

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS  
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN  
ADOLESCENTES”**

**Tesis para obtener el grado de la:  
Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas**

**Presenta:  
CRISTHEL LÓPEZ OSORIO**

**Directora:  
DRA. MIRIAN CAROLINA MARTÍNEZ LÓPEZ**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Octubre 2019**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



Of. No. 0596/DACS/JAEP  
02 de octubre de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Cristhel López Osorio**  
Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Jorge Luis Blé Castillo, M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego, Dra. Isela Esther Juárez Rojop, Dra. Mirian Carolina Martínez López y la Da. Alejandra Anlehu Tello, impresión de la tesis titulada: **"HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas, Donde funge como Directora de Tesis la Dra. Mirian Carolina Martínez López.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- Dra. Mirian Carolina Martínez López.- Directora de Tesis  
C.c.p.- Dr. Jorge Luis Blé Castillo.- sinodal  
C.c.p.- M. en C. Crystell guadalupe Guzman Priego.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. Isela Esther Juárez Rojop.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. Mirian Carolina Martínez López.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. Alejandra Anlehu Tello.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:30 horas del día 09 del mes de septiembre de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

Presentada por el alumno (a):

López	Osorio	Cristhel
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	0	2	E	1	9	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

**Maestro en Ciencias en Básicas Biomédicas**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**COMITÉ SINODAL**

\_\_\_\_\_  
Dra. Mirian Carolina Martínez López  
Directora de Tesis

\_\_\_\_\_  
Dr. Jorge Luis Blé Castillo

\_\_\_\_\_  
M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

\_\_\_\_\_  
Dra. Isela Esther Juárez Rojop

\_\_\_\_\_  
Dra. Mirian Carolina Martínez López

\_\_\_\_\_  
Dra. Alejandra Anichu Tello

C.c.p.- Archivo  
DC\*MCML/MO\*MACA/lkrd\*



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 09 del mes de septiembre del año 2019, el que suscribe, Cristhel López Osorio, alumna del programa de la Maestría en Ciencias Biomédicas, con número de matrícula 102E19009 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES"**, bajo la Dirección de la Dra. Miriam Carolina Martínez López, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [crislo55@hotmail.com](mailto:crislo55@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

*Cristhel Cristhel López Osorio*

Cristhel López Osorio

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco  
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

## RESUMEN

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son acciones ejecutadas por personas en búsqueda de una apariencia delgada y esbelta. Las CAR más frecuentes son: comer compulsivamente, sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restrictivas, ayunos prolongados, vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, ejercicio físico en exceso, entre otros. El presente estudio se realizó en 142 adolescentes de una escuela preparatoria en edades entre 14 y 18 años. Para identificar los hábitos alimentarios de la población se aplicó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos y se observó que el grupo de alimentos más consumidos son los de origen animal 83%. Se aplicó también un recordatorio de 24 horas con el cual se identificó que la población consume en promedio 1423kcal/día. Para determinar CAR se aplicó el test EAT-26 y el 21.11% de la población presenta factores de riesgo para TCA. Finalmente para asociar los hábitos de alimentación con las conductas alimentarias de riesgo se realizó una comparación de frecuencias entre la población con riesgo y sin riesgo de TCA y los grupos de alimentos consumidos en el cual se encontró una asociación con la CAR no tener control al momento de ingerir los alimentos y el consumo de frutas y bebidas azucaradas.

## GLOSARIO

**Adolescencia:** Etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga de acuerdo al tiempo que demanda cada joven en la realización de determinadas tareas permitiéndole alcanzar la autonomía suficiente y poder hacerse responsable de su propia vida.

**Anorexia Nerviosa:** Tipo de trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la falta de ingestión de alimentos de manera voluntaria, siendo motivada por la preocupación de ganancia de peso o no poder reducirlo.

**Bulimia Nerviosa:** Tipo de trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por atracones de alimentos de manera recurrente ingiriendo grandes cantidades de estos, seguido por una sensación inmensa de culpa, buscando como remedio acciones compensatorias como vómito autoinducido, abuso de diuréticos y laxantes.

**Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR):** Acciones ejecutadas por personas que padecen de algún tipo de TCA quienes buscan una apariencia delgada y esbelta.

**Comedor Compulsivo:** Tipo de trastorno alimenticio no tan común como la anorexia y bulimia, se presentan signos de atracones parecidos al de bulimia pero sin gran sensación de culpa y sin recurrir a acciones compensatorias, los pacientes se perciben delgados pero cuentan con cierto sobrepeso u obesidad.

**Eating Attitudes Test-26 (EAT-26):** Considerado como la prueba más estandarizada para la valoración y detección de TCA identificando signos y preocupaciones características de un TCA enfocado hacia adolescentes.

**ENSANUT** (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición): Instrumento de estudio probabilístico realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud de México

**Hábitos Alimentarios:** Conjunto de acciones que son adquiridas a lo largo de la vida y que influyen directamente en la alimentación; están conformados por costumbres, actitudes y formas de comportamiento frente a la alimentación.

**Índice de Masa Corporal (IMC):** Medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo donde la masa se expresa en kilogramos y la talla en metros cuadrados para obtener como resultado el estado nutricional de una persona.

**Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA):** Enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan a través de la alimentación; prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
1.	Historia y contexto actual de las conductas alimentarias de riesgo. ....	3
2.	Trastornos de la Conducta Alimentaria. ....	4
2.1.	Características Clínicas. ....	6
2.1.1	Anorexia Nerviosa.....	6
2.1.2	Bulimia Nerviosa. ....	7
2.2.	Etiología.....	7
2.2.1	Modelo Multifactorial. ....	8
2.2.2	Modelo Transdiagnóstico. ....	8
2.2.3	Modelo del Continuo.....	9
3.	Factores de riesgo para la alteración de las conductas alimentarias. ....	10
3.1	Factores Individuales. ....	10
3.2	Factores Psicosociales.....	11
3.3	Factores Socioculturales.....	12
4.	Conductas Alimentarias de Riesgo.....	12
5.	De la Conducta Alimentaria de Riesgo al Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	14
6.	Instrumentos para la Evaluación de TCA y CAR.....	16
III.	JUSTIFICACION .....	20
IV.	HIPÓTESIS .....	21
V.	OBJETIVOS .....	22
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
VII.	RESULTADOS .....	26
VIII.	DISCUSIÓN.....	33
IX.	CONCLUSIONES.....	36
X.	BIBLIOGRAFÍA.....	38



## I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los desórdenes alimentarios se dividen en tres categorías diagnósticas: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y trastornos alimenticios no especificados (Madruga 2010) y (Vázquez 2000).

La AN es una enfermedad propia de una distorsión de la imagen corporal, por lo cual la persona se percibe a sí misma con un mayor peso del que en realidad tiene y existe un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria; se altera la piel, la digestión y el sueño; el estado anímico se vuelve depresivo; hay aislamiento social. (Muñoz y Argente, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002). Las personas con este cuadro adelgazan al punto de la inanición, perdiendo por lo menos de entre 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal (Gurenlian, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002).

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas (por ejemplo, provocación del vómito o utilización de laxantes y/o diuréticos), con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva, como en el caso de la anorexia nerviosa, por su imagen corporal (American Psychiatric Association, 1994; Fernández Aranda y Turón, 1998). Los trastornos alimenticios no especificados (TANE) se definen por la presencia incompleta de los criterios diagnósticos de AN y BN.

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son manifestaciones similares a los TCA pero se dan con menor frecuencia e intensidad. Según la teoría del continuo propuesta por Nylander en 1971, las CAR se encuentran en la parte intermedia de dicho continuo: en un extremo está la conducta alimentaria normal y en el otro los TCA. Las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido y

práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Desde esta perspectiva, las personas con alimentación restringida o “dietantes crónicos” presentan un menor grado de psicopatología que quienes padecen TCA, pues comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## II. ANTECEDENTES

### 1. Historia y contexto actual de las conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias desordenadas han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, las primeras manifestaciones de TCA datan del siglo IX, el monje de Baviera, Alemania, contaba la historia de una joven llamada Friderada quien tras períodos de apetito voraz rechazaba los alimentos sólidos y vomitaba los productos lácteos que consumía, al poco tiempo de esto, Friderada dejó de comer por completo, un día llegó al santuario de Santa Walpurgis donde se relata que milagrosamente se curó de una “extraña enfermedad.”

Dos siglos después (siglo XI) en la cultura árabe, Avicena médico, filósofo y científico; describe a la Anorexia como parte de un cuadro depresivo en un joven príncipe de nombre Hamadham quien se negaba a comer siendo preso de una melancolía.

Posteriormente en el siglo XVI aparecen las primeras referencias de términos clínicos sobre los TCA, en esa época comienzan a aparecer datos sobre personas con presencia de una significativa inanición, conductas restrictivas con la alimentación vistas como anómalas y socialmente alteradas; la existencia de estos pacientes y sus motivos sembraba curiosidad en el público ante la posibilidad de que existieran personas que pudieran sobrevivir sin alimentarse por largos períodos de tiempo. (Tobal, Díaz, y Arce, L., 2003)

Los inicios de AN y BN como es conocida hoy en día, comenzaron a partir de los años 40's definida por diversos especialistas en psiquiatría como trastornos “extraños”. (Llanugo, M.M. 2010) Uno de los primeros casos descritos sobre AN data del año 1667, Marthe Taylor, una joven de Derbyshire, Reino Unido presentó un cuadro de inanición autoprovocado iniciándolo a sus 11 años de edad cuando presentó una parálisis tras una caída; esta parálisis vino acompañada de melancolía y delirios; más tarde, Marthe presentó amenorrea, restringió su alimentación y vomitaba todo lo poco que comía. Un año después en 1689 el Dr.

Richard Morton realiza la primera redacción de la anorexia nerviosa en su libro: *Phthysiologia, Exercitationes de phthisis*. (Tobal, M. et al. 2003)

La BN es mucho más reciente; las primeras referencias de esta, datan de los años 50, en 1979 Russell catalogó a la bulimia como una variante de la anorexia, definiéndola como un cuadro de sobre ingesta alimentaria en el cual; posteriormente se recurre al vómito autoinducido en grandes cantidades, uso constante de laxantes y diuréticos para evitar que todo lo ingerido durante los episodios de atracones se asimilen en el organismo y se conviertan en grasa. (Tobal, M. et al. 2003).

## **2. Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Los TCA son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los TCA tienen características muy específicas y se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios de diagnóstico en relación a las conductas que presentan los sujetos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional y/o social.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) integra a los TCA en una categoría denominada: Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, en este rubro se incluyen varias categorías diagnósticas, que comprenden: pica, rumiación, trastorno de rechazo-restricción de alimentos, AN, BN, Trastorno por Atracón (TA), otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y TANE (Cuadro 1) (APA 2014).

Los principales representantes de éste grupo son la AN, BN y TANE.

En la AN existe un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales, mientras que en la BN se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones de alimento seguido de prácticas compensatorias inapropiadas como: vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo. Los trastornos sin especificar (TANE) se utilizan para clasificar las ocasiones en las que los síntomas también causan malestar clínico significativo pero no hay información suficiente para realizar un diagnóstico específico.

El TA se caracteriza por episodios repetidos de atracones al menos una vez por semana, durante tres meses y la sensación de pérdida de control para parar de comer, sin asociación con conductas compensatorias.

#### **Cuadro 1. Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos según DSM-5**

- Pica.
- Trastorno de Rumiación.
- Trastorno de Evitación/restricción de ingestión de alimentos.
- **Anorexia Nerviosa**
- **Bulimia Nerviosa.**
- Trastorno de Atracones.
- Otro Trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos especificado.
- **Trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos no especificado.**

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

La pica se define como la ingesta al menos durante un mes de sustancias no nutritivas o no consideradas como alimentos. Estas sustancias no nutritivas pueden incluir: papel, jabón, ropa, pelo, hilo, lana, tierra, tiza, talco, pintura, goma, metal, piedras, carbón, ceniza, arcilla, almidón o hielo. Por lo general, no hay aversión a la comida y la ingesta de estas sustancias no nutritivas no está relacionada con ninguna práctica cultural o socialmente aceptada (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015).

La rumiación se refiere a la regurgitación repetida de los alimentos después de comer; el alimento que regresa a la boca puede estar parcialmente digerido y no provoca náusea ni disgusto. Esta conducta debe estar presente al menos por un mes y no puede ser explicada por una alteración gastrointestinal. Por otra parte, el rechazo o restricción de la alimentación se caracteriza por un desinterés por la comida debido a las características del alimento y una preocupación por las consecuencias de la ingesta que no permite cubrir las necesidades energéticas y nutricionales (Vázquez, et al, 2015).

Finalmente los trastornos especificados son cinco: AN atípica, BN de baja frecuencia o duración limitada, TA de baja frecuencia, el trastorno no purgativo y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Todos causan malestar clínico significativo o discapacidad social u ocupacional en áreas importantes del funcionamiento pero no cumplen con los criterios completos para un TCA (Vázquez, et al, 2015).

## **2.1. Características Clínicas.**

### **2.1.1 Anorexia Nerviosa.**

En los pacientes con Anorexia Nerviosa, el deseo de ser delgado y el miedo a engordar se manifiestan en una serie de síntomas que incluyen la reducción propositiva en la ingesta de alimento, lo que conduce a grandes pérdidas de peso y además pueden presentar algunos signos como: piel reseca de color grisáceo o amarillento, uñas quebradizas, caída del cabello, intolerancia al frío, persistencia de bajas temperaturas en pies y manos adquiriendo un color morado. También se incluyen cambios en los niveles de sodio, pérdida de potasio y un funcionamiento anormal de la tiroides. Asimismo se ha detectado falta parcial o total de conciencia sobre la enfermedad, alteración o distorsión de la imagen corporal, hiperactividad, trastorno del sueño, grandes expectativas de logros y un negativismo agresivo hacia los intentos del tratamiento (Unikel, Díaz y Rivera, 2017).

Se pueden distinguir dos tipos de anorexia: restrictiva y compulsivo-purgativo. La primera se caracteriza por largos períodos de ayuno que desembocan consecuentemente en una gran pérdida de peso. En la AN de tipo compulsivo-purgativa no siempre existe la capacidad de mantenerse en restricción calórica estas personas alternan con episodios de atracones seguidos frecuentemente de vómito autoinducido (Unikel y Bojorquez, 2007).

### **2.1.2 Bulimia Nerviosa.**

La BN comparte con la AN muchos de los síntomas, específicamente el miedo a la obesidad y los intentos de perder peso. Existe una desorganización profunda sobre el patrón alimentario aunque el peso corporal tiende a ser normal. La sensación de pérdida de control sobre la ingestión puede acompañarse de depresión y pensamientos autodestructivos, especialmente después de los episodios de compulsión y purga (Vázquez et al., 2015).

En su fase crítica, la BN suele acompañarse de uno o más de los siguientes trastornos físicos: hipertrofia de las glándulas salivales, erosión del esmalte de los dientes, perforación de esófago y estómago, dependencia de laxantes, alteración en contenido corporal de albúmina y minerales, gingivitis, anemia, amenorrea, bradicardia, disminución de las hormonas tiroideas, estreñimiento, deshidratación, cefalea y arritmias cardíacas (Unikel et al., 2017).

## **2.2. Etiología.**

Tal y como ocurre con muchas de las enfermedades psiquiátricas, la etiología de los TCA aún no se conoce con certeza, los modelos explicativos más complejos son los biopsicosociales que combinan variables biológico-genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal. Los modelos biopsicosociales consideran una gran cantidad de variables, pero explican poco de cada uno de ellas mientras que las más específicas explican con mayor profundidad un número más limitado de variables.

### **2.2.1 Modelo Multifactorial.**

En 1982, Garfinkel y Garner propusieron un modelo etiológico de tipo biopsicosocial, compuesto por tres grandes factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes o mantenedores. En el grupo de factores predisponentes se subdivide en tres componentes: 1. Individuales donde se ubican la predisposición genética que lleva a una vulnerabilidad biológica, variables como la edad, sexo, desarrollo de la personalidad, procesos cognoscitivos. 2. Familiares. Se encuentran elementos como edad de los padres, clase social, antecedentes familiares de trastorno afectivo y posiblemente alcoholismos, obesidad de la madre. Las familias de los pacientes con anorexia nerviosa emiten mensajes confusos a sus hijos siendo sobreprotectores y controladores que puedan evadir la expresión de emoción y cariño; por otro lado, los familiares de pacientes con bulimia nerviosa son caóticos, hostiles y con mucha falta de empatía 3. Culturales. Presión por alcanzar la delgadez y grandes expectativas de rendimiento.

El grupo de factores precipitantes engloba factores como: cambios corporales adolescentes, separaciones y pérdidas, ruptura conyugales de padres, incremento rápido del peso y críticas respecto al cuerpo. El grupo de factores perpetuantes o mantenedores se integran elementos como: consecuencias de la inanición, el vómito, la fisiología intestinal, la interacción familiar, la percepción sobre el cuerpo, la personalidad y el énfasis en la cultura de la delgadez.

### **2.2.2 Modelo Transdiagnóstico.**

En el año 2008 Fairburn propone un modelo transdiagnóstico donde la restricción alimentaria rígida, el vómito autoinducido, el uso de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo son conductas que comparten todos los TCA. Así sugiere que los TCA pueden ser vistos como una sola entidad patológica y no como categorías excluyentes. De esta manera Fairburn propone una “migración de diagnósticos” dentro de los TCA; una migración que no ocurre al azar sino que refleja que estos trastornos comienzan con restricciones en la ingesta, que



acaban por romperse con episodios de atracones, debidos a la dificultad que tienen las pacientes para mantener el control de una dieta muy rígida y demandante. Los frecuentes cambios de diagnóstico en estas pacientes sugieren que, en lugar de tratarse de la recuperación de un trastorno y el desarrollo de otro distinto, se trata de la evolución de un mismo trastorno alimentario. Se ha encontrado que el 25% de los casos de BN los criterios de AN se cumplen al menos una vez en la vida.

### **2.2.3 Modelo del Continuo.**

Este modelo coloca a las conductas alimentarias normales en el extremo de una línea recta y los TCA en el extremo contrario. En medio están las conductas de riesgo en sus diferentes grados.

Según la teoría del continuo propuesta por Nylander en 1971, las CAR se encuentran en la parte intermedia de dicho continuo: en un extremo está la conducta alimentaria normal y en el otro los TCA. Las CAR no se consideran patologías, sino desviaciones de la conducta alimentaria de un individuo que se presenta como un continuum entre una alimentación normal y la presentación de un TCA propiamente dicho. Las CAR no llegan a cubrir todos los requisitos para clasificar como un TANE y por lo tanto tampoco como un TCA, sin embargo pueden tener el mismo origen psicológico, biológico y social y si no son detectados y abordados oportunamente pueden llegar a magnificarse y constituirse finalmente con un TCA con todas las consecuencias que estos tienen a nivel físico, psíquico y emocional.

El modelo continuo propone que los TCA surgen cuando las personas muestran manifestaciones extremas de las mismas preocupaciones por el peso y la figura que la mayoría de las mujeres de sociedades occidentales, que solo se diferencian por su grado de intensidad (Gleaves, Brown y Garren, 2004).

### **3. Factores de riesgo para la alteración de las conductas alimentarias.**

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se les denomina así porque tienen un efecto negativo en la salud de las personas, provocando un desajuste o desequilibrio, ya que dejan al organismo vulnerable, facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional de contraerla y el número de factores de riesgo (Gómez, Peresmitré, 2001).

Muchos autores, entre ellos Shiltz (1997) propone la siguiente clasificación de los factores de riesgo de los TCA para identificarlos y entenderlos: individuales, psicosociales y socioculturales.

#### **3.1 Factores Individuales.**

Uno de los factores de riesgo más importantes es la edad. La adolescencia se considera una etapa de vulnerabilidad para los TCA debido a que los y las jóvenes se enfrentan a cambios relacionados con la transición de la infancia a la vida adulta, estos cambios son tanto físicos como emocionales, en este periodo de transición se incrementan las responsabilidades, pero en algunos casos sin la madurez suficiente para enfrentarlas.

La internalización del ideal estético de la delgadez refleja el grado en que alguien valora las imágenes socialmente estructuradas que definen la belleza y que involucran conductas relacionadas con dicho estereotipo para alcanzarlo. Esta búsqueda del ideal estético de la delgadez promueve la insatisfacción corporal (IC). La fuente de la IC radica particularmente en la discrepancia que suele darse entre la figura corporal real y la considerada ideal, sobre todo cuando tiene lugar en personas con deficiencias yoicas y se manifiesta en baja autoestima. La IC conduce a CAR como medio para alcanzar el ideal de delgadez promovido socialmente. También se ha encontrado que cuando el IMC es más elevado, hay mayor insatisfacción con la imagen corporal, debida principalmente a que esto

significa un alejamiento de la figura «ideal» promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación. Esta presión sociocultural ha favorecido la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad en el caso de las mujeres, y de que a menor porcentaje de grasa corporal se adquiere mayor control y mayor autoestima (Thompson y Stice, 2001).

Los cambios traumáticos en la vida, como la pérdida de los seres queridos, el rompimiento de una relación importante, el divorcio de los padres o cambio de una residencia se han considerado como estresores. En la literatura se señala que los sujetos con TCA viven de manera más traumática estos eventos y podrían influir en el desarrollo de los mismos (Jacoby Et al, 2004).

### **3.2 Factores Psicosociales.**

La autoestima es considerada como la valoración que se tiene de sí mismo, involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida (Mejía, Pastrana, y Mejía, 2011). Este proceso se va desarrollando, a lo largo del ciclo vital, a partir de las interacciones que realice el sujeto con los otros, lo cual posibilita la evolución del “Yo”, gracias a la aceptación e importancia que se dan las personas unas a otras (Naranjo, 2007). Varios estudios transversales han encontrado que los sujetos con anorexia nerviosa tienen menor autoestima en comparación con los grupos control. Por otra parte, en estudios de tipo longitudinal se ha reportado que la baja autoestima en mujeres aumenta hasta ocho veces el riesgo de padecer TCA (Jacoby Et al, 2004).

Por otra parte respecto a la personalidad se ha descrito que el perfeccionismo y los rasgos dependientes son dos características comunes en mujeres con anorexia nerviosa. También se ha reportado que el perfeccionismo es un predictor de Bulimia Nerviosa. (Killen, 1994) Otro proceso cognitivo asociado a los TCA, es el pensamiento obsesivo que lleva a los sujetos a pensar mucho tiempo en comida o alimentación en el peso y la figura y otros temas relacionados.

### **3.3 Factores Socioculturales.**

Los TCA se han considerado síndromes supeditados a la cultura, debido a que son más frecuentes en culturas occidentalizadas. La presión social por alcanzar o conservar la delgadez proveniente de la familia, de los pares y los medios de comunicación se consideran precursores de TCA, debido que fomentan la interiorización del ideal estético de la delgadez, la insatisfacción corporal y la realización de dietas restrictivas (Stice, 2001).

Algunas actividades que enfatizan el bajo peso y la figura junto con algunas disciplinas deportivas concretas, como el ballet, gimnasia, la lucha, la natación, la equitación entre otras han sido propuestas como de alto riesgo para TCA desde hace más de 20 años. (Jacoby, Et al, 2004)

### **4. Conductas Alimentarias de Riesgo.**

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos, sin embargo dicha conducta puede verse influenciada por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo. Su alteración da origen a lo que se conoce como las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) y los TCA en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados (Saucedo, 2003).

Las CAR son manifestaciones similares a los TCA pero se dan con menor frecuencia e intensidad. El concepto de conducta alimentaria de riesgo se define como "Alteraciones relacionadas con la alimentación", "prácticas erróneas del control de peso" y la "alteración de la percepción de la imagen corporal", que se exterioriza como una variación del comportamiento habitual de una persona. Las CAR son consideradas como gradientes de la conducta alimentaria de un individuo que se presenta entre una alimentación normal y un TCA. (Hunot, Vizanos, Vázquez, y Celis, 2008)

Las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Desde esta perspectiva, las personas con alimentación restringida o “dietantes crónicos” presentan un menor grado de psicopatología que quienes padecen TCA, pues comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo.

Las CAR se clasifican en tres grupos: a) Alteraciones relacionadas con la alimentación. b) Prácticas erróneas de control de peso. c) Alteraciones de la percepción de la imagen corporal. En la siguiente tabla se presentan distintos tipos de acciones de acuerdo a la clasificación a la que pertenece. (Cuadro 2)

**Cuadro 2. Clasificación de las conductas alimentarias de riesgo**

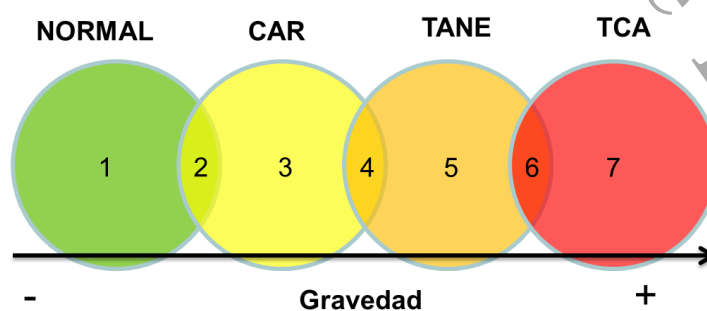
a) Alteraciones relacionadas con la alimentación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar tiempos de comida.</li> <li>• Atracarse de alimentos.</li> <li>• Comedor compulsivo</li> <li>• Preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos.</li> <li>• Preocupación por los tipos de alimentos.</li> <li>• Actitudes erróneas frente a la realización de las comidas.</li> <li>• Evitar comer con miembros de la familia.</li> <li>• Esconder la comida.</li> <li>• Tirar los alimentos.</li> <li>• Alteraciones de la ingesta habitual de los alimentos.</li> <li>• Cortar los alimentos en pedazos muy pequeños.</li> <li>• Comedor Nocturno</li> </ul>
b) Prácticas erróneas del control de peso
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar a dieta.</li> <li>• Dietas mágicas</li> <li>• Dietante Compulsivo.</li> <li>• Dietante Crónico.</li> <li>• Vómito autoinducido.</li> <li>• Uso de medidas purgativas.</li> <li>• Ayuno.</li> <li>• Decir que no se tiene hambre.</li> <li>• Decir que ya comió.</li> <li>• Miedo a la ganancia de peso.</li> <li>• Frecuencia excesiva en la medición de peso corporal.</li> <li>• Ejercicio desmedido.</li> </ul>
c) Alteraciones de la percepción de la imagen corporal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsión de la imagen corporal</li> </ul>

## 5. De la Conducta Alimentaria de Riesgo al Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Las conductas alimentarias “de riesgo” (CAR) también denominadas “disfuncionales” o alteraciones de la conducta alimentaria son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad. Los TCA son desviaciones en los hábitos alimentarios y se clasifican de acuerdo a las conductas y con las consecuencias que estas conductas producen sobre la esfera física, emocional, social y por último con el resultado final (adaptación o muerte). Se ha sugerido que los TCA se pueden expresar como formas leves o incipientes (que en este caso las denominamos CAR) y que aquellos sujetos que presentan todos los criterios diagnósticos señalados por la DSM- V, quizá representan un punto extremo de un continuum. Se plantea que a mayor presencia de número de CAR, mayor es la gravedad presentada por el individuo y mayor el riesgo de desarrollar un TCA. (Behar, y Arancibia 2014).

En la figura 1, se observa la transición de un estado de normalidad hacia un estado de TCA pasando por CAR y TANE (Hunot, et. al. 2008) Los números presentados en el diagrama corresponden a diferentes grados de presentación de conductas alimentarias y son señalados como los colores de un semáforo donde en color rojo, las TCA's indican el máximo grado de gravedad.

**Figura 1. Transición de las CAR a TCA**



Fuente: Hunot, C., Vizanos, B., Vázquez, E. y Celis, A. (2008)

**Normalidad:** El individuo presenta algunas señales de ACA con menor frecuencia y se preocupan rara vez por su peso que aquellos que están definidos como ACA.

Probable ACA: Presencia de una conducta que posiblemente pueda ser una ACA, sin embargo, desconociendo los motivos por los cuales los lleva a cabo el individuo como la preocupación excesiva del consumo de grasas o el cortar los alimentos en trozos muy pequeños no se puede catalogar como tal una ACA.

ACA: Presencia de conductas del individuo como el siempre o muy a menudo elimina comidas para bajar de peso.

Sumatoria de ACA: Presencia de más de una ACA; si hay un mayor número de ACA, la posibilidad de presentar un TANE será mayor.

TANE: Criterios cubiertos específicamente por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Sumatoria de TANE: No es ni Anorexia ni Bulimia Nerviosa; pero si presenta TANE o con casos conocidos como subclínicos pueda agravarse a una TCA.

TCA: Criterios cubiertos específicamente por el DSM 5.

La teoría del continuo postula que existen eventos precipitantes que interaccionan con la influencia de la familia y los compañeros, así como con la vulnerabilidad personal para determinar el inicio de una dieta patológica, un trastorno alimentario subclínico o un TCA franco. El continuo radica en que las mujeres comparten en diferentes etapas creencias, actitudes y conductas similares que varían en términos de la gravedad. En tanto, los trastornos francos se diferencian del resto por el reajuste psicosocial que presenta la persona (Polivy y Herman, 1987).

Los TCA representan la punta del iceberg, en donde generalmente la mayor parte de los estudios se dedican a investigar éste tipo de patologías, dejando sin atención a la mayoría de la población, que aun cuando no presentan un TCA

franco, y sin embargo tienen la presencia de una o más CAR, que pueden requerir de una atención especializada. (Hunot, et. al. 2008)

## **6. Instrumentos para la Evaluación de TCA y CAR.**

En la literatura sobre los TCA existen numerosos instrumentos de medición cuyo objetivo es detectar síntomas de estos trastornos o bien características psicológicas asociadas. Sin embargo, ninguno puede diagnosticar la enfermedad, su máximo logro es detectar casos de riesgo o la posibilidad de que se presenten. Por otro lado, existen instrumentos en forma de entrevistas estructuradas que deben ser aplicadas por expertos, pero en la investigación en una comunidad en donde se requiere recopilar información de un gran número de sujetos, resulta difícil su utilización y se recurre generalmente al uso de cuestionarios autoaplicables, pero que desafortunadamente no alcanzan a diagnósticas TCA.

Algunos de los instrumentos más ampliamente usados en la investigación de campo de los TCA han sido validados en México a continuación se describen algunos de ellos.

*Eating Disorder Inventory (EDI)*: Desarrollado en 1983 por Garner, diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. El test contiene 64 reactivos agrupados en 8 subescalas que se correlacionan positivamente como: la motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción propia con la imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN. Hay diversas opiniones en cuanto a la utilidad del EDI, varios autores sugieren que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta



que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

*Bulimia Test of Edimburg (BITE)*: Desarrollada por Henderson en 1987, consta de 33 reactivos los cuales identifican a las personas que presentan únicamente síntomas bulímicos. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas, con una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas, valores entre cinco y diez indican una intensidad significativa, mientras que valores mayores a diez son indicativos de gravedad. Este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; también se utiliza para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

*Bulimia Test-Revised (BULIT-R)*: Diseñado para detectar a la población en general que puedan contar con riesgos para presentar bulimia nerviosa; posteriormente, se diseñó la versión de 36 reactivos creada por Thelen en 1991, diseñada para medir los síntomas de bulimia nerviosa; el nivel académico para poder contestarlo es de nivel medio superior o para quinto año de bachillerato. Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse.

*Questionnaire of Eating and Weigth Patterns-Revised (QEWP-R)*: Creado por Spitzer en 1992, utilizado para identificar a pacientes con atracones recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV. Está compuesto por 13 reactivos donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con

respecto a la comida, la dieta y el peso. Los reactivos se califican de acuerdo a la regla de decisión propuesta por Spitzer. De esta manera, los individuos pueden ser diagnosticados con trastorno por atracón o con Bulimia Nerviosa. Tiene una adecuada confiabilidad y validez en mujeres europeas y americanas. Se utiliza en la investigación como prueba de filtro para identificar individuos que podrían tener trastorno por atracón. También puede utilizarse para verificar la efectividad de las diversas formas de tratamiento de los trastornos por atracón.

*Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q)*: Creado por Fairburn y Beglin en 1994, considerado como el estándar de oro para la evaluación de los TCA, este test es utilizado para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas como el dar una buena definición para la palabra atracón, incapacidad de evaluar algunas creencias como el miedo enfermizo a engordar, preocupación por su peso, figura y alimentación así como también la restricción alimentaria. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. Se califica por una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno.

*Eating Attitudes Test (EAT)*: El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. (6) Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.

El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

### III. JUSTIFICACION

Los TCA se han constituido como una patología emergente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, configurándose como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma. (Lambruschini et. al. 2015) Los TCA son difíciles de detectar y por consiguiente tratar oportunamente pues permanecen ocultos para las personas cercanas de quienes lo padecen, generalmente se vuelven evidentes cuando las complicaciones son graves. Sin embargo la CAR son manifestaciones similares a los TCA, con menor intensidad pero cuya prevalencia es más elevada que los TCA por lo cual su estudio es muy importante. Además, en la actualidad existen prácticas como la restricción alimentaria o el ejercicio en exceso que se han llegado a considerar normativas en la población y difícilmente se cuestiona hasta que punto son o no saludables.

Por otro lado el modelo del continuo postula que existen eventos precipitantes que interaccionan con la influencia de la familia y los compañeros, así como con la vulnerabilidad personal para determinar el inicio de una dieta patológica, un trastorno alimentario subclínico o un TCA franco. Algunos investigadores como Mellor y colaboradores destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación (Mellor 2018). Entonces, al ocupar el entorno familiar un papel determinante en los TCA es importante estudiar los hábitos dietéticos de los adolescentes puesto que estos son transmitidos en el hogar desde edades tempranas y quizá algunos hábitos de alimentación adquiridos en este puedan dar inicio a conductas alimentarias de riesgo. Y si bien las CAR no con llevan un diagnóstico clínico como un TCA, son reconocidas como conductas dañinas para la salud en si misma que conducen a deficiencias en el funcionamiento psicosocial debido , entre otras razones a que presentan niveles similares de comorbilidad psiquiátrica, como son trastornos afectivos y de ansiedad, al igual que los TCA bien establecido.

#### IV. HIPÓTESIS

Si los hábitos de alimentación de los adolescentes afectan las conductas alimentarias, entonces se espera encontrar una asociación entre el número de Conductas Alimentarias Riesgo en los adolescentes y los hábitos de alimentación no saludables.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Establecer la relación entre las conductas de riesgo alimentarias en los adolescentes con sus hábitos dietéticos.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.
- Identificar los hábitos dietéticos de los adolescentes.
- Evaluar los hábitos dietéticos de adolescentes con factores de riesgo comparándolos con los adolescentes sin factores de riesgo.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

El diseño de estudio es transversal, correlacional-causal debido a que se desea evaluar a los adolescentes por medio del EAT-26, y frecuencia de consumo de alimentos tomando en cuenta la edad, peso, talla, género e IMC.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

- Adolescentes que cursan bachillerato

### **MUESTRA.**

Se realizó el estudio en el "Centro de Estudios Básicos y Superiores del Sureste S.C. Escuela Moderna Jean Piaget", la muestra se calculó a través de una calculadora de tamaño muestral denominada GRANMO por medio de una estimación poblacional; de 218 alumnos totales, se evaluarán a 142 individuos de todos los grados escolares a nivel preparatoria, quienes fueron seleccionados mediante una muestra aleatoria con un nivel de confianza de 99% y una precisión de + 3 unidades porcentuales.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Alumnos de preparatoria escuela privada
- Personas voluntarias que deseen participar sexo femenino y masculino.
- Adolescentes de 14 a 18 años de edad.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Adolescentes con diagnóstico previo de TCA u otra enfermedad mental.
- Adolescentes en tratamiento dietético para pérdida de peso corporal.

## **VARIABLES.**

### **Variables independientes.**

- Hábito de alimentación

### **Variables dependientes.**

- Conducta alimentaria de riesgo

## **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

Los instrumentos de medición empleados en este proyecto fueron: Encuesta de Frecuencia de Consumo de Alimentos, Recordatorio de 24 horas y el test EAT de 26 reactivos.

La Frecuencia de Consumo de Alimentos es una herramienta que da a conocer patrones alimentarios; cuenta con una lista cerrada de los grupos de alimentos clasificando su consumo semanal, quincenal o mensual según sea el caso, su objetivo dentro de este proyecto es conocer el mayor o menor consumo de los grupos de alimentos por los sujetos a evaluar. (Trinidad Rodríguez, Fernández Ballart, Cucó Pastor, Biarnés Jordà, y Arija 2008)

El Recordatorio de 24 horas es un instrumento cuantitativo que presenta una excelente alternativa para evaluar el consumo de alimentos y bebidas de la persona entrevistada en las últimas 24 horas. Con este instrumento se puede conocer las preparaciones consumidas, así como cada uno de los ingredientes que las componen. Se recolectan datos del consumo del día anterior. El recordatorio consta de renglones y columnas, en los renglones se anota cada uno de los alimentos y/o preparaciones consumidas por la persona en las últimas 24 horas. En las columnas se registran las características y cantidades de los alimentos, así como de las preparaciones consumidas. Esta información es necesaria para valorar adecuadamente el consumo calórico y de nutrimentos de los adolescentes.

El EAT de 26 reactivos es un test diseñado para detectar sujetos con riesgo de padecer un TCA, el objetivo del test empleado en este proyecto es el de identificar



CAR en los adolescentes. El test cuenta con 6 posibles respuestas midiéndose de acuerdo a la escala de Likert 000123 valorándose 0 las 3 primeras posibles respuestas y 1, 2 o 3 las 3 siguientes respuestas respectivamente teniendo como opciones “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “bastantes veces”, “casi siempre” y “siempre”; si el resultado del test es mayor o igual a 20 puntos se considera que existe riesgo de presentar algún tipo de TCA. (Corada, et. al. 2007; Garner, et. al. 1982)

### **DESARROLLO DEL PROYECTO.**

El desarrollo del proyecto se realizó de la siguiente manera: 1. Selección de la muestra de manera aleatoria 2. Recolección de datos básicos para la identificación de los sujetos de estudio como: género, nombre, grado escolar, edad entre otros datos. 3. Toma de medidas antropométrica para diagnosticar el estado nutricional de cada individuo por medio del IMC. 4. Aplicación de las encuestas alimentarias “Frecuencia de consumo de alimentos” y “Recordatorio de 24 horas” para identificar hábitos de alimentación 6. Aplicación del EAT-26 de manera individual a cada alumno para identificar los síntomas o acciones realizadas por los sujetos que indique si existe riesgo de TCA 7. Recopilación y revisión detallada de los resultados obtenidos en las encuestas para agrupar a los sujetos que tengan conductas alimentarias de riesgo 8. Análisis de resultados obtenidos

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2011 donde se concentraron todas las variables de interés; la base de datos fue trasladada al programa PASW Statistics 18, donde las variables numéricas como peso, talla, IMC, edad, fueron analizadas por medio de estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y dispersión (media poblacional y desviación estándar). Las variables cualitativas como: Diagnóstico nutricional, lugar de consumo de alimentos y los grupos de alimentos consumidos fueron analizadas a través de frecuencias absolutas y relativas presentados a través de tablas y gráficos.

## VII. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 142 adolescentes que cursan el primer, tercer y quinto semestre de Bachillerato en la Escuela Moderna Jean Piaget, con un rango de edad entre los 14 y 18 años. El 51.4% de la población son mujeres y el 48.6% son hombres. En la siguiente tabla se presentan las características generales de la población (media  $\pm$  desviación estándar).

**Tabla 1. Características generales de la población n=142**

Variable	Media $\pm$ SD
Peso (kg)	66.77 $\pm$ 16.23
Talla (cm)	1.64 $\pm$ .08
IMC	24.60 $\pm$ 4.76
Kcal/Día	1423 $\pm$ 728
Puntuación EAT-26	13.77 $\pm$ 9.39

En cuanto al diagnóstico nutricional el 21.8% de la población presenta sobrepeso, el 23.9% obesidad, el 2.8% desnutrición y el 51.4% peso normal con base a los percentiles de IMC por edad para niños y niñas de 2 a 20 años de edad, estipulados por Centers of Disease Control and Prevention (CDC).

Se aplicó la encuesta de "Frecuencia de Consumo de Alimentos" con la finalidad de determinar cuáles son los grupos de consumo frecuente por la población; se consideró como consumo frecuente aquel grupo de alimento consumido más de 4 veces a la semana. Los consumos por grupo se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2. Porcentaje de frecuencia de consumo de alimentos por grupo n=142**

Grupo de alimento	Porcentaje de frecuencia de consumo semana	
	1 a 3 veces	Más de 4 veces
Frutas	19 %	80.4%
Verduras	26.8%	72.5%
Cereales	32.4%	67.5%
Alimentos de origen animal	16.9%	83%
Lácteos	23.9%	76%
Leguminosas	54.9%	31.7%
Sopas de verduras	59.1%	28.8%
Alimentos procesados	62.7%	13.3%
Repostería	53.5%	36.7%
Bebidas azucaradas	22.5%	73.3%
Bebidas alcohólicas	16.9%	0%

Para identificar hábitos en relación a la alimentación, se aplicó un recordatorio de 24 horas, el consumo promedio de kcal/día de la muestra de estudio fue de 1423 con una desviación estándar de 728. En relación a los hábitos de alimentación, concretamente con el lugar de consumo el 84.4% de la población toma sus alimentos en casa; el 5.6% consume sus alimentos en la escuela y el 9.9% restante de la población, consume sus alimentos en restaurantes.

Se aplicó el Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) para identificar factores de riesgo para TCA y ACA, la media obtenida para este test aplicado fue de 13.77 con una desviación estándar de 9.397. De acuerdo a los autores originales del test (Garner y Garfinkel, 1979) se considera que existe riesgo de TCA cuando la puntuación es mayor o igual a 20.

El test EAT-26 está compuesto por 26 preguntas las cuales se dividen en 3 subescalas: 1.Hábitos dietéticos, 2.Bulimia y preocupación por la comida y

3.Control Oral. Para el análisis de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria se categorizan en Normal, Posible ACA y ACA de acuerdo a la teoría del continuo de Nylander en función a la respuesta emitida por el sujeto según EAT-26. (Tabla 3.)

**Tabla 3. Interpretación de respuestas para EAT-26 según la teoría del continuo**

Interpretación de la teoría del continuo	Respuesta EAT-26
Conducta Normal (CN)	Nunca y casi nunca
Probable Alteración de la Conducta (Probable ACA)	A veces y bastantes veces
Alteración de la Conducta Alimentaria (ACA)	Siempre y casi siempre

La subescala relacionada con los hábitos dietéticos está compuesto por 12 ítems en la tabla 4 se muestran los porcentajes de conducta normal (CN), Probable ACA y ACA

**Tabla 4. Porcentaje de Alteración de la Conducta Alimentaria para ítems dietéticos en la población n=142**

EAT-26 ítems dietéticos	Conducta Normal	Probable ACA	ACA
1. Me preocupa mucho tener sobrepeso u obesidad	41.5%	27.5%	31.0%
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que consumo	60.6%	24.6%	14.8%
7. Evito comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan ,arroz, pastas)	57.7%	33.8%	8.5%
10. Me siento muy culpable después de comer	68.3%	22.5%	9.2%
11. Me preocupa el deseo de estar delgado/a	40.8%	28.2%	31.0%
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	30.3%	31.0%	38.7%

14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	40.8%	31.0%	28.2%
16. Procuero no comer alimentos con azúcar	60.6%	31.0%	8.5%
17. Como alimentos dietéticos	69.0%	23.9%	7.0%
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces	69.7%	16.9%	13.4%
23. Me comprometo a hacer dieta	50.0%	25.4%	24.6%
24. Me gusta sentir el estómago vacío	71.8%	14.8%	13.4%

La ACA más prevalente en la subescala dietética fue el pensamiento de quemar calorías cuando se realiza ejercicio.

En la subescala de bulimia y preocupación por la comida se evalúan los pensamientos de constante preocupación hacia todo tipo de alimentos que consumen y su falta de control. En esta subescala la ACA más prevalente fue la preocupación por lo que se consume con el: 31.7% (Tabla 5.)

**Tabla 5. Porcentaje de Alteración de la Conducta Alimentaria para ítems de bulimia y preocupación por la comida en la población n=142**

EAT-26 ítems bulimia	Conducta Normal	Probable ACA	ACA
3. Me preocupo mucho por la comida	24.60%	43.7%	31.7 %
4. A veces me he "atracado", sintiendo que soy incapaz de parar de comer	69.0%	26.8%	4.2%
9. Vomito después de haber comido	93.7%	5.6%	0.7%
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	68.3%	23.2%	8.5%
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	71.8%	17.6%	10.6 %
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	62.7%	26.8%	10.6 %

La subescala de control oral evalúa el autocontrol al momento de comer y la presión percibida de los demás para ganar peso; la ACA más prevalente en esta subescala es: no tener el control al momento de ingerir las comidas con el: 22.5%

**Tabla 6. Porcentaje de Alteración de la Conducta Alimentaria para ítems de control oral en la población n=142**

EAT-26 ítems control oral	Conducta Normal	Probable ACA	ACA
2. Procuero no comer aunque tenga hambre	63.4%	28.2%	8.5%
5. Pico mis alimentos en pedazos muy pequeños	48.6%	38.7%	12.7%
8. Noto que las demás personas me insisten que coma un poco más	57.7%	25.4%	16.9%
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	59.2%	25.4%	15.5%
15. Tardo en comer más que las demás personas	38.7%	45.1%	16.2%
19. Tengo control sobre mí al momento de ingerir mis comidas	40.1%	37.3%	22.5%
20. Noto que las demás personas me presionan para que coma	63.4%	26.1%	10.6%
26. Tengo ganas de vomitar después de la comidas	85.9%	8.5%	5.6%

Uno de los objetivos de este proyecto de investigación fue comparar las características de la población y hábitos de alimentación de los sujetos sin riesgo de TCA contra los sujetos con riesgo, para ello se realizó una comparación de medias a través de un T Student; en el siguiente cuadro se pueden apreciar las

características generales de ambas poblaciones y se puede observar que en relación a las variables peso, talla, IMC, no se observan diferencias significativas.

**Tabla 7. Características generales de la población con riesgo de TCA Y sin riesgo**

Variable	Con Riesgo	Sin riesgo	P
	Media + desviación estándar		
Peso (kg)	64.32 ± 11.78	67.42 ± 17.22	.254
Talla (cm)	1.610 ± .07	1.651 ± .08	.020
IMC	24.70 ± 3.47	24.57 ± 5.06	.865
KCAL DÍA	1122.32 ± 509.89	1504.42 ± 758.47	.002*
Puntuación EAT-26	28.30 ± 7.76	8.62 ± 5.57	.000*

( $P < 0.05$ )\*

Finalmente para cumplir con todos los objetivos del proyecto de investigación se realizó una comparación de las frecuencias de consumo de los grupos de alimentos con los sujetos que presentaron riesgo para TCA y la población que no tenía riesgos según el test EAT-26 y seguidamente se realizó una prueba de T-Student y no se encontraron diferencias entre ambos grupos (datos no mostrados).

También se realizó una prueba de chí cuadrado a cada uno de los 26 ítems que conforman el test de actitudes hacia la alimentación clasificados según la teoría del continuum y sólo se encontraron diferencias significativas con el ítem 19 en el cual se identifica no tener el control al momento de ingerir los alimentos. Con los grupos de alimentos que se establecieron diferencias fueron los grupos de las frutas y el grupo de las bebidas azucaradas (ACA, Probable ACA y normal). (Tabla 8)

**Tabla 8. Comparación de frecuencia test de chi cuadrado de consumo de alimentos en sujetos con riesgo de TCA y sin riesgo del Ítem 19 sobre el control al momento de ingerir los alimentos**

GRUPO DE ALIMENTOS	Consumo semanal	CONDUCTA NORMAL	PROBABLE ACA	ACA	P
Frutas	1-3 veces	8	15	4	0.008*
	más de 3 veces	20	40	54	
Chatarra	1-3 veces	19	32	38	0.631
	más de 3 veces	6	6	7	
Bebidas azucaradas	1-3 veces	3	9	20	0.029*
	más de 3 veces	23	43	38	
Postres	1-3 veces	15	27	34	0.718
	más de 3 veces	10	22	20	
Cereales	1-3 veces	7	20	19	0.578
	más de 3	21	35	40	



## VIII. DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo con 142 adolescentes de una escuela particular, las edades de la población al momento de la realización de este estudio fueron entre 14 y 18 años de edad. En relación al diagnóstico nutricional el 51.4% de la población se encuentra en su peso saludable mientras que el 48.5% de la población presentó algún tipo de malnutrición (sobrepeso, obesidad o desnutrición).

Las recomendaciones para una alimentación adecuada en relación al consumo de alimentos de origen animal es de 3-4 raciones a la semana (carnes magras, aves, huevos y pescado) en el caso de embutido y carnes grasas es ocasional y moderado. Se puede observar que en la población estudiada (Tabla 2) el consumo de alimentos de origen animal sobrepasa las recomendaciones dietéticas para una adecuada salud. Para el consumo de frutas y verduras se reportó un consumo de 80.4% y 72.5% respectivamente de más de 4 veces por semana.

El consumo recomendado para las frutas, verduras y cereales es un consumo diario según Mataix Verdú, se puede observar que un consumo mayor a cuatro veces por semana es aceptable por lo cual podemos concluir que respecto a estos grupos de alimentos la población tiene un consumo adecuado.

En relación al consumo de bebidas azucaradas la recomendación es que se consuman de manera ocasional y moderada, en la población estudiada el consumo de bebidas azucaradas es mayor a 4 veces a la semana en el 73.3 % lo que indica un consumo elevado y que puede resultar perjudicial para la salud. Sámano R., et. Al. (2012) comparó el consumo de alimentos de manera semanal y la recomendación de un grupo de adolescentes y observó que el consumo de verduras, frutas y leguminosas fue inferior al consumo que los adolescentes referían como recomendable o saludable mientras que el de cereales y bebidas gaseosas fue mayor. Nuestros resultados encontrados en este estudio contrastan con los resultados presentados por Sámano R., et. al. en el 2012, puesto que en

su grupo de estudio el consumo de frutas y leche fue nulo y en nuestro estudio ambos grupos son consumos referidos muy prevalentes por más de 4 veces a la semana. Estas diferencias se pueden explicar probablemente en la diferencia de edad ya que la media de edad para el grupo de Sámano fue de 13 años y para nuestro grupo de estudio fue de 16 años; el mismo autor expone que identificó entre sus encuestados que a mayor edad mayor concordancia existía con el consumo y la recomendación de consumo saludable.

En el presente estudio para la identificación de alteraciones de la conducta se categorizan en Normal, Posible ACA y ACA de acuerdo a la teoría del continuo de Nylander en función a la respuesta emitida por el sujeto según EAT-26. Se consideró ACA para las respuesta de siempre y casi siempre y se encontró que las ACA más prevalentes en la población estudiando fueron: Pensamiento de quemar calorías cuando se realiza ejercicio 38.7%, Preocupación por lo que se consume 31.7%, preocupación por tener sobrepeso/obesidad y el por el deseo de estar delgado 31% y el 22.5% presentó ACA en relación a no tener el control al momento de ingerir los alimentos.

En Agosto de 2010, Franco Paredes, Martínez Moreno, Díaz Reséndiz, López-Espinoza, Aguilera Cervantes y Valdés Miramontes, realizaron un estudio en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, incluyendo como muestra a 143 mujeres con un promedio de edad de 19.90 años y 109 varones con un promedio de edad de 21.12 años, la muestra de este estudio se evaluó por medio de un Cuestionario de Actitudes Alimentarias, Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Imagen Corporal. Los resultados obtenidos mostraron que el 11.9% de la población estudiada, realiza ejercicio con la finalidad de quemar calorías.

También se realizó una prueba de chí cuadrado a cada uno de los 26 ítems que conforman el test de actitudes hacia la alimentación clasificados según la teoría del continuum y sólo se encontraron diferencias significativas con el ítem 19 en el cual se identifica no tener el control al momento de ingerir los alimentos. Con los grupos de alimentos que se establecieron diferencias fueron los grupos de las

frutas y el grupo de las bebidas azucaradas (ACA, Probable ACA y normal).  
(Tabla 8)

López-Guevara en el 2009 encontró un hallazgo en donde señala que los adolescentes no consumen frutas por temor a que estén contaminadas con productos químicos y que específicamente las mujeres refirieron que si consumen frutas tienen la percepción de que comieron más, posiblemente sea esta última la misma explicación por la que pudiere existir una relación entre el consumo frecuente del grupo de las frutas en nuestra población y la percepción de no tener el control al momento de consumirlas, puesto que las frutas son identificadas por los adolescente como alimentos altamente calóricos las cuales al consumirlas, tienden a generar un aumento de peso.

El segundo grupo vinculado con la pérdida del control al momento de ingerirlos fue el grupo de las bebidas azucaradas respecto a este hallazgo Theodore F, Bonvecchio A, en el 2011 realizó en su estudio sobre los significados culturalmente construidos para el consumo de bebidas azucaradas, este tiene que ver con la identificación de tres principios: la combinación de bebidas gaseosas con alimentos salado en momentos de esparcimiento o de trabajo escolar, la importancia de las gaseosas para festejos o eventos sociales y la ingestión de bebidas gaseosas para quitar la sed, la asociación con no tener el control al momento de ingerirlas quizá sea el mismo que el grupo de las frutas al ser identificado como un alimento que aporta muchas calorías sin embargo a diferencia de las frutas las bebidas azucaradas son hipercalóricos y de nulo valor nutrimental.

## IX. CONCLUSIONES

- El 45.7% de la población, tiene sobrepeso u obesidad.
- En promedio, la población tiene un consumo de 1423kcal/día considerándose como una alimentación normocalorica para la edad adolescente.
- El grupo de alimento más consumido por la población es el de origen animal en un 83%, seguido por las frutas con un 80.4% y las bebidas azucaradas en 73.3%.
- El 84.4% de la población estudiada ingiere sus alimentos en casa de manera regular.
- El 21.11% de la población, presenta riesgo para TCA.
- Las CAR más prevalente encontradas son las siguientes:
  - ✓ Preocupación por la comida 75.4%
  - ✓ Pensar en quemar calorías cuando se realiza ejercicio 69%
  - ✓ No tener el control al momento de ingerir alimentos 59.8%.
  - ✓ Preocupación por el deseo de estar delgado/a 59%
  - ✓ Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo 59%
  - ✓ Preocupación por tener Sobrepeso u Obesidad 58%
- La CAR no tener el control al momento de ingerir alimentos se relacionó con el consumo de frutas

Unas de las limitaciones de este proyecto de investigación es que los datos no son originados a partir de una muestra representativa de estudiantes de bachillerato dado que únicamente se consideraron alumnos de una escuela

privada y no se consideraron estudiantes de escuelas públicas (con dinámica familiar y características socioeconómicas distintas), pero sin embargo se trata de una muestra conformada de manera homogénea en un grupo de un determinado rango de edad y los datos presentados son válido únicamente para la población estudiada o para poblaciones con características similares.

Contrariamente a estas limitantes dentro de las principales aportaciones de este trabajo se encuentra proporcionar un panorama de la situación actual de las conductas de riesgo en uno de los grupos más vulnerables como son los adolescentes. Lo que se ha expuesto anteriormente deja ver la falta de orientación alimentaria en esta población de estudio debido que a pesar de que el consumo de frutas y verduras fue considerado como frecuente (más de 4 veces a la semana) existe un temor al momento de consumirlas, por otra, parte el consumo de alimentos de origen animal, bebidas gaseosas y alimentos chatarras fueron prevalentes en la población.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, I. C. M., Licea, V. C., y Pérez, M. D. C. I. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica del Hospital General de México*, 72(2), 68-72. [En línea]<http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092c.pdf>[2017, Agosto 03]
2. Álvarez, L., Agueda, M.J. y Ezquerro, M. (2014). *La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (Tesis inmediata de especialidad). Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). Sevilla. España.
3. Asamblea legislativa del Distrito Federal (2008-10-23). Ley para la prevención y tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 1-10.
4. Asamblea Legislativa de Michoacán de Ocampo (2014-01-21) Ley para la prevención, atención y tratamiento integral del sobrepeso, la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria para el estado de Michoacán de Ocampo. *Periódico Oficial del Estado de Michoacán de Ocampo*, 1-7.
5. Asamblea Legislativa de Quintana Roo (2010-10-29). Ley para la prevención y tratamiento del sobrepeso, la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria en el Estado de Quintana Roo. *Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo*, 1-5.
6. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Trastornos Alimentarios y de la ingesta de alimentos. En Asociación Americana de Psiquiatría. (Ed.), *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. (pp. 189-197). Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

7. Behrman, R.E., Kliegman, R.M. y Jenson, H.B. (2006). Adolescencia. En *Tratado de Pediatría* (pp. 53-57). Madrid, España: ELSEVIER
8. Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina-Mora, M.E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Revista Salud Mental*, 35 (6), 483-490. [En línea] <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005)>[2017, Julio 26]
9. Behar, R. y Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(Supl 1), 22-33
10. Burgos, J.E. y García, Ó. (2014). Hábitos alimentarios: una aproximación conexionista. En López-Espinoza, A. y Magaña, C. R. (Ed.). *Hábitos alimentarios, Psicobiología y socio antropología de la alimentación* (pp. 3-21). México: Mc Graw Hill Education.
11. Calañas-Continente, A. J. y Bellido, D. (2006). Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista médica de la Universidad de Navarra*, 50 (4),14.[Enlínea]<[http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Medicina/58.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/58.pdf)>[2017, Julio 26]
12. Carménate, L., Moncada, F.A., y Borjas, E. (2014). *Manual de Medidas Antropométricas*.
13. Casas, J.J. y Ceñal, M.J. (2005). Desarrollo del Adolescente. Aspectos Físicos, Psicológicos y Sociales. *Revista de Pediatría Integral*, 6(1), 20-24. [Enlínea][http://clasev.net/v2/pluginfile.php/45667/mod\\_resource/content/1/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://clasev.net/v2/pluginfile.php/45667/mod_resource/content/1/desarrollo_adolescente(2).pdf) [2017, Agosto 16]
14. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2008). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México: Secretaria de Salud.

15. Corada, L. y Montedónico, A. (2007). *Estudio del aporte de un instrumento (Test de Actitudes Alimentarias EAT-26) en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad.* (Tesis inmediata de Licenciatura). Universidad de Chile. Chile.
16. Chapa, M. E. y Cháriez, C. (2014). Alimentación del adolescente sano. En. Pérez-Lizaur, A.B. y García Campos, M. (Ed.), *Dieta Normales y Terapéuticas, Los alimentos en la salud y la enfermedad* (133-142). México: Mc Graw Hill Education.
17. Franco, K., Martínez, A.G., Díaz, F.J., López-Espinoza, A., Aguilera, C. y Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (2), 100-108 [En línea]<[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232010000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200002)>[2017, Julio 26]
18. Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. E. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. España: Instituto de Salud Pública.
19. Garner, M.D., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and Clinical Correlates. *Revista de Psychological Medicine*, 12(4), 871-878 [En línea] [https://www.researchgate.net/profile/David\\_Garner4/publication/16236505\\_The\\_Eating\\_Attitudes\\_Test\\_psychometric\\_features\\_and\\_clinical\\_correlates/links/0deec523a57fc6c480000000/The-Eating-Attitudes-Test-psychometric-features-and-clinicalcorrelates.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/David_Garner4/publication/16236505_The_Eating_Attitudes_Test_psychometric_features_and_clinical_correlates/links/0deec523a57fc6c480000000/The-Eating-Attitudes-Test-psychometric-features-and-clinicalcorrelates.pdf?origin=publication_detail) [2017, Agosto 16]
20. Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. y Hernández-Ávila, M. (2012).



Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1(1.48).

21. Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L. M., y Gaona-Pineda, E. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública*.
22. Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez-Garibay, E.M. y Celis, A.J. (2008). Definición Conceptual de las Alteraciones de las Conductas Alimentarias. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9 (1), 1-21 111 [En línea] <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/ensayos/alteraciones.htm> 111 [2017, Agosto 02]
23. Iñarritu, M.C., Cruz, V. y Morán, I. C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5 (2) [En línea] <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm> [2017, Agosto 02]
24. López-Guevara, Y. F., Ávila-Alpírez, H., Gallegos-Cabriales, E. C., Benavides-Torres, R. A., y Cerda-Flores, R. M. (2009). Beneficios y barreras percibidos por adolescentes mexicanos para el consumo de frutas y verduras. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 59(2), 174-178 [En línea] <http://www.alanrevista.org/ediciones/2009/2/art-9/> [2017, Agosto 02]
25. Lora Cortez, C. I. y Saucedo-Molina, T. D. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3) 60-67 [En línea] <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm2903/sm290360.pdf> [2017, Agosto 02]

26. Llaguno, M. M. (2010). Historia mediática de la anorexia. La construcción inicial del problema a finales de los 90. *Revista ICONO14 Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 45-61. [En línea] <http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/228> [2017, Agosto 03]
27. Macías, A. I., Gordillo, L. G. y Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39 (3), 40-43 [En línea] [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182012000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006) [2017, Agosto 02]
28. Madruga, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2015). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. En Lambruschini, N. y Leis, R. (Ed.), *Protocolos Diagnósticos – Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* (pp. 361- 374). España: Asociación Española de Pediatría.
29. Mataix Verdú, J. y Martínez Costa, C. (2009). Adolescencia. En Mataix Verdú, J. (Ed.) *Tratado de Nutrición y Alimentación* (pp. 1141-1155). España: Océano/Ergo.
30. Pineda, S. y Aliño, M. (2002). El concepto de Adolescencia. En Pineda, S. y Aliño, M. (Ed.), *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. (pp. 15-23). La Habana, Cuba: MINSAP
31. Pérez-Lizaur, A.B. (2014). Desarrollo del Plan Alimentario. En Pérez-Lizaur, A.B. y García Campos, M. (Ed.). *Dieta Normales y Terapéuticas, Los alimentos en la salud y la enfermedad (1-14)*. México: Mc Graw Hill Education.
32. Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., y Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and validity in Spanish female samples.

*The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056 [En línea]  
<https://www.researchgate.net/publication/47554911> The Eating Attitudes  
Test EAT- 26\_Reliability\_and\_Validity\_in\_Spanish\_Female\_Samples  
[2017, Agosto 03]

33. Sámano R., Zelonka R., Martínez-Rojano H., Sánchez-Jiménez B., Ramírez C. y Ovando G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62 (2), 145-154 [En línea]  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000406222012000200007](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406222012000200007) [2017, Agosto 03]
34. Sánchez, B.I. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en Alumnas de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Internacional del año 2013*. (Tesis inmediata de Licenciatura). Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Paraguay. Paraguay.
35. Suverza, A. y Haux, K. (2010). Tablas de referencia para la evaluación antropométrica. En *El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición* (pp.71 172). México. Mc Graw Hill.
36. Théodore, F., Bonvecchio, A., Blanco, I., Irizarry, L., Nava, A. y Carriedo, A. (2011). Significados culturalmente contruidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (4), 327-334 [En línea]  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892011001000006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892011001000006) [2017, Agosto 03]
37. Tobal, F., Díaz, M. y Arce, L. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: Anorexia y Bulimia Nerviosas. *Revista Electrónica de*

*Motivación y Emoción*, 5 (11-12) [En línea]  
<http://reme.uji.es/articulos/amiguf3982201103/texto.html> [2017, Agosto 03]

38. Trinidad, I., Fernández, J., Cucó, G., Biarnés, E. y Arijá, V. (2008). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: Reproducibilidad y validez. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 23 (3), 242-252 [En línea] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112008000300011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112008000300011) [2017, Agosto 03]

39. Vázquez R, López X, "Ocampo M. & Mancilla J. (2015, diciembre 3). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120.

40. Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 6 (35) [En línea] [http://rieoei.org/psi\\_edu23.htm](http://rieoei.org/psi_edu23.htm) [2017, Agosto 03]

XII. ANEXOS

ANEXO 1

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_  
**GRADO Y GRUPO** \_\_\_\_\_

A partir de los siguientes alimentos, mencionar si estos son consumidos semanalmente.

ALIMENTO	AL DIA	SEMANAL	MENSUAL
----------	--------	---------	---------

<u>VERDURAS</u>			
Acelga			
Aguacate			
Apio			
Berenjena			
Betabel			
Brócoli			
Calabaza			
Camote			
Cebolla blanca/ morada			
Champiñones			
Cilantro			
Col			
Coliflor			
Espinacas			
Jícama			
Jitomate			
Lechuga			
Papa			
Pepino			
Perejil			
Pimiento			
Zanahoria			

CONSUMO A LA SEMANA

OBSERVACIÓN:

<u>FRUTAS</u>			
Fresa			
Kiwi			
Limón			
Mandarina			

CONSUMO A LA SEMANA

OBSERVACIÓN:

Mango			
Manzana			
Melón			
Naranja			
Papaya			
Pera			
Piña			
Plátano			
Sandía			
Uva			

<u>CEREALES</u>			
Almendra			
Arroz cocido			
Cereal sin azúcar			
Croissant			
Croissant de manzana			
Fideo cocido			
Pan blanco			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>PRODUCTO ANIMAL</u>			
Calamar			
Carne de cerdo			
Embutidos			
Huevo cocido			
Jamón de pierna			
Merluza			
Pechuga de pollo			
Salmon			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>PRODUCTOS LACTEOS</u>			
Leche Entera			
Queso Añejo			
Queso Cottage			
Queso Fresco			
Queso Oaxaca			
Queso Panela			
Yogurt Lala batido			
Yogurt Vitalinea bebible			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>LEGUMINOSAS</u>			
Frijol			
Lentejas			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>SOPAS Y CREMAS</u>			
Crema de Verduras			
Sopa de Verduras			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>COMIDA CHATARRA</u>			
Papas a la francesa			
Pizza			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>POSTRES</u>			
Flan casero			
Frutas en almíbar			
Gomitas			
Helados			
Malvavisco con chocolate			
Pasteles, crepas con fruta			
Sabritas			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>BEBIDAS</u>			
Coca cola 355ml			
Coca cola 600 ml			
Coca cola light 355ml			
Coca cola light 600 ml			
Jugos de frutas naturales			
Jugos industrializados			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

<u>BEBIDAS ALCOHOLICAS</u>			
Cerveza			
Cerveza sin alcohol			
Vino Blanco			
Vino tinto			

CONSUMO A LA SEMANA  
OBSERVACIÓN:

ANEXO 2

RECORDATORIO DE 24 HORAS

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 GRADO Y GRUPO \_\_\_\_\_  
 HORA DE DESPERTAR \_\_\_\_\_

HORA	TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTO	LUGAR DE CONSUMO	INGREDIENTE	CANTIDAD (medidas caseras)	CANTIDAD (gr. Totales)



NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO Y GRUPO: \_\_\_\_\_

Lee con atención todas las preguntas y marca con una X la opción con la cual te identifiques procurando contestar con honestidad, recuerda que aquí no hay respuestas correctas o equivocadas.

**N:** Nunca **CN:** Casi Nunca **AV:** A Veces **BV:** Bastantes Veces **CS:** Casi Siempre **S:** Siempre

EAT-26	N	CN	AV	BV	CS	S
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado", sintiendo que soy incapaz de parar de comer						
5. Pico mis alimentos en pedazos muy pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que contienen los alimentos que consumo						
7. Evito comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, pastas, tortillas)						
8. Noto que las demás personas me insisten que coma un poco mas						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las demás personas						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos dietéticos						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. No tengo control sobre mí al momento de ingerir mis comidas						
20. Noto que las demás personas me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						