



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1
ORIZABA, VER.**

Protocolo de Investigación

**“ASOCIACIÓN ENTRE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y EL
INDICE DE MASA CORPORAL EN BECARIOS DEL HGR1-ORIZABA”.**

Presenta:

Eréndira Citlali López Martínez
Residente de Medicina Familiar UMF 1 Orizaba, Ver.
Delegación Veracruz Sur.
Dirección: Oriente 4-A, #868. Col. Centro, Orizaba, Ver.
Email: erendira_citlali@hotmail.com
Tel: (272)1229332

Asesor Metodológico:
Dr. José Arturo Córdova Fernández
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.
Delegación Regional Veracruz Sur
Poniente 7 No 1350 Orizaba Ver
Conmutador: 01 (272) 725-1511
Email: jose.cordovaf@imss.gob.mx

RESUMEN ESTRUCTURADO

“Asociación entre las Conductas Alimentarias de Riesgo el Índice de Masa Corporal en becarios del HGR1-Orizaba”.

López Martínez EC¹, Córdova Fernández JA². Residente del tercer año del curso en especialización en medicina familiar¹. Médico No familiar. Coordinador de Educación en Salud de la Delegación Veracruz Sur².

Antecedentes: La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Las conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud que involucra aspectos tanto físicos, como mentales, y se presenta con elevada frecuencia entre las mujeres jóvenes.

Objetivo: Analizar la asociación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo y la distribución del Índice de Masa Corporal en becarios del HGR1-Orizaba.

Material y métodos: Se realizará un estudio de tipo transversal, analítico y observacional, con un censo de 115 becarios que ingresaron para realizar estudios de pregrado y posgrado en el HGR 1 de Orizaba en el 2013. Se aplicará un cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo y una encuesta de satisfacción de la imagen corporal. Se medirá peso y talla para obtener el Índice de Masa Corporal. Se buscará la asociación de las conductas alimentarias de riesgo con las variables independientes: sexo, grado académico, percepción de la imagen e índice de masa corporal. Se creará una base de datos en Excel, en la cual se capturaron los datos. Se transportará la base al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), Epi Info, STATISTICA.

I. INTRODUCCIÓN

Son diversas las definiciones que se le dan a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), algunos autores se refieren a estas como “manifestaciones similares en forma, pero menores en intensidad a las de los trastornos de la conducta alimentaria”. Existen un gran número de CAR, sin embargo en esta investigación se abordarán tres de las principales: a) atracón, b) medidas compensatorias y c) medidas restrictivas, las cuales pueden derivar en patologías que hoy en día se presentan en mayor grado en los jóvenes como son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y el sobrepeso. Estas últimas patologías tienen una incidencia que ha ido en aumento, y algunos aseveran que las conductas alimentarias de riesgo son aún más frecuentes ⁽¹⁾.

El rango de edad en donde se presentan con más frecuencia las CAR y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es de los 12 a los 25 años ^(2,3), es decir en la adolescencia y en la juventud ⁽⁴⁾. Este rango se ha ampliado a través de los años. Anteriormente se encontraba entre los 13 y a los 18 años ⁽⁵⁾, debido a esto la mayor parte de los estudios se han realizado en esta población, minimizando los estudios en los extremos del rango de edad donde se presentan las CAR actualmente, por lo que parte de la relevancia de este estudio reside en que se investiga un grupo de edad en donde las CAR han ido en aumento y que no es comúnmente estudiado en nuestro país ⁽⁶⁾.

II. MARCO TEÓRICO

En los últimos años no se ha unificado la definición de conductas alimentarias de riesgo, otorgándoseles diferentes nombres como: síndromes parciales, conductas alimentarias anormales o anómalas, trastornos subclínicos entre otros ⁽⁷⁾. Las conductas alimentarias anómalas son los comportamientos de riesgo relacionados con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias, ingestión de purgas y productos que alteran la constitución corporal y cantidades ingeridas de los alimentos ⁽⁸⁾. La conducta alimentaria de cada individuo se deriva de sus propias características físicas, sociales y psicológicas ⁽⁹⁾. La opinión más generalizada en lo concerniente a la etiología de las conductas alimentarias de riesgo así como de los trastornos que derivan de ellas, es que tienen un origen multicausal ⁽¹⁰⁾.

La Teoría multicausal da lugar a que todo proceso es producido por una cantidad de factores, o por lo menos el factor principal lo provocan otros, relacionados con él. Esta teoría permitirá discernir y profundizar en la multiplicidad de factores (causas) posiblemente relacionados, que pudieran estar determinando las conductas alimentarias de riesgo (efecto) ⁽¹¹⁾. Las conductas alimentarias de riesgo son ocasionadas por diversos factores y existe una variedad de teorías para respaldar estos factores los cuales pueden ser observados desde diversas perspectivas ^(12,13).

- 1) Perspectiva biológica, que recalca la importancia del papel de los procesos corporales. Señala que muchos tipos de conducta anormal se deben en gran parte a los factores que están más allá del control de la persona, como lo son los factores genéticos, las glándulas endócrinas, el cerebro y el sistema nervioso.
- 2) Perspectiva psicodinámica, enfatiza el lugar que ocupa la ansiedad y el conflicto interno en el desarrollo de conductas anómalas.
- 3) Perspectiva conductista, que analiza la manera de cómo influye el medio ambiente en la conducta del individuo.

- 4) Perspectiva cognitiva, refiere que las causas de la conducta anormal son el pensamiento distorsionado y la distorsión en la resolución de problemas.
- 5) Perspectiva humanista-existencial, la cual considera que la condición única como individuos y nuestra libertad para tomar decisiones propias interviene en el desarrollo de nuestras conductas.
- 6) Perspectiva cultural-comunitaria, da lugar a que los papeles de las relaciones sociales y el impacto de las condiciones socioeconómicas intervienen en nuestras conductas.

Para el presente estudio se abordaron en un primer momento, la perspectiva conductista y la cognitiva.

El conductismo establece que el ambiente influye en el comportamiento de los seres humanos, donde se considera a la conducta como un resultado de las relaciones estímulo-respuesta. Para modificar la conducta, se busca la alteración de los aspectos importantes del ambiente. Le otorga relevancia a cómo aprendemos respuestas observables, además de explicar el comportamiento humano en términos de respuesta a diferentes estímulos, centrado en el papel de las interacciones que preceden (atención y percepción) y siguen (recompensas y castigos) al comportamiento, los cambios en el comportamiento mismo (adquisición de habilidades) y las condiciones que prevalecen sobre la conducta (estrés). Expresa que la conducta puede ser controlada mediante las técnicas de condicionamiento por lo que es posible afirmar que la educación puede ser científicamente planeada.

El objeto de estudio de la perspectiva cognitiva responde a cómo procesamos, almacenamos y extraemos información, centrado en el estudio de los procesos cognitivos del individuo. El alumno es considerado como sujeto activo, pues es planificador y director de su propio comportamiento. Se intenta ver el mundo a través de los ojos de la persona al familiarizarse con el contenido, estilos del pensamiento, los sentimientos, y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su interrelación, así mismo, se ocupa de los procesos internos y hace hincapié en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y como la utilizan para resolver los problemas. Su enfoque se ha comparado con la

importancia que asigna la perspectiva del aprendizaje al ambiente externo como la causa principal de la conducta. Para la perspectiva cognitiva, nuestros pensamientos y estrategias actuales que utilizamos para darle una respuesta a nuestros problemas es más relevante que nuestros antecedentes personales. Un ejemplo que dan algunos autores para dar explicación a la perspectiva cognitiva, es el de considerar al individuo como un “procesador de información”, ya que esta perspectiva establece que las personas recolectan, almacenan, modifican, interpretan y comprenden en forma continua la información que se crea en su interior como la que se genera por los estímulos del ambiente. También considera que los esquemas, de sí mismos, pueden distorsionar la percepción que tiene una persona de la realidad.

En suma a esto se debe tomar en cuenta el etiquetamiento de las personas (algunos autores lo conocen como “apodar”). Para poder comprender de donde surge el etiquetamiento se debe entender que esto parte de los roles sociales. Para fines del presente trabajo se entiende como roles sociales a “las funciones particulares que una persona tiene como miembro de un grupo social”.

El individuo ejerce diversas acciones y señales de acuerdo al rol que este representando y por tanto varían las conductas de la persona de acuerdo a la situación que esté viviendo.

Existen varios factores que afectan en cierta medida los roles que representan las personas, cuya parte de su importancia reside en que con frecuencia sirven para etiquetar a una persona de manera individual. El etiquetamiento se puede definir como el “categorizar a una persona con alguna base, ya sea, o no, que esta base sea relevante o justa”. El etiquetamiento de una persona puede llegar a ser destructivo ya que algunas etiquetas no son deseables, la atención recae en un aspecto de la persona que tiene connotaciones sociales negativas y no se toman en cuenta otros aspectos del individuo. Las etiquetas o apodosos y las burlas pueden causar la discriminación, marginación o prejuicios (por su raza, religión, cultura o apariencia) por parte de los demás, lo que resulta en un daño que perdura a través de los años y crea sentimientos de inseguridad e inadecuación, por lo que también puede estar ligado a que el individuo presente conductas

alimentarias anómalas. Esto también tiene un efecto negativo en las personas que presenten este tipo de conductas, ya que al sentirse estigmatizadas evitan buscar ayuda para no ser etiquetadas nuevamente, esta vez como “enfermos”. Frecuentemente, el etiquetamiento proviene de amigos, compañeros y familiares. Ser discriminado por este tipo de etiquetamiento puede tener como consecuencias una baja autoestima, depresión, inseguridad, aislamiento, dificultades en la comunicación, insatisfacción corporal, alteraciones en la percepción de la imagen corporal (efecto negativo) ^(13,14,15,16).

De acuerdo a Fachinni los antecedentes de burlas y apodos relacionados con el peso y conductas alimentarias anómalas se pueden relacionar con niveles de internalización.

Siguiendo lo anteriormente mencionado, un factor que juega un papel importante en las de conductas alimentarias de riesgo es la alteración de la percepción de la imagen corporal. La percepción es “un proceso por el cual la información que se recibe a través de los sentidos se procesa en el cerebro y se almacena en la memoria, produciendo alguna respuesta física o mental; obtenemos la información del entorno a través de los sentidos desarrollando la capacidad de distinguir, etiquetar, categorizar, comparar, etc., y, a su vez, formar juicios”. La percepción de la imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. La información que resulta de la percepción puede ser tomada favorable o desfavorablemente y puede diferir entre género y edad. En las personas que tienen conductas alimentarias de riesgo puede existir una alteración o “trastorno” de la imagen corporal, siendo esto un factor importante que pueda derivar en otras patologías ^(17,18,19).

Es así como las conductas alimentarias de riesgo pueden estar ligadas a diversos factores y manifestaciones que deben estudiarse como un problema de salud pública que aqueja a nuestra población. Para poder intervenir es necesario realizar estudios epidemiológicos que muestren los grupos más vulnerables a este tipo de conductas.

Una investigación realizada por la Asociación Nacional de Trastornos Alimentarios (National Eating Disorders Association) llevó a cabo una recolección de datos donde participaron 1,002 estudiantes de universidades privadas y públicas interrogándoseles acerca de su conocimiento sobre trastornos de conducta alimentaria y sobre sus conductas alimentarias de riesgo. En los resultados la mayor conducta alimentaria de riesgo que se presentó entre los estudiantes, fue la de haber realizado dieta y la de evitar o saltarse comidas (80.9% y 74.7% respectivamente), además de que un 44.4% de los estudiantes conocía a alguien que hacía ejercicio compulsivamente, un 38.8% conocían a alguien que vomitaba con el fin de purgarse; y un 26% conocían a alguien que utilizaba laxantes para perder peso, conductas que pueden derivar en trastornos como bulimia y anorexia ⁽²⁰⁾.

Así mismo, en Venezuela, se estudió la presencia de conductas y actitudes características de trastornos del comportamiento alimentario y la susceptibilidad a la influencia de factores socioculturales en estudiantes universitarios, como indicadores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades. Se presentan tres estudios no experimentales de corte transversal. El primer estudio se realizó en el año 1995, el segundo en 1997 y el tercero en el año 2004. Se utilizó la "Prueba de Actitudes hacia la alimentación" (Eating Attitude Test-EAT9), cuestionario autoaplicado destinado a evaluar de forma objetiva las conductas y preocupaciones relacionadas significativamente con la ingesta alimentaria, dietas y ejercicios. Los análisis de frecuencia mostraron que en 1995 de 170 mujeres, 10% estaban en riesgo. En 1997 de 216 estudiantes 8,33% de las mujeres y 0,46% de los hombres presentaron conductas sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario. En el año 2004, se obtuvo un porcentaje de 8,84% en mujeres y 1,94% en hombres. Las personas en riesgo de trastornos del comportamiento alimentario reportan mayor influencia de factores socioculturales que alientan la delgadez, constituyéndose estos factores también en predictores de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario ⁽²¹⁾.

Un estudio realizado en Chile estimó la presencia de conductas relacionadas con desórdenes alimentarios en estudiantes de sexo femenino de la carrera de

Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso. La muestra constó de 123 estudiantes que cursaban entre primer y cuarto año de la carrera, con una media de edad de 20 años 9 meses a las que se les aplicó el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Como resultados se encontró que las estudiantes de Nutrición y Dietética tuvieron un riesgo similar (15%) de padecer patologías alimentarias que otros universitarios y el estado nutricional no se asoció al riesgo de desarrollarlas. Las conductas y sintomatologías más prevalentes en el grupo de riesgo según el EDI fueron insatisfacción corporal ($p=0,01$), motivación por la delgadez ($p=0,01$) y perfeccionismo ($p=0,05$). Se detectó una mayor tendencia hacia la presencia de conductas anorécticas con relación a la bulímica ⁽²²⁾.

En Cali, Colombia, se realizó un estudio en un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, cuyo objetivo era determinar la cifra relativa de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de trastorno en la conducta alimentaria, y a partir de los datos, estimar la prevalencia en la población universitaria. Además, evaluar los factores asociados con el resultado positivo en una nueva prueba de filtro para los trastornos en la conducta alimentaria. Hubo 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba (puntaje >24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún trastorno en la conducta alimentaria. Asimismo se identificó que la evaluación del comportamiento identifica diferentes tipos de trastorno en la conducta alimentaria que se deben diferenciar con preguntas adicionales. La prevalencia estimada indica que los trastornos en la conducta alimentaria son un problema importante en la comunidad universitaria, en el que se debe intervenir mediante diferentes estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento ⁽²³⁾.

Así mismo, también en Colombia pero en la Universidad de Manizales, se realizó una investigación en 165 estudiantes para determinar la frecuencia de CAR. En el trabajo se estudiaron variables demográficas, de ansiedad, depresión, estado nutricional, CAR, entre otras. Las CAR se evaluaron a través del instrumento Eating Disorders Inventory (EDI 2). Los resultados reflejaron que un 12.7% de la

población presentaron CAR. Se consideró la prevalencia de facultades por CAR, las personas con mayor CAR fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%) mientras que economía y educación no presentaron casos de CAR. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa se asoció con la variable que impulsó de la delgadez ⁽²⁴⁾.

En Europa, se realizó un estudio en una Universidad de Minho en el Norte de Portugal y en dos Universidades de Galicia en el Noroeste de España. La muestra fue de un total de 1079 mujeres y su objetivo fue evaluar la prevalencia de TA en alumnas universitarias de primer año. En la Universidad de Portugal fue una muestra de 486 y 595 para las otras dos universidades de España. Se hizo uso del EDI y de un cuestionario elaborado para evaluar problemas relacionados con la alimentación. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los datos de la prevalencia de TCA en estas áreas de ambos países. Las CAR que más se presentaron fue en primer lugar las de restricción, con 31% en las portuguesas y 45% en las españolas; seguidas por las CAR de atracón con un 10.3% en las estudiantes portuguesas y 3.5% en las españolas, por último se presentaron las CAR compensatorias con un 6% en las portuguesas y 2.4% en las españolas ⁽²⁵⁾.

En México, a nivel nacional, una parte de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, contenía preguntas acerca de las conductas alimentarias de riesgo, entrevistándose a 25 056 (50.8% hombres y 49.2% mujeres) adolescentes entre 10 a 19 años que representaron un universo de 22 874 970 jóvenes. ⁱ Los resultados señalaron que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, comer demasiado o bien perdieron el control para comer. En un 3.2 % de los adolescentes se encontró que habían practicado conductas alimentarias de riesgo con respecto a las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. Así mismo en una menor proporción se encontró la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos, afectando la práctica de estas conductas alimentarias. Estas

conductas se encontraron en mayor proporción en mujeres especialmente en el grupo de 16 a 19 años ⁽²⁶⁾.

En el estado de México se llevó a cabo un estudio acerca de la prevalencia de CAR en mujeres de nivel superior y comparaciones respecto al área de conocimiento e índice de masa corporal en las mujeres que presentar CAR y las que no. La investigación se realizó con una muestra de 508 mujeres, a través de un muestreo probabilístico de tipo estratificado donde se tomaron en cuenta ocho áreas de conocimiento: ciencias sociales, humanidades, ciencias de la salud, económico administrativas, ciencias exactas, arquitectura, ingeniería y ciencias agropecuarias. Como resultados se encontró que la prevalencia total de CAR de la muestra estudiada fue de 12% de las participantes. La mayor prevalencia de CAR se observó en las áreas de Ciencias Sociales y el área Económico administrativa (3.6% y 2.4% respectivamente). En cuanto a la diferencia en el IMC en la muestra con CAR y sin ellas, se encontró que las mujeres con CAR tendían al sobrepeso (34%) pero en su mayoría presentaban rangos normales (57%) ⁽²⁷⁾.

En la Universidad de Guadalajara, a través del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA) se realizó una investigación ligada al tema de las conductas alimentarias de riesgo, en la población femenina con un tamaño de muestra de 620 estudiantes, utilizándose el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2). Entre los resultados más relevantes destacan tres escalas consideradas como factores de alto riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia, ineficacia e inseguridad social. El 50.5% (413) de las mujeres, tenía tendencia a presentar pensamientos o a darse atracones de comida incontrolables, característica distintiva de la bulimia. El 36.8% (228) presentaban pobre autoestima, autoevaluación negativa, incluidos sentimientos de vacío y soledad, conformando un sentimiento abrumador de ineficacia y perturbación subyacente en los trastornos de la alimentación. El 100 % (619) creyó que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad, mostrando falta de seguridad y

de felicidad en sus relaciones sociales, característica que se observa con frecuencia en los pacientes con trastorno alimenticio ⁽²⁸⁾.

Otro estudio en población estudiantil del Distrito Federal identificó tendencias de conductas alimentarias de riesgo durante el periodo 1997- 2003. Tomando una muestra representativa de estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y carreras técnicas en estudiantes, de ambos sexos, entre 12 y 19 años. Los resultados mostraron un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo, existiendo un incremento en la frecuencia por sexos siendo el doble para los hombres en comparación con el año anterior y casi el triple para las mujeres. Por grupos de edad, se observó también un incremento en la frecuencia de estas conductas en varones de todas las edades excepto los de 16 y 17 años, y en las mujeres de todas las edades, siendo las más importantes en varones de 12 a 13 años y en las mujeres de 18 a 19 años. En cuanto a los tipos de conducta, aumentó la preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso ⁽²⁹⁾.

A nivel local, en Xalapa, Veracruz se realizó un estudio donde se determinaron los factores asociados a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes universitarios, específicamente en la Facultad de Nutrición, Zona Xalapa, de la Universidad Veracruzana, donde a través de un test validado de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26), se encontró que existía una prevalencia de 9.6/100 en esta población. Se concluyó que de las variables estudiadas las que influyen más para que las personas tengan o desarrollen algún trastorno en la conducta alimentaria son el desear pesar menos que su peso actual, aun cuando se encuentren en su peso normal, situación que tiene que ver con la satisfacción personal en relación a su composición corporal, el sobrepeso u obesidad en la infancia y adolescencia, además de la presión ejercida por los padres para dejar de comer ⁽³⁰⁾.

Así mismo no hay que perder de vista la asociación entre los desórdenes concernientes al peso y la percepción de la imagen corporal. Diversos autores como Arroyo, Rocandio y Ansótegui, coinciden en que la distorsión de la imagen corporal influye en las conductas alimentarias de riesgo y por tanto en enfermedades como la obesidad, la anorexia y bulimia nerviosas ⁽³¹⁾.

Un estudio realizado en la Ciudad de México sobre las conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal tuvo como objetivo encontrar las relaciones entre estas dos variables en una muestra de mujeres adultas de 25 años a 45 años, obteniendo una muestra de 659 participantes, encontrándose como resultado un porcentaje elevado de conductas compensatorias (17.3%), y el comer compulsivamente (12%), y la restricción presentó los porcentajes más bajos (5.5%). A partir de una correlación de Pearson entre el índice de masa corporal, para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción y percepción de la imagen, estos datos mostraron que las variables que mayor correlación significativa tuvieron con el índice de masa corporal fue: comer compulsivamente ($r= 0.42, p<0.01$), insatisfacción con la imagen corporal ($r= 0.53, p<0.01$) y percepción de la imagen corporal ($r= 0.76, p<0.01$) ⁽³²⁾.

El Índice de Masa Corporal (IMC), indicador del estado nutricional que con mayor frecuencia es utilizado por su facilidad de estimación, y que se calcula a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros, es uno de los indicadores más ampliamente estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA, y de manera más específica con las conductas alimentarias, ya que se han encontrado importantes asociaciones. Diversos estudios han demostrado que al presentar los individuos un IMC alto (sobrepeso u obesidad), su imagen corporal se aleja de lo "ideal"; y gracias a la influencia de los factores socioculturales antes mencionados, los cuales han estigmatizado el sobrepeso y la obesidad no por cuestiones de salud sino por consideraciones psicológicas y estéticas, los individuos buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura, practicando las CAR. Para terminar, en otras investigaciones realizadas por Saucedo-Molina y

colaboradores en púberes mexicanos de ambos sexos, en las que se estudiaron no solamente conductas alimentarias de riesgo, como dieta restringida, sino también factores socioculturales, como influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, se encontró, a través de modelos predictivos, que a mayor IMC mayor seguimiento de conductas de riesgo y mayor influencia de factores socioculturales principalmente en mujeres ⁽³³⁾.

A nivel nacional; se han encontrado porcentajes que van desde cinco hasta 22% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, hombres y mujeres adolescentes, y estudiantes de bachillerato ⁽³⁴⁾.

En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud mostraron que 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. En un 3.2 % de los adolescentes se encontró que habían practicado conductas alimentarias de riesgo con respecto a las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. Así mismo, con una menor proporción se encontró la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos ⁽³⁵⁾. En Veracruz el 15.4% de los adolescentes refiere que ha tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido (0.2%). Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.1% de los adolescentes. Además, el 2.9% de los adolescentes ha realizado ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso ⁽³⁶⁾.

Los trastornos en las conductas alimentarias no son un problema nuevo, tienen una larga historia, sin embargo en la actualidad la mortalidad por esta causa va en aumento. Uno de los trastornos que más se presenta en la adolescencia y juventud son la anorexia nerviosa, cuya prevalencia oscila entre 0.2%-0.5% y la bulimia entre 2%-3%; mientras que la prevalencia de otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados es del 3-5% ⁽³⁷⁾. La incidencia por muerte para anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 7% en los últimos diez años, según

cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud) ⁽³⁸⁾. Todas aquellas personas que comen muy poco están en riesgo de complicaciones propias de la inanición o desnutrición. La anorexia es el trastorno de la conducta alimentaria que presenta los síntomas más floridos, sin embargo, las pacientes con bulimia o trastorno del atracón pueden presentar también estas complicaciones, sobre todo en los periodos de seria restricción. Cuando los síntomas de anorexia aparecen en los primeros años del adolescente que se encuentra en pleno desarrollo, los efectos sobre el crecimiento y el desarrollo sexual pueden ser devastadores, en especial si el proceso se vuelve crónico. Los pacientes con bulimia generalmente se observan “saludables”. Los hallazgos clínicos dependerán de las conductas compensatorias que esté realizando como el vómito, abuso de laxantes, diuréticos, píldoras para adelgazar y otros. Algunos signos clínicos de vómito incluyen escoriaciones o callosidades en dorsos de las manos (signo de Russell) (Russell, 1979) así como la pérdida del esmalte dental ⁽³⁹⁾. Por otro lado una conducta alimentaria de riesgo como el atracón puede derivar en sobrepeso y obesidad, siendo un grave problema a nivel Nacional, puesto que México ocupa el segundo lugar a nivel mundial (prevalencia de 26% de obesidad y 52% de sobrepeso) de acuerdo con la OMS ⁽⁴⁰⁾, como consecuencia tenemos un significativo incremento en sus comorbilidades ya que se asocia a enfermedades que constituyen las primeras causas de mortalidad: diabetes mellitus tipo 2; enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas del hígado y enfermedad cerebro vascular. De tal manera se puede considerar a la obesidad y al sobrepeso como componentes de extrema relevancia en la generación de muerte en nuestro país ⁽⁴¹⁾. De continuar con la tendencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles en el 2010, “el gasto en salud nacional de los pacientes crónicos ocupará el 90% del presupuesto en su atención” según Agustín Lara (2002). Los gastos médicos relacionados con la obesidad representan en nuestro país el 11.6%, costándole más de 3,300 millones de pesos al año. En adición a estos costos hay otros indirectos como las jornadas laborales perdidas en las que se destinan millones de dólares a las enfermedades que se desencadenan a raíz de la obesidad ⁽⁴²⁾.

III. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, las conductas alimentarias de riesgo han aumentado su frecuencia por lo que son consideradas un problema social y de salud pública en diversos países, debido a que afectan a un gran número de mujeres y hombres dentro de la sociedad, sobre todo en la adolescencia y juventud temprana (entre los 12 y 25 años de edad) ⁽⁴³⁾. A pesar de esto existe un escaso conocimiento sobre la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en estas edades tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo ^(30,44).

Además es necesario tomar en cuenta que en el ámbito hospitalario se pueden presentar diversos factores que contribuyen al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo como son: presión del medio de la mujer y el hombre ideal, las crisis depresivas, el estrés, la ansiedad, sin olvidar que se encuentra entre las edades de riesgo para el inicio de estas conductas ^(45,46).

Así mismo es relevante realizar estudios en las universidades, de acuerdo a su distribución de áreas y facultades, debido a que de acuerdo a diversos autores se han asociado como riesgo de las conductas alimentarias de riesgo y sus trastornos concomitantes, como en el caso de un estudio realizado en la Universidad de Manizales, Colombia, cuyos resultados mostraron que en los estudiantes de la Facultad de Medicina, se presentaba una mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en comparación con el resto de los estudiantes de las demás facultades. La importancia de contar con esta información radica primordialmente en la oportunidad de realizar una mejor planeación de los programas de prevención y manejo de los mismos ⁽⁴⁷⁾.

Las actitudes y conductas alimentarias de los jóvenes se enfocan en los ayunos prolongados, así mismo el uso de dietas para bajar de peso, insatisfacción con la figura, con el deseo de pesar menos, entre otros ⁽⁴⁸⁾. Existen diversas conductas, pero las que más se presentan son atracón, medidas compensatorias y de restricción, siendo los principales problemas que derivan de estos; la anorexia, bulimia, obesidad y sobrepeso, problemas que tienen una alta incidencia en

México, afectando a gran parte de los jóvenes, en los últimos años y con una predicción de aumento en los próximos años ^(49,50).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los modelos explicativos sobre la etiología de las Conductas Alimentarias de Riesgo han llegado a la conclusión que se trata de patologías de origen multicausal, en la que se involucran factores de orden sociocultural, familiar, biológico e individual. Los investigadores en el área han identificado algunos de estos factores como precursores de los mismos, como la autoestima y el afecto negativo (depresión y ansiedad); mientras que otros factores correlacionan de manera importante y juegan el papel de detonadores de la enfermedad, como los estresores ambientales, o algunas características de la personalidad como el estilo de pensamiento, principales factores involucrados en las conductas alimentarias de riesgo en los becarios del HGR1 Orizaba.

Por lo antes planteado se puede decir que es indispensable realizar programas que detecten y eviten las conductas alimentarias de riesgo. Hay que tomar en cuenta que para poder apreciar cuantitativamente la eficacia de dichos programas, es necesario realizar investigaciones y evaluaciones epidemiológicas, con el fin de informar con autenticidad, influir y concientizar al público, principalmente a los trabajadores de la salud. Al conocer las conductas alimentarias de riesgo de los becarios del Hospital General Regional de Orizaba; se pretende obtener información que pueda servir para apoyar programas de prevención y detección de dichas conductas, pudiéndose evitar la aparición de diversas enfermedades como anorexia, bulimia y obesidad, y la asociación de estas con enfermedades cronicodegenerativas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Existe asociación entre las Conductas Alimentarias de Riesgo y el Índice de Masa Corporal en becarios del HGR 1 Orizaba?

V. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la asociación entre la práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo y el Índice de Masa Corporal en becarios del HGR1-Orizaba.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir las características generales de la población en estudio.
2. Identificar la frecuencia y tipo, de las diferentes conductas alimentarias de riesgo.
3. Clasificar las Conductas Alimentarias de Riesgo por sexo.
4. Identificar las Conductas Alimentarias de Riesgo más frecuentes por grado académico.
5. Clasificar el IMC de los sujetos de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

VI. HIPOTESIS

Existe una relación entre la práctica de conductas alimentarias de riesgo y el índice de masa corporal en becarios del HGR1 Orizaba.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio de tipo transversal, analítico y observacional, con un censo de 115 becarios que ingresaron para realizar estudios de pregrado y posgrado en el HGR 1 de Orizaba en el 2013. Se aplicará un cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo de Unikel C y colaboradores, elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV, consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo, en los 3 meses previos a la aplicación del instrumento. Cuenta con cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a la mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. Se medirá el peso y la talla para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), con ropa ligera y sin zapatos, colocándose encima de la báscula, registrándose el peso en kilos y gramos. La talla se determinará con un estadímetro, pegado a la pared, con el individuo descalzo, registrándose la medida en metros y centímetros. El IMC se calculará dividiendo el peso entre la estatura al cuadrado. Se realizará una encuesta de satisfacción de la imagen corporal la cual consta de 7 dibujos para hombres y mujeres, con imágenes de muy delgado a obeso, debiendo contestar cual es la percepción de su imagen y cual les gustaría tener.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Becarios hombres y mujeres del HGR1 que acepten participar a partir de que realicen su residencia, servicio social o internado de pregrado en esta institución.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Becarios con más de 40 años de edad.
- Becarios con menos de 20 años de edad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Participantes que hagan un llenado inadecuado e inconcluso (que respondan menos del 80% del cuestionario) de los instrumentos.
- Participantes que decidan abandonar el estudio en cualquier momento.

IX. ANALISIS ESTADISTICO

Se acordarán los objetivos planteados comenzando con la descripción de las características generales de la población en estudio, mediante estadística descriptiva para las variables conductas alimentarias de riesgo, edad, sexo, grado académico, estado nutricional y percepción de la imagen. Se realizará un análisis univariado para el primer objetivo con las diferentes pruebas que se realizarán para cada una de estas variables. Conductas alimentarias de riesgo: a) Frecuencia y porcentaje de la presencia de conductas alimentarias de riesgo. b) Frecuencia y porcentaje de la presencia de conductas alimentarias de riesgo por sexo. c) Frecuencia y porcentaje de conductas de restricción, compensatorias y atracón. Para la edad se describirán: media, mediana, moda, distribución de frecuencias relativas, porcentaje por edad, rango de edad (mínimo -máximo), desviación estándar. Sexo: Frecuencias relativas y absolutas, porcentajes de hombres y mujeres, razón hombre-mujer. Grado académico: porcentaje del censo por grado académico. Estado nutricional: Frecuencias relativas y absolutas, porcentaje de becarios con bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II, obesidad grado III, moda.

Para llevar a cabo el segundo objetivo de identificar la frecuencia y tipo de conductas alimentarias de riesgo que se presentan en los becarios del HGR Orizaba, se realizarán frecuencias relativas y absolutas además prueba t de student para siendo que estas variables tienen una distribución normal: a) Diferencia de medias con la edad. b) Diferenciar si el grupo que tiene las conductas alimentarias de riesgo grupo está conforme o no conforme con su imagen. c) Diferenciar el índice de masa corporal con los que tienen y los que no tienen conductas alimentarias de riesgo. Con el propósito de conocer si existe asociación de la variable conductas alimentarias de riesgo (variable dependiente) con cada variable independiente (sexo, grado académico y percepción de la imagen) se realizará un análisis bivariado. Con el fin de asociar la variable dependiente con algunas independientes, se utilizará un modelo de regresión logística. Se buscará la asociación de las conductas alimentarias de riesgo con

las variables independientes: sexo, grado académico, percepción de la imagen e índice de masa corporal.

En un principio se codificarán, mediante la asignación de valores numéricos a las variables. Se creará una base de datos en Excel, en la cual se capturaron los datos. Se transportará la base al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) v.18, Epi Info, STATISTICA.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud; en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Nuremberg emitida en 1947 en el tribunal internacional del mismo, donde a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos. Esta declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset y Edimburgo, respectivamente.

Se considerará una investigación sin riesgo porque no se realizará ninguna intervención que afecte la integridad y privacidad de los encuestados, contará con el consentimiento informado por escrito, donde se le explicarán los objetivos de la investigación, así como los beneficios que nos proporciona al participar, al mismo tiempo que no nos perjudica que en determinado momento decida retirar su consentimiento, de acuerdo con el Título Segundo, Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Art 13, Art 14 fracción I,III,V, Art 16, 17, fracción I, Art. 18, 20, 21 fracción I,IV, V, VI,VII. Art. 22).

XI. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable		Dimensiones		Definición operacional				
Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional		Fuente	Escala de medición	Indicador	
Conductas alimentarias de riesgo	Comportamientos de riesgo relacionados con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias, ingestión de purgas y productos que alteran la constitución corporal y cantidades ingeridas de los alimentos.	Conductas de atracón	Comportamientos relacionados con vómito autoinducido, la ingestión de grandes cantidades de comida en un pequeño período de tiempo (menos de dos horas), de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena, con la intención de declarados por la persona entrevistada.		Cuestionario	Cualitativa, ¿ordenó comida? no poder parar de comer? riesgo en los alimentos de bajar de peso?	Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en los alimentos de bajar de peso?	
		Conductas compensatorias	Comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular el peso, logrando la descompensación del individuo (como laxantes, enemas y diuréticos).					Hospital General Regional de
		Conductas de restricción	Comportamientos relacionados con la ingesta de calorías diarias en los alimentos inferior a la requerida y/ o con la práctica de ejercicio físico excesivo (más de 2hr. diarias), declarados por la persona entrevistada.					Evacuación para tratar de bajar de peso?
				<p>Todas las preguntas se califican:</p> <p>Nunca o casi nunca = 0</p> <p>A veces = 1</p> <p>Con frecuencia (2 veces en una semana) = 2</p> <p>Con mucha frecuencia (Más de dos veces en una semana) = 3</p> <p>El punto de corte para la puntuación total es de 10.</p>				

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Estado nutricional	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad en años proporcionada por el entrevistado. Evaluación nutricional de acuerdo al peso y estatura de los becarios mediante la utilización del Índice de Masa Corporal. Se utilizará la clasificación de la Organización Mundial de la Salud:	Cuestionario	Ordinal	Cuantitativa Media de las edades por años que se presenten. Porcentaje de la población por edad.
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado: Mundial de la Salud: - Hombre - Mujer Clasificación IMC (Kg/m²) Bajo peso <18.5 Normal 18.5-24.9 Sobrepeso 25.0-29.9 Obesidad I 30.0-34.9	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta por sexo. Razón hombre-mujer. Porcentaje de la población por sexo.
Satisfacción de la imagen	Expresión para denominar la conformidad de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo.		Se medirá con una escala formada por siete figuras, divididas en figuras para Obesidad II (35.0-39.9) y Obesidad III (>40)	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de becarios que estén satisfechos con imagen que tienen y con la que les gustaría tener. Satisfacción de la imagen

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Grado académico	<p>Internado de pregrado: Ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.</p> <p>Servicio Social de Medicina: trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los pasantes en los campos clínicos del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Residencia Médica: conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.</p>		<p>Médico Interno: personal de salud que cursa un ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.</p> <p>Médico pasante en servicio social: estudiante de una institución de educación superior, que cumple con los requisitos establecidos por las disposiciones jurídicas aplicables para prestar su servicio social.</p> <p>Médico residente: profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.</p>	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje del censo por grado académico.

XII. Recursos

- Recursos humanos

1 residente de medicina familiar

1 médico no familiar coordinador auxiliar de educación en salud.

- Recursos materiales

1 computadora

1 USB (unidad de almacenamiento masivo de datos)

115 formatos del cuestionario

10 lápices

10 plumas

Recursos financieros

Los propios de la institución y del investigador responsable.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Unikel C, Bojórquez L, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*.2004; 46(6):509-15.
2. Beltrán N, Cornejo B, Vizmanos B, Hunnot C, Unikel C. Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal según el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), en adolescentes [Internet]. Tercer Encuentro de la Participación de la Mujer en la Ciencia. 18 y 19 de mayo de 2006; León, Gto., México. Centro de Innovación Aplicada en Tecnologías Competitivas; 2006. [Consultado 2013 Ene 5]. Disponible en: www.cio.mx/3_enc_mujer/files/extensos/Sesion%202/S2-MCS19.doc
3. Rodríguez M, Novalbos P, Martínez M, Jiménez E. Epidemiological study of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *Eur J Clin Nutr*. 2004 Jun; 58(6):846-52.
4. Organización Mundial de la Salud. Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005; [Consultado 2013 Ene 7]. 95 p. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/index.html
5. Morales J. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *RESPYN* [Internet]. 2002 Jul-Sep [Consultado 2009 Ene 8] 3 (3): [cerca de 12 p.]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/trastornos.html>

6. Hernández B, Velasco H. Encuestas transversales. Salud Pública de México. 2000 Sep-Oct; 42 (5): 447-55.
7. Unikel C, Bojórquez L, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud pública de México. 2004 Nov-Dic; 46 (6):509-15.
8. Osorio E, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr [Internet]. 2002 Dic [Consultado 2008 Oct 12]; 29(3): [cerca de 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000300002&script=sci_arttext
9. Pérez B, Kaufer M, Casanueva E. Nutriología Médica. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2001. 720 p.
10. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. RIPC/S/IJCHP. 2003;3(1):23-33.
11. Schoenbach VJ. (Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill). Comprendiendo los fundamentos de la epidemiología [Internet]. Carolina del Norte: UNC; 2000; [consultado 2013 feb 2]. 432 p. Disponible en: <http://www.epidemiolog.net>
12. Sarason G, Sarason R. Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada. 7ª ed. México: Prentice Hall, Hispanoamericana; 1996. 675 p.

13. Ballester R, Guirado MC. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*. 2003; 15 (4): 556-62.
14. Gracia J. (Ministerio de la Presidencia, Secretaria Nacional para el plan alimentario nutricional, Panamá). Estudio descriptivo sobre conductas alimentarias y estilos de vida que repercuten en el sobrepeso y obesidad de los estudiantes de 6º de las escuelas Pedro J. Sosa y Belisario porras. Panamá: SENAPAN; 2005 Oct; [Consultado 2009 Abr 25]. 43 p. Disponible en:http://www.presidencia.gob.pa/senapan/descargas/vidaSalud_invObesidad.pdf
15. Makukina E. Complicaciones psicológicas de la obesidad infantil y juvenil. Uruguay: giglobal; 2009 May; [Consultado 2009 Jun 2]. [Total de páginas desconocido]. Disponible en:
<http://www.giglobal.net/portal/recweb54/COMPLICACIONES%20PSICOLOGICAS%20DE%20LA%20OBESIDAD%20INFANTIL%20Y%20JUVENIL.pdf>
16. Facchini M. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Arch Argent Pediatr*. 2006; 104(4):345-50.
17. Merino J y col. citado por García D. y col. En: *Cibercultura: adaptación y psicopatología*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2006; 26(98): 253-63.
18. Conxa P, Rosa M. Baños. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de psicología, Universidad de Valencia*. 1990; 6(1): 1-9.

19. Moreno K (coordinadora). Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención. 3ª ed. México: Centros de Integración juvenil; 2006. 268 p.

20. National Eating Disorders Association. National Eating Disorders Association announces results of eating disorders poll on college campuses across the nation [página Web en Internet]. Estados Unidos de América: National Eating Disorders Association; 2006 [Consultado 2013 Mar 29]. Disponible en: <http://www.nationaleatingdisorders.org/>

21. Lugli Z, Vivas E. Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. RFM. 2006 Dic; 29 (2): 161-67.

22. Behar R, Alviña M, Medinelli S, Tapia P. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética. Rev Chil Nutr. 2007 Dic; 34 (4): 298-306.

23. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Med. 2007 Oct-Dic; 38(4): 344-51.

24. Cano A, Castaño J, Corredor A, García M, González M, Lloreada L, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. MedUNAB. 2007 Nov; 10 (3): 187-94.

25. Machado P y col. Eating related problems amongst Iberian female college students. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4 (3): 495-504.

26. Hernández MI, Villalobos A, Rauda J [Instituto Nacional de Salud Pública]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 [Internet]. Cuernavaca

(México): Instituto Nacional de Salud Pública; 2007. [Consultado 2008 Sep 13]. 132 p. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

27. Rodríguez B, Oudhof H, González-Arratia NI, Unikel-Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. Revista Científica Electrónica de Psicología IC Sa- UAEH. [Internet]. [Fecha desconocida] [Consultado 2009 May 25]. Disponible en: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/11_-_No._6.pdf
28. Robles S, Hernández A. Trastornos de la Alimentación en Mujeres Estudiantes del CUCEA de la Universidad De Guadalajara (perfil y algunos factores predisponentes)[Internet]. 5-9 de noviembre de 2007; Mérida, Yucatán, México. Merida, Yucatán [editorial desconocida]; 2007 [número de páginas desconocido]. [Consultado 2009 Sep 13]. Disponible en:<http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at10/PRE1178132505.pdf>
29. Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencia 1997- 2003. Revista de Investigación Clínica. 2006 Ene-Feb 58 (1): 15-27.
30. Olalde J. Factores Asociados al Desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en el estudiante universitario [Tesis de maestría]. Xalapa, Ver. (México): Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2007. 131 p.
31. Arroyo M, Rocandio A, Ansótegui L. Percepción de la imagen corporal en estudiante de la Universidad del País Vasco. Zainak [Internet]. 2005 [Consultado 2009 Feb 19] 27: 55-63. Disponible en: <http://hedatuz.euskomedia.org/3802/1/27055063.pdf>

32. Lora I, Saucedo J. 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*. 2006 May-Jun; 29 (3): 60-67.
33. Unikel C, Bojórquez L, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*. 2004 Nov-Dic; 46 (6): 509-15.
34. Palma O, Hernández I, Villalobos A, López A, Schmitz O, Campero L, et al. [Instituto Nacional de Salud Pública]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Veracruz [Internet]. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud; 2007 [consultado 2008 Oct 22]. 113 p. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/sur/Veracruz.pdf>
35. Rodríguez M, Novalbos P, Martínez M, Jiménez E. Epidemiological study of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *Eur J Clin Nutr*. 2004; 58:846-52.
36. Unikel C, Gómez G. Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*. 1999; 7(3): 417-29.
37. Zagalaz Sánchez María L. Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación* [Internet]. 2003 [Consultado 2009 Ene 23]; [volumen y número no especificados] [cerca de 24 p.]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

38. Barriguete J, Viladoms A. Trastornos en la conducta alimentaria. Revista Odontológica Mexicana [Internet].2008 Jun [Consultado 2008 Dic 18]; 12 (2):102-08. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=43&IDARTICULO=15714&IDPUBLICACION=1611&NOMBRE=Revista%20Odontologica%20Mexicana>

Hernández P. 4^{to} Congreso Internacional de Nutriología y Obesidad. 7 y 8 de julio de 2006; Monterrey, N.L., México. México, RESPYN 2006 [número de páginas no especificado].

Blanco R. El dinero y la salud. [Internet]. La Jornada en la Economía[Internet]. 2005 Mar [Consultado 2008 Ago 26]; [volumen no especificado] 49: [cerca de 5 p.] México: Hospital General; 2002 [citado 26 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/03/21/secara.html>

39. Carrada T. El papel del médico como promotor de salud. Rev Fac Med (Mex). 2002 Jul-Ago; 45 (4): 170-75.

40. Mahan K, Escott S. Nutrición y dietoterapia de, Krause. 10^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. 1312 p.

41. Sepúlveda R, Gandarillas A, Carrobes JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. Psiquiatría.com [Internet].2004 [Consultado 2008 Oct 16]; 8 (2): [cerca de 12 p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/14984/?++interactivo>

42. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Ruiz MA, Fernández JR, Jiménez D. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. J Adolesc Health. 2001; 28: 338-45.

43. Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencia 1997- 2003. Revista de investigación Clínica. 2006 Ene-Feb 58 (1): 16.
44. Mora J, Gómez G, Unikel C. Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. Int J Psic. 1999; 33(1):11-29.
45. Gómez G, Unikel C. Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. Psicología Conductual. 1999; 7(3): 417-430.
46. Meza L.G. El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento. Revista digital Matemática, Instituto Tecnológico de Costa Rica. 2003 [Consultado 2013 Sep 17]; 4 [número no especificado]: [cerca de 8 p.]. Disponible en: <http://www.cidse.itcr.ac.cr/revistamate/ContribucionesV4n22003/meza/pag1.html>.
47. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Cuba: Organización Panamericana de la Salud, 2008 [Consultado 2013 Mayo 24]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
48. Gardner R.M., Stark K. Development and validation of two new scales for assessment of body image", Perceptual and Motor Skills. 1999; (89): 981-93.

XV. ANEXOS

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Fecha: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

Grado Académico (Internado, Servicio social, Residencia): _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

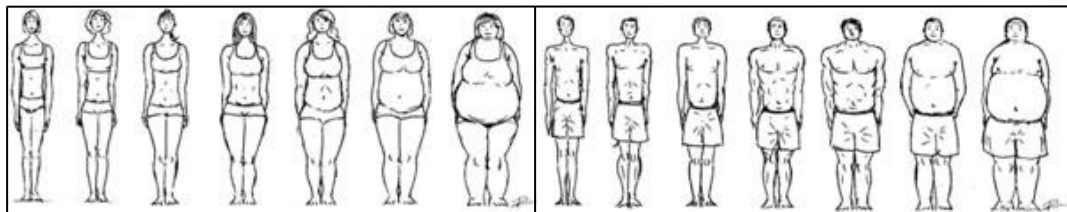
1	2	3	4
Nunca o casi nunca	A veces.	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana

		1	2	3	4	
CR1	Me ha preocupado engordar					
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida					
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)					
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso					
CR5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)					
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso					
CR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso					
CR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales					
CR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales					
CR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales					

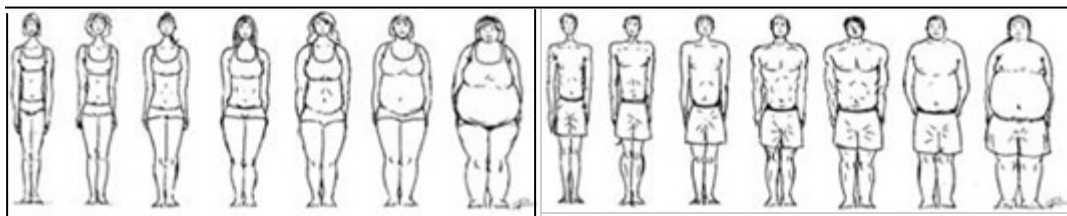
ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE LA IMAGEN CORPORAL

1. Observa detