Distribución Porcentual del Factor 2 EFRATA: Preocupación por el Peso y la Comida



Gráfica 15 Distribución porcentual del Factor 2 EFRATA: Preocupación por el Peso y la Comida en Hombres y Mujeres



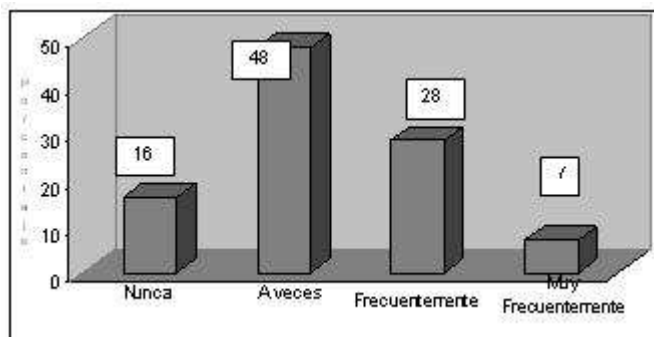
8.4.3 CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL

Se presentan los resultados arrojados del Factor No. 3 Conducta Alimentaria Normal. En cuanto a la categoría “Nunca” el 16% de los sujetos encuestados no llevan una alimentación adecuada, en comparación con el 48% que “A veces” llevan este tipo de práctica, teniendo ésta categoría el porcentaje más alto; así mismo el 28% de los sujetos “Frecuentemente” comen bien; también podemos notar que en la última categoría el 7% de los sujetos “Muy frecuentemente” realiza una alimentación normal, siendo éste porcentaje minoritario en comparación a las otras opciones de respuesta, como se muestra en la gráfica 16.

8.4.3.1 CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL POR SEXOS

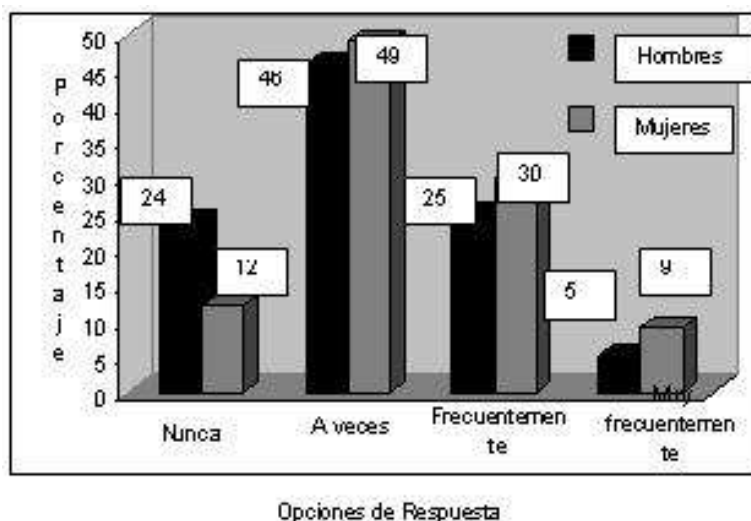
De acuerdo a los resultados del Factor referido antes (ver gráfica 17), se puede apreciar que más hombres (24%) manifiestan “Nunca” haber comido de una manera adecuada en contraste con las mujeres (12%). Así mismo, mientras las mujeres A veces realizan esta práctica no sucede del mismo modo con los hombres (46% vs 49%) siendo los valores más representativos; para la opción Frecuentemente se encontraron porcentajes similares para hombres y mujeres (25% y 30%). Ocurrió lo mismo para la opción Muy frecuentemente aunque en porcentajes más bajos (5% vs 9%).

Gráfica 16 Distribución Porcentual del Factor 3 EFRATA: Conducta Alimentaria Normal



Opciones de respuesta

Gráfica 17 Distribución porcentual del Factor 3 EFRATA: Conducta Alimentaria Normal por Hombres y Mujeres



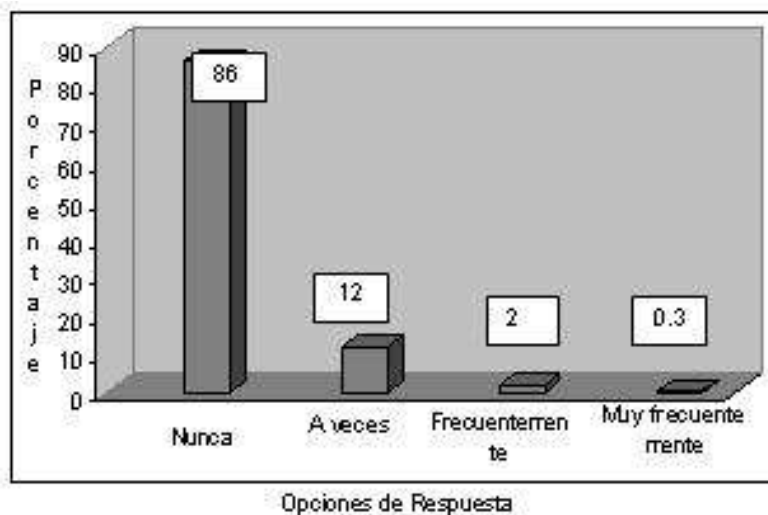
8.4.4 CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA

Para el Factor No. 4 Conducta de Compensación Psicológica (ver gráfica 18) se puede apreciar, que la opción “Nunca” ocupó el porcentaje más alto (86%), el 12% del total de los sujetos se encuentra en la categoría “A veces”; así también en la opción “Frecuentemente” el 2% manifestaron haber realizado esta práctica, finalmente solo el 0.3% “Muy frecuentemente” practica este tipo de conductas, siendo el porcentaje más bajo.

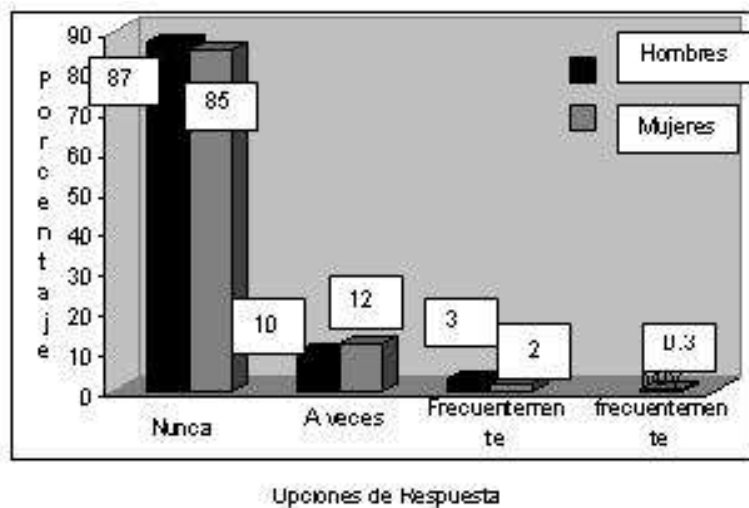
8.4.4.1 CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA POR SEXOS

Para el Factor antes indicado se muestra el porcentaje mayor y similar para hombres y mujeres (87% y 85%) en cuanto a la opción “Nunca”; del mismo modo, pero con porcentajes menores se obtuvieron las opciones “A veces” (H = 10% y M=12%) y “Frecuentemente” (H = 3% y M = 2%) y el menor porcentaje corresponde a la opción “Muy frecuentemente” para mujeres (0.3%) como se muestra en la gráfica 19.

Gráfica 18 Distribución Porcentual del Factor 4 EFRATA: Conducta de Compensación Psicológica



Gráfica 19 Distribución porcentual del Factor 4 EFRATA: Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica por Hombres y Mujeres



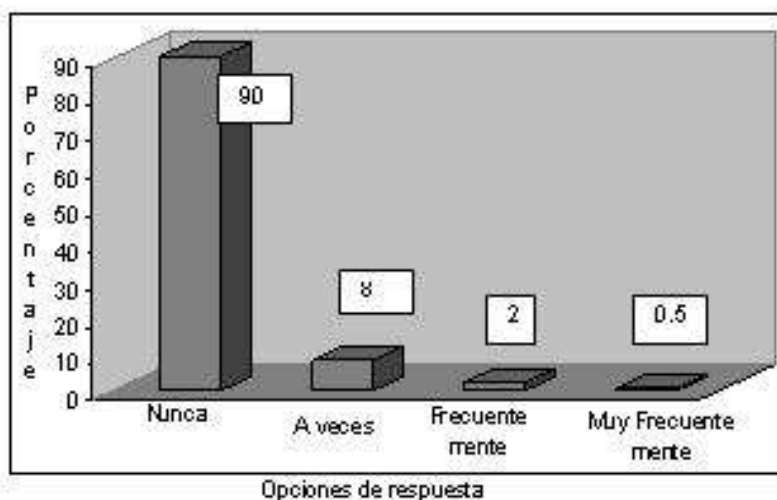
8.4.5 DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA

De acuerdo al Factor No. 5 Dieta crónica y restrictiva (ver gráfica 20), el 90% corresponde a la categoría “Nunca” representando el porcentaje más alto; en lo que se refiere a la opción “A veces”, el 8% de los sujetos expresan éste tipo de conducta; así también se puede observar que el 2% y el 0.5% de los sujetos “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” realizan este tipo de práctica.

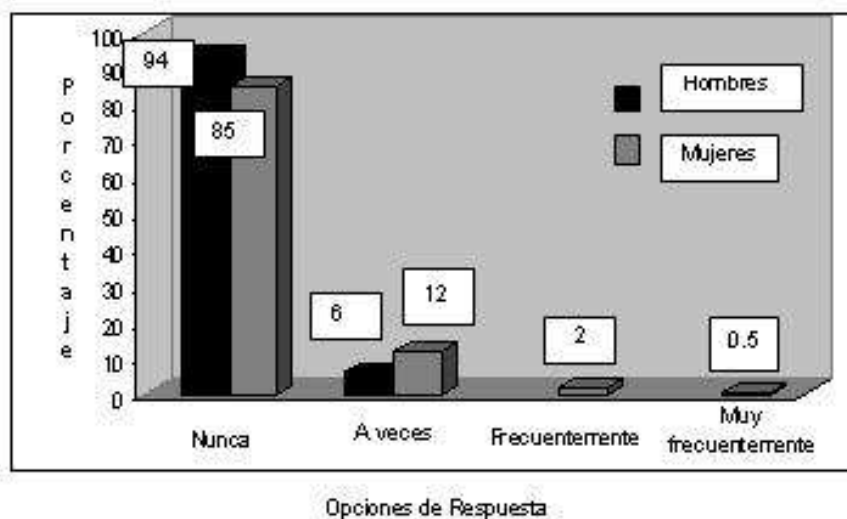
8.4.5.1 DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA POR SEXOS

Entre los resultados del Factor descrito anteriormente (ver gráfica 21), para el control de peso se destaca que, más hombres (94%) que mujeres (85%) admitieron “Nunca” haber recurrido a este tipo de práctica. En contraparte se encontraron diferencias entre hombres y mujeres (6% vs 12%) para la opción “A veces” y con porcentajes menores las mujeres “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” realizan este tipo de conductas (2% y 0.5%) ya que para los hombres no apareció esta conducta en estas dos categorías.

Gráfica 20 Distribución Porcentual del Factor 5 EFRATA: Dieta Crónica y Restrictiva



Gráfica 21 Distribución porcentual del Factor 5: Dieta Crónica y Restrictiva para Hombres y Mujeres



8.5 RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO-ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL (IRN) Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

A continuación se presenta los resultados de la relación entre el Estado Nutricio con el Índice de Riesgo Nutricional (IRN) y las Conductas Alimentarias de Riesgo.

8.5.1 RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO-ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL (IRN)

La tabla 2 muestra de acuerdo al Índice de Riesgo Nutricional (IRN), que el 3.8% de los jóvenes con bajo peso se encuentra en un riesgo extremo. Con respecto al riesgo muy alto, el 7.7% y 6.5% corresponde a los jóvenes en las categorías de bajo peso y normalidad. En cuanto al riesgo alto y medio, el 15.8% y 21,1% de los jóvenes obesos se encontraron en estas categorías. Con un porcentaje superior (66.7%) son los jóvenes con sobrepeso quienes están en un riesgo bajo. Y por último el 26.3% de los jóvenes con obesidad provienen de otro estado.

Tabla 2 Porcentajes del Índice de Riesgo Nutricional (IRN) de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC)

CATEGORIA	IMC				
	DESNUTRICIÓN	PESO BAJO	NORMALIDAD	SOBREPESO	OBESIDAD
Extremo		3.8			
Muy Alto		7.7	6.5	4.8	5.3
Alto			11.1	8.3	15.8
Medio		19.2	17.6	7.1	21.1
Bajo		53.8	52.8	66.7	31.6
Otro Estado		11.5	10.6	11.9	26.3

8.5.2 RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO-CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Se puede observar en cuanto a la conducta alimentaria compulsiva (ver tabla 3), que los sujetos con peso normal (1.5%) “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” y los jóvenes con sobrepeso (1.2%) “Muy frecuentemente” son los que realizan esta conducta. También se aprecia que los adolescentes con obesidad “Muy frecuentemente” (10.5%) se preocupan por el peso y la comida. Asimismo con porcentajes altos (64.3% y 70.2%), los jóvenes con peso normal y sobrepeso, son los que no realizan una alimentación adecuada. Con relación a la conducta de compensación psicológica, se observa que “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” los jóvenes con peso normal y “Muy Frecuentemente” los jóvenes con obesidad (3.5% y 5.3%) efectúan este tipo de práctica. Y por último para dieta la crónica y restrictiva los adolescentes con sobrepeso y obesidad (3.6% y 5.3%) son los que llevan a cabo “Frecuentemente” esta conducta.

Tabla 3 Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC)

FACTORES	OPCIONES DE RESPUESTA	IMC				
		DESNUTRICIÓN	PESO BAJO	NORMALIDAD	SOBREPESO	OBESIDAD
Conducta Alimentaria Compulsiva	Frecuentemente			1		
	Muy Frecuentemente			0.5	1.2	
Preocupación por el peso y la comida	Frecuentemente			3.0	3.6	10.5
	Muy frecuentemente			0.5		
Conducta Alimentaria Normal	Nunca		11.5	15.6	19.0	15.8
	A veces		46.2	48.7	51.2	36.8
Conducta de Compensación Psicológica	Frecuentemente			3.0	1.2	5.3
	Muy frecuentemente			0.5		
Dieta Crónica y Restrictiva	Frecuentemente			2.5	3.6	5.3
	Muy frecuentemente					

8.5.2.1 RELACIÓN ESTADO NUTRICIO – CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES

La tabla 4 muestra que “Frecuentemente” y “Muy Frecuentemente” las mujeres con peso normal (2.3%) y “Muy frecuentemente” con sobrepeso (1.9%) son las que practican más alguna conducta alimentaria compulsiva. Con respecto a la preocupación por el peso y la comida las jóvenes con sobrepeso y obesidad (5.7% y 8.3%) realizan “Frecuentemente” esta conducta. Para la conducta alimentaria normal,

son las adolescentes que se encontraron en la categoría de peso normal y sobrepeso las que no realizan esta conducta (60.9% y 68.6%). Para la conducta de compensación psicológica las jovencitas con obesidad (8.3%) son las que “Frecuentemente” cometen este tipo de práctica. También se aprecia nuevamente que las adolescentes con obesidad son las que “Frecuentemente” hacen dieta crónica y restrictiva (8.3%).

Tabla 4 Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) en Mujeres

FACTORES	OPCIONES DE RESPUESTA	IMC				
		DESNUTRICIÓN	PESO BAJO	NORMALIDAD	SOBREPESO	OBESIDAD
Conducta Alimentaria Compulsiva	Frecuentemente			1.5		
	Muy Frecuentemente			0.8	1.9	
Preocupación por el peso y la comida	Frecuentemente			3.8	5.7	8.3
	Muy frecuentemente			0.8		
Conducta Alimentaria Normal	Nunca		14.3	10.5	16.7	8.3
	A veces		42.9	50.4	51.9	41.7
Conducta de Compensación Psicológica	Frecuentemente			2.3	1.9	8.3
	Muy frecuentemente			0.8		
Dieta Crónica y Restrictiva	Frecuentemente			2.3	1.9	8.3
	Muy frecuentemente			0.8		

8.5.2.2 RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO – CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN HOMBRES

Tabla 5 Porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) en Hombres

FACTORES	OPCIONES DE RESPUESTA	IMC				
		DESNUTRICIÓN	PESO BAJO	NORMALIDAD	SOBREPESO	OBESIDAD
Conducta Alimentaria Compulsiva	Frecuentemente					
	Muy Frecuentemente					
Preocupación por el peso y la comida	Frecuentemente			7.6		14.3
	Muy frecuentemente			1.5		
Conducta Alimentaria Normal	Nunca		60.0	25.8	23.3	28.6
	A veces			45.5	50.0	28.6
Conducta de Compensación Psicológica	Frecuentemente			4.5		
	Muy frecuentemente					
Dieta Crónica y Restrictiva	Frecuentemente					
	Muy frecuentemente					

En la tabla 5 se observa en cuanto a las opciones “Frecuentemente” y “Muy frecuentemente” para la conducta alimentaria compulsiva, que los hombres no cometen este tipo de conducta. Por otra parte los jóvenes con obesidad “Frecuentemente” se preocupan por el peso y la comida (14.3%). Con respecto a la conducta alimentaria normal los adolescentes con peso normal y sobrepeso son los

que menos efectúan esta práctica (71.3% y 73.3%). Además los jóvenes con peso normal (4.5%) “Frecuentemente” llevan a cabo alguna conducta alimentaria de compensación psicológica. De igual modo como en la conducta alimentaria compulsiva los jóvenes no realizan ningún tipo de dieta crónica y restrictiva.

8.6 CORRELACIÓN DE PEARSON

Se realizó un análisis de correlación de Pearson que permite determinar la fuerza de asociación entre dos variables, así como la dirección que toman éstas.

Tabla 6 Matriz de Correlación: Muestra General

VARIABLES	CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA	DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA
PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	0.354**			
CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL		0.280**		
CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA	0.517**	0.289**		
DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA	0.424**	0,543**	0.300**	
IMC-P	0.108*	0.130*		0.135*

*Correlación significativa a nivel de confianza 0.05

**Correlación significativa a nivel de confianza 0.01

De acuerdo a los valores (ver tabla 6), encontramos que las correlaciones significativas, se sitúan entre: dieta crónica y restrictiva y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.543$; $p < 0.01$); conducta alimentaria compulsiva y la conducta de compensación psicológica ($r = 0.517$; $p < 0.01$).

Aunque un poco menores pero igualmente significativas se encuentra la conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica y restrictiva ($r = 0.424$; $p < 0.01$); conducta alimentaria compulsiva y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.354$; $p < 0.01$); dieta crónica y restrictiva y conducta de compensación psicológica ($r = 0.300$; $p < 0.01$), así también demuestran tener una muy baja asociación, pero significativa entre los factores conducta de compensación psicológica y preocupación por el peso y la comida ($r = 0.289$; $p < 0.01$) y la conducta alimentaria normal y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.280$; $p < 0.01$), el Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) y la dieta crónica y restrictiva ($r = 0.135$; $p < 0.05$).

8.6.1 Correlación de Pearson: Mujeres

Entre los valores más significativos se encontró (ver tabla 7) una buena asociación entre: dieta crónica y restrictiva y preocupación por el peso y la comida ($r = 0.608$; $p < 0.01$) y entre la conducta de compensación psicológica y la conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.597$; $p < 0.01$).

Nuevamente aunque menores pero significativas está la dieta crónica y restrictiva y conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.412$; $p < 0.01$); también aunque en menor grado lo es con la preocupación por el peso y la comida y la conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.396$; $p < 0.01$), conducta de compensación psicológica y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.385$; $p < 0.01$); dieta crónica y restrictiva y la conducta de compensación psicológica ($r = 0.355$; $p < 0.01$), Finalmente mostraron correlaciones muy bajas aunque significativas la conducta alimentaria normal y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.276$; $p < 0.01$) y el IMC-P y la dieta crónica y restrictiva ($r = 0.134$; $p > 0.05$).

Tabla 7 Matriz de Correlación de Pearson: Mujeres

VARIABLES	CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA	DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA
PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	0.396**			
CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL		0.276**		
CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA	0.597**	0.385**		
DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA	0.412**	0,608**	0.355**	
IMC-P		0.133*		0.134*

*Correlación significativa a nivel de confianza 0.05

**Correlación significativa a nivel de confianza 0.01

8.6.2 Correlación de Pearson: Hombres

De acuerdo a los valores que se encontraron en la correlación (ver tabla 8), el resultado moderado y significativo se encontró entre dieta crónica y restrictiva y conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.512$; $p < 0.01$). Con una asociación muy baja pero significativa esta entre la conducta de compensación psicológica y la conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.277$; $p < 0.01$), así como la conducta alimentaria normal y preocupación por el peso y la comida ($r = 0.251$; $p < 0.01$), IMC-P y el factor dieta crónica y restrictiva ($r = 0.230$; $p < 0.05$).

Tabla 8 Matriz de Correlación de Pearson: Hombres

VARIABLES	CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA
CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL		0.251**	
CONDUCTA DE COMPENSACIÓN PSICOLÓGICA	0.277**		
DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA	0.512**		
IMC-P			0.230*

*Correlación significativa a nivel de confianza 0.05

**Correlación significativa a nivel de confianza 0.01

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados expuestos se observó que el 60% de los sujetos del Instituto de Ciencias de la Salud se encontró en la categoría de peso normal, del cual el 33% corresponde a los hombres y el 67% a las mujeres, siendo estos porcentajes los más altos. Así mismo el porcentaje para sobrepeso y obesidad son el 25% y 6%, respectivamente, y de estos el 28% de los hombres y el 24% de las mujeres tiene sobrepeso, y con porcentajes similares (H = 6% y M = 5%) se encontraron en la categoría de obesidad. Estos datos semejantes a los encontrados en la Encuesta de Salud y Nutrición (2006) (ENSANUT) [12] para la categoría de sobrepeso, tanto en mujeres (23.3%) como en hombres (21.2%). Con respecto a la categoría de obesidad, estos datos fueron superiores para ambos sexos (Mujeres =10.3% y Hombres =10%). Es importante mencionar que los porcentajes para desnutrición y peso bajo corresponde un 8.6%, el cual para la categoría de desnutrición solo las mujeres se encontraron en esta clasificación con el 0.9%, y para la categoría de peso bajo los hombres y mujeres se encontraron en un porcentaje del 5% y 9%.

Con relación al Índice de Riesgo Nutricional (IRN) es importante mencionar que el 3.8% de los jóvenes con bajo peso vivía en un municipio que de acuerdo al estado nutricional está clasificado en riesgo extremo, y con porcentajes similares (7.7% y 6.5%) los adolescentes con bajo peso y normal, radicaron en municipios con riesgo muy alto, esto deja ver que para estas personas es más difícil disponer de la mayoría de alimentos en estos lugares, y probablemente sea por la situación económica en que se encuentran o por la lejanía de un lugar a otro para conseguir los víveres. En contraparte con porcentajes altos (15.8% y 21.1%) los jóvenes con obesidad vivían en partes del estado con alto y moderado riesgo, la explicación a esto es que, posiblemente hay más mercados o comercios que suministran más diversidad de alimentos, o también que su costumbre al preparar los alimentos sea con mucha grasa (manteca). Por otro lado el 66.7% de los jóvenes que residen en municipios en donde el IRN es bajo, se encontraron en la categoría de sobrepeso, esto revela que

seguramente hay más tiendas de autoservicio, supermercados, etc; donde los alimentos están al alcance de la gente (36,37).

Para la presente investigación los resultados muestran una distribución promedio del 16% para las conductas de riesgo investigadas en los alumnos de primer ingreso. Este porcentaje es similar al encontrado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) [12], que fue del 18.3%. Tratando de hacer una comparación de las conductas alimentarias de riesgo de la muestra estudiada y haciendo un análisis de lo obtenido en la ENSANUT se encuentra que: para la Conducta Alimentaria Compulsiva y la Preocupación por el Peso y la Comida de acuerdo a las opciones frecuentemente y muy frecuentemente, el 4.5% de la población la realizan. Estos datos son inferiores al encontrado nuevamente en la ENSANUT (12), que es del 18.3%. En un porcentaje mayor (64%) los adolescentes no llevan a cabo una alimentación adecuada, ya que es en esta etapa donde se dificulta tener buenos hábitos alimentarios, dando pie a que el hombre no tenga una buena costumbre al comer en comparación a la mujer (2, 5). En lo referente al Comer por Compensación Psicológica el 2.3% de los sujetos la practican y por último para la Dieta Crónica y Restrictiva el 2.5% de los adolescentes la llevan a cabo. De acuerdo a esta última conducta, este porcentaje es menor al reportado en la ENSANUT (12), que es del 3.2%.

Analizando las conductas antes mencionadas pero ahora por sexos se encontró que las mujeres frecuentemente y muy frecuentemente son las que realizan en un 6.3% la Conducta Alimentaria Compulsiva, y la Preocupación por el Peso y la Comida. Y con respecto a las opciones a veces y frecuentemente (19%) los hombres mencionaron haber efectuado estas prácticas. Estos datos son inferiores para las mujeres y superiores para los hombres a lo encontrado en la ENSANUT (12), ya que el 21.9% corresponde a las mujeres y el 14.8% para los hombres. Esto nos lleva a que los jóvenes de hoy día, sobre todo en las adolescentes, son comunes la falta de satisfacción con el peso corporal, el temor a estar “gordita” y todo esto las encamina

a que se preocupen por llevar una dieta, y conseguir el cuerpo ideal que muchas veces son influenciados por la sociedad o los medios de comunicación (9, 2). En contraparte para la Conducta Alimentaria Normal son los hombres, quienes no llevan a cabo una alimentación correcta, en comparación a las mujeres (70% vs 61%). Para la Conducta de Compensación Psicológica son nuevamente los hombres quienes realizan más ésta que las mujeres (3% vs 2.5%). Al respecto los jóvenes no toman tanta importancia a lo que es una correcta alimentación, dando pie a que se la pasen ingiriendo otro tipo de alimentos que no cubrirán sus necesidades nutricias, ocasionando de esta manera malnutrición como: desnutrición, sobrepeso e incluso obesidad (3, 5). Y por último solo un 2.5% de las mujeres efectúan dietas restringidas con frecuencia, mientras que los hombres “A veces” con el 6% llevan a cabo este tipo de práctica. Este porcentaje es muy inferior al reportado por Gómez Pérez Mitre y colaboradores (22), en adolescentes de la Ciudad de México, ya que el 50% de las mujeres y el 33% de los hombres respondieron afirmativamente que llevan a cabo este tipo de conducta.

De acuerdo a la distribución del IMC-P y las conductas de riesgo, los sujetos que se encuentran en las categorías de “Normalidad” (1.5%) y “Sobrepeso” (1.2%) realizan más la Conducta Alimentaria Compulsiva; para la Preocupación por el Peso y la Comida el mayor porcentaje (10%) lo presentan los sujetos con “Obesidad”. Con respecto a la Conducta Alimentaria Normal los sujetos con “Sobrepeso” no llevan a cabo ésta, siendo este el porcentaje más alto. En cuanto a la Conducta de Compensación Psicológica y la Dieta Restringida el 5.3% de los jóvenes con “obesidad”, “Frecuentemente” efectúan esta práctica.

Analizando el comportamiento de cada una de las conductas de riesgo de acuerdo a las categorías del IMC-P por sexos los datos expuestos para la conducta alimentaria compulsiva, reflejan que solo las mujeres son quienes presentan esta conducta de riesgo y de éstas las que tienen sobrepeso la practican con mayor frecuencia. También se observó que son los hombres con obesidad los que se

preocupan más por el peso en comparación a las mujeres en la misma categoría (14.3% vs 8.3%). Con respecto a esta conducta, los hombres con obesidad mostraron porcentajes similares y para las mujeres –en la misma categoría- mucho más bajos (11.1% y 28.3% respectivamente), de acuerdo a lo reportado por Unikel, Saucedo-Molina y colaboradores (2002) (6). Con relación a la conducta alimentaria normal son los hombres quienes en mayor proporción no realizan una alimentación adecuada en comparación a las mujeres, y son los jóvenes con peso normal y sobrepeso (71.3% y 73.3%) los que no llevan a cabo una alimentación normal. Por otra parte aunque los hombres en comparación a las mujeres realizan más la conducta de compensación psicológica con frecuencia son las mujeres con obesidad las que llevan a cabo esta conducta (8.3%). Se encontró igualmente para la dieta crónica y restrictiva, que es considerada como un antecedente directo para el desarrollo de los trastornos alimentarios, que las mujeres (2.5%), están siguiendo dietas, al respecto se aprecia que las jóvenes en la categoría de sobrepeso y obesidad llevan a cabo ésta conducta con un porcentaje de 5.3% y 8.3% respectivamente, mientras que en las jóvenes con peso normal apenas se observó un 3.8%. Aunque el porcentaje para esta conducta no es alto, se debe prestar atención para evitar que aumente la cifra de los adolescentes que la llevan a cabo.

Por último, al establecer la relación que existe entre los diferentes factores y el IMC-P se observó, solo para las mujeres que existe una relación directa y positiva entre la dieta crónica y restrictiva y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.608$; $p < 0.01$), lo cual implica que las jóvenes se la pasan muriéndose de hambre, ya que constantemente hacen dietas o pertenecen al club de las que para mantener el peso se saltan las comidas, y que esta conducta está relacionada con una mayor preocupación por engordar, así como un miedo al consumo de los alimentos considerados engordadores, por temor a subir de peso. También aunque en menor grado las jóvenes mostraron una asociación con la preocupación por el peso y la comida y la conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.396$; $p < 0.01$) tocante a esto las jóvenes evitan la tortilla y el pan para mantenerse delgadas, o se preocupan mucho

por la comida, ya que temen engordar, o sienten que no pueden parar de comer. Del mismo modo se observó una asociación para la conducta de compensación psicológica y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.385$; $p < 0.01$), exclusivamente en las mujeres, ya que la explicación a este respecto sería que al sorprenderse pensando en la comida, las jóvenes evitan harinas o pastas con el objetivo de no subir de peso. Por otra parte se encontró una relación para las mujeres ($r = 0.355$; $p < 0.01$), entre la dieta crónica y restrictiva y la conducta de compensación psicológica, de acuerdo a esto, las jovencitas prefieren la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno o siempre que están a dieta la rompen y vuelven a empezar, del mismo modo, se sorprenden pensando en la comida, o sienten que la comida las tranquiliza.

Con respecto a los factores conducta de compensación psicológica y la conducta alimentaria compulsiva hay una mayor asociación en las mujeres que en los hombres ($r = 0.597$; $p < 0.01$ y $r = 0.277$; $p < 0.01$). Esto puede interpretarse que, si la joven cuando come se tranquiliza, o creen que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión. A diferencia de lo antes mencionado se encontró una mayor asociación para los hombres en comparación a las mujeres entre la dieta crónica y restrictiva, y la conducta alimentaria compulsiva ($r = 0.512$; $p < 0.01$ y $r = 0.412$; $p < 0.01$), al respecto los adolescentes, les gusta sentir el estómago vacío, o se la pasan muriéndose de hambre ya que constantemente hacen dietas, pero una vez que empiezan a comer nadie los detiene, o comen sin medida. De lo anterior se puede mencionar que los hombres, aunque comen más que las mujeres, el deseo de tener un cuerpo más atlético (más músculos y menos grasa), actualmente influenciados por la sociedad y los medios de comunicación, los ha llevado a que realicen dietas con el fin de tener una figura que para ellos es la adecuada, poniendo muchas veces en riesgo su propia salud (9).

10. CONCLUSIONES

Al examinar los resultados obtenidos en la presente investigación, acerca de la distribución de las conductas alimentarias de riesgo y su relación con el IMC-P, dejan ver que los jóvenes del Instituto de Ciencias de la Salud, no están exentos a la presencia de dichas conductas de riesgo, siendo el sexo femenino el más vulnerable; en general se observó, que a mayor IMC mayores son las conductas alimentarias de riesgo, lo que coincide con lo encontrado por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002) (6). Uno de los factores de riesgo encontrado en un porcentaje importante fue la preocupación por el peso y la comida, ya que las mujeres manifestaron con mayor frecuencia ésta práctica que los hombres (4.5% vs 2%). Además de modo interesante los varones con obesidad, son los que están más preocupados por su peso en comparación a las mujeres en la misma categoría (14.3% vs 8.3%). Esto demuestra que aún los hombres, tienen sentimientos negativos hacia el sobrepeso y la obesidad, dando pie a que sea fácil seguir patrones alimentarios rigurosos con la finalidad de controlar el peso poniendo en riesgo su salud (19). Así mismo puede observarse que más hombres en comparación a las mujeres que se encontraron en la categoría de peso normal y sobrepeso (71.3%; y 73.3%; 60.9% 68.6%), no llevan a cabo una conducta alimentaria normal, probablemente porque los hombres no se preocupan mucho por lo que comen, ingiriendo más alimento en comparación a la mujer. Esto es porque el varón forma más músculo y menos grasa, por lo que la demanda de energía es mayor (5). Lo mismo sucede con la conducta de compensación psicológica, aunque más hombres que mujeres (3% vs 2.5%), son los que llevan a cabo esta práctica, cabe señalar que son las mujeres con obesidad quienes con más frecuencia efectúan esta práctica (8.3%). En cuanto a la dieta crónica y restrictiva, en especial para las mujeres no se encontraron porcentajes muy altos, ya que el porcentaje que se registró fue del 2.5%; sin embargo es importante observar, que para las jóvenes, actualmente este tipo de conductas las estén llevando como un estilo normal de alimentarse (6).

De acuerdo al Índice de Riesgo Nutricional (IRN), se pudo notar que: a menor IRN mayor es el Índice de Masa Corporal (IMC), esto es porque la disponibilidad de alimentos en zonas con riesgo extremo o muy alto es más difícil, a comparación de las zonas con riesgo alto, medio o bajo, en donde los alimentos están más a su alcance, debido a esto sería importante localizar a estos jóvenes que se encuentran viviendo en ciertas zonas de riesgo, y mediante pláticas u orientación alimentaria, evitar que éstos jóvenes se encuentren en un mal estado de nutrición (36,37).

Con respecto a la relación entre cada uno de los factores, se encontró que los jóvenes, principalmente las mujeres, realizan alguna dieta restrictiva, esto probablemente influenciado por la sociedad que les exige tener un cuerpo que corresponda a los estereotipos ideales y por lo tanto se ven obligadas a mantener o disminuir el peso corporal (6). De igual forma se encontró una asociación positiva moderada para las mujeres y para los hombres entre la conducta de compensación psicológica y la conducta alimentaria compulsiva. Esto significa que lo (a) s jóvenes cuando comen se tranquilizan, o creen que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión, esto provoca que una vez que empiecen a comer difícilmente se puedan detener.

Como puede observarse, existen factores que pueden desencadenar ciertas conductas alimentarias en la población estudiantil del Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca, y aunque esto no indica que los adolescentes tengan un problema alimentario, si da pie a que sean más susceptibles a desarrollar algún trastorno, debido a esto es importante que se realicen más programas de prevención que aminoren la presencia de estas conductas alimentarias de riesgo.

11. RECOMENDACIONES

- De acuerdo con el presente estudio se debe destacar, que aunque no es la primera investigación que aborda las conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente de Pachuca, es necesario que se realicen más investigaciones que ofrezcan un panorama más amplio de dicha problemática y que contribuyan a que se de un conocimiento más completo de la misma.
- Aunque los datos muestran tendencias a desarrollar dichas conductas de riesgo para este grupo, se recomienda hacer programas de prevención primaria con la finalidad de disminuir, pero sobre todo evitar que estos porcentajes aumenten. Las temáticas de dichos programas pueden ser sobre orientación alimentaria resaltando aspectos en: alimentación durante la adolescencia; preocupación en la adolescencia por el peso y la comida; consecuencias de una conducta restringida, así como el comer compulsivamente.
- También es importante que dentro de esta temática se tome en cuenta el ambiente en el cual se desarrollan los jóvenes, así como los distintos contextos y situaciones que influyen en su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Beal A. V. 1999. Pubertad y Adolescencia. En: *Nutrición en el Ciclo de la Vida*. Quinta reimpresión. (ed) Beal A. V. Limusa, México D. F. pp: 345 - 403.
- 2.-Morales M., y Casanueva E. 2001. Nutrición en el adolescente. En: *Nutriología Médica*. 2da. Edición. (ed) Casanueva E., Kaufer-Horwitz M. Pérez-Lizaur A., Arroyo P. Médica Panamericana. México D. F. pp: 89 - 99.
- 3.- Mitchell R. J. 2000. Nutrición en la Adolescencia. En: *Nutrición y Dietética de Krause*. 9na. Edición. (ed) Katheen Mahan K., Escott-Stump S. Mc-Graw Hill Interamericana. México D. F pp: 281 - 291.
- 4.- Martínez y Martínez R. 1996. La Salud del Niño y el Adolescente. En: *Federación de Pediatría Centro-Occidente de México*. JGH Masson-Salvat. pp: 1119 - 1147.
- 5.- P. Herald. F., y J. Gong, E. 2000. Dieta, Nutrición y Adolescencia. En: *Nutrición en Salud y Enfermedad*. Vol. I. (ed) E. Shils. M., A. Olson J., Moshe Shike A., Ross C. Mc Graw-Hill Interamericana. México D. F. pp: 985 - 994.
- 6.- Unikel, C., Saucedo-Molina T., Vllatoro, J., Fleiz C. 2002. Conductas Alimentarias y Distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13-18 años. *Salud Mental*. 25: 49 - 56.
- 7.- Saucedo-Molina, T. 1999. Nutrición y Alimentación en el Adolescente. En: *Alimentación en el primer año; nutrición y alimentación del preescolar; del escolar; del adolescente*. pp: 55 - 75.

- 8.- Lora, C. 2003. Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres adultas de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de: Licenciado en Nutrición. México D. F. Escuela de Dietética y Nutrición.
- 9.- Gómez-Pérez- Mitré, G. Saucedo-Molina, T. y Unikel, S. 2001. Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En: *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. 1° Edición. (ed) Gómez-Péresmitré, G. Saucedo-Molina, T. y Unikel, S. Fondo de Cultura Económica, México D. F. pp: 267 - 306.
- 10.- Unikel, S. C., Bojórquez C. L, Villatoro. Y cols. 2006. Conductas Alimentarias de Riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev. Inv Clin*. 58: 15-27
- 11.- Unikel, C., Bojórquez C. L., Carreño-García, S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*. 46: 509-515.
- 12.- Dirección: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
Acceso: 17/03/2007
- 13.- DSM-IV-R 2001. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson. México D. F. pp: 553-564.
- 14.- García C. E. 2002. Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: *Psiquiatría Médica. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. 1° Edición. (ed) García C. E. Masson, Madrid-España. p.p: 3 – 27.

- 15.- Pelaez F. M., Labrador E. F., Raich E. R. 2006. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. 1 Edición. (ed) Mancilla D., Gómez P. G. Manual Moderno. México D.F. p.p:89–118.
- 16.-Rodriguez M. M, Gempeler R. J., 2006. Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. 1 Edición. (ed) Mancilla D., Gómez P. G. Manual Moderno. México D.F. p.p:43-53.
- 17.- Aguirre C. M., López C. C., Béhar A. R., Cordella M. P., Urrutia F. L., 2006. Estado Actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. 1 Edición. (ed) Mancilla D., Gómez P. G. Manual Moderno. México D.F.p.p:57-84.
- 18.- Vivas E., Luigli Z. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en Venezuela. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. 1 Edición. (ed) Mancilla D., Gómez P. G. Manual Moderno. México D.F. p.p:73-198.
- 19.- Mancilla D. J., Gómez –Péresmitré G., Álvarez R, G. *et. al.* 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. 1 Edición. (ed) Mancilla D., Gómez P. G. Manual Moderno. México D. F. p.p: 123 – 157.
- 20.- Colimón. K.M. 1990. Enfoque epidemiológico de riesgo. En: *Fundamentos de Epidemiología*. 1ª Edición. (ed) Colimón. K. M. Díaz de Santos. Madrid, España. p.p: 169-182.
- 21.-López M. J., Salles. T. N. 2006. Prevención y coeducación. En: *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en los valores para la prevención de los trastornos*

del comportamiento alimentario. 1 Edición. (ed) López M. J., Salles. T. N, Naullibres. Valencia. España. p.p: 107 – 159.

22.- Gómez-Pérez-Mitré, G., Alvarado H. G., Moreno E. L., Saloma G. S., Pineda G. G. 2001. Trastornos de la Alimentación. Factores de Riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 18: 313 - 324.

23.- Gómez Perez-Mitré., y Acosta, G. 2002. Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. *Clínica y Salud*. pp: 37 - 57.

24.- Unikel, S, C., Villatoro V., Medina-Mora, M. y cols. 2000. Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. Datos en Población Estudiantil del Distrito Federal. *Investigación Clínica*. 52: 140 - 147.

25.- Secretaría de Educación Pública (SEP). 2000. Consideraciones sobre la sexualidad. En: Sexualidad Infantil y Juvenil. Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica. Secretaría de Educación Pública (SEP). (ed) C. Secretario de Educación Pública. México D. F. p.p: 11-21.

26.- Peláez M. L., Torre, P., Ysunza O. A. 1993. Procedimiento para la toma de medidas antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán (INNSZ), Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC). (ed) Peláez M. L., Torre, P., Ysunza O. A. México D. F. p.p: 29 – 39.

27.- Lucena. C. N. 2003. Diccionario Enciclopédico: El Pequeño Larousse Ilustrado. SEP/Ediciones Larousse. (ed). Lucena. C. N. y cols. México D. F. p.p: 252.

- 28.- Saucedo-Molina, T. 2003. Modelos Predictivos de dieta restringida en Púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis para obtener el grado de: Doctor en Psicología. México D. F. UNAM.
- 29.- Unikel S. C. 1998. Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis para obtener el grado de maestría en Psicología Clínica. México D. F. UNAM.
- 30.- Acosta G. V. 2000. Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria: una investigación transcultural entre España y México. Tesis Doctoral. Universidad de Almería, España.
- 31.- Gómez Perez-Mitré., y Ávila, A. E. 1998. ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*. 6: 37 - 46.
- 32.- Huon G. F. y Strong, G. 1998. The initiation and the maintenance of dieting: Structural Models for Large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*. 23: 361 - 362.
- 33.- Gómez Perez-Mitré. 2000. Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria prevención primaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios. IN-305599 (PAPH) UNAM. 34507-H (CONACyT). México. D. F.
- 34.- Ávila R. H., Tejero-Barrera, E. 2000. Evaluación del estado de Nutrición. En: *Nutriología Médica*. (ed) Casanueva E., Kaufer-Horwitz M. Pérez-Lizaur A., Arroyo P. Médica Panamericana. México D. F. pp: 559 - 668.
- 35.- National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts. United States (2000).

36.- Dirección: <http://www.jornada.unam.mx/2005/06/26/mas-daniela.html>

Acceso:17/03/2007.

37.-Dirección: <http://www.slan.org.mx/docs/irnm.pdf>

Acceso: 17/03/2007.

38.- Martínez G. M., De Irala E. J., López A. I. 2001. Correlación y regresión. En: *Bioestadística Amigable*. 1ª Edición. (ed) Martínez G. M., De Irala E. J., Fajardo F. Díaz de Santos, Madrid España. pp: 383 – 388.

ANEXOS

ANEXO 1

VERSIÓN MUJERES

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO
AREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XX(P)**

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

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

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

GRACIAS

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

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

NºIdentificación					
------------------	--	--	--	--	--

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten de su propio cuerpo.

No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Esta investigación se realiza simultáneamente en **países y culturas muy diferentes**.

Por tanto, existen algunas preguntas que puedan parecerte extrañas o tener un poco de sentido para ti. En este caso, te agradeceremos que rodees el número al que pertenece esa pregunta con un círculo (O) y que trates de contestarla lo mejor posible.

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 la 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 los que se hartan (se llenan de comida) | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 9. Ingiero bebidas o 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 alimentarios | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de los 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 nadie me detiene | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar) | (A) (B) (C) (D) (E) |

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
--------------------------	----------------------------	--	---	----------------------------

- | | |
|---|---------------------|
| 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 lo que la mayoría de la gente come | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 28. No soy conciente (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 incrementa | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 34. Siento que mi forma de comer se sale mi control | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 37. Me sorprende pensando en la comida | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 38. Suelo comer masivamente (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

FORAMENTO DE LA CAL
ACCIONARIA

VERSIÓN HOMBRES

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO
AREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XY(P)**

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

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

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

GRACIAS

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

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

NºIdentificación					
------------------	--	--	--	--	--

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten de su propio cuerpo.

No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Esta investigación se realiza simultáneamente en **países y culturas muy diferentes**.

Por tanto, existen algunas preguntas que puedan parecerse extrañas o tener un poco de sentido para ti. En este caso, te agradeceremos que rodees el número al que pertenece esa pregunta con un círculo (O) y que trates de contestarla lo mejor posible.

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 la 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 los que se hartan (se llenan de comida) | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 9. Ingiero bebidas o 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 alimentarios | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de los 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 nadie me detiene | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar) | (A) (B) (C) (D) (E) |

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
--------------------------	----------------------------	--	---	----------------------------

- | | |
|---|---------------------|
| 23. No como aunque tenga hambre | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos engordadores | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 25. Procuro estar al día antes de consumir alimentos engordadores | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 28. No soy conciente (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 incrementa | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 34. Siento que mi forma de comer se sale mi control | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 37. Me sorprende pensando en la comida | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 38. Suelo comer masivamente (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 lleno | (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 3

TÉCNICAS DE MEDICIÓN

Longitud/ estatura:

En niños mayores de un metro, jóvenes y adultos, la medición se realiza con un estadímetro.

1. Con el sujeto de pie y sin zapatos y adornos en la cabeza que dificulten la medición.
2. antes de tomar la lectura el observador debe cerciorarse que el individuo mantenga la posición de firmes, de modo que los talones estén unidos a los ejes longitudinales de ambos pies y formen entre sí un ángulo de 45 grados.
3. Los brazos deben colgar libre y naturalmente a lo largo del cuerpo, la cabeza debe mantenerse de manera que el plano de Frankfort se conserve horizontal.
4. El observador solicitará al sujeto que contraiga los glúteos y estando frente a él, colocará ambas manos sobre el borde inferior del maxilar inferior del explorado, ejerciendo una mínima tracción hacia arriba, como si deseara estirarle el cuello (maniobra de tañer).

Peso (Kg.):

1. La báscula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme.
2. Antes de iniciar las mediciones se comprobará su buen funcionamiento, empleando para ello un juego de pesas previamente taradas.
3. Las pesadas se deben realizar teniendo al sujeto con el mínimo de ropa (descontando el peso de la ropa utilizada) y después de haber evacuado y vaciado la vejiga, de preferencia en ayuno.
4. Se debe cuidar que los pies del sujeto ocupen la posición central y simétrica en la plataforma de la báscula.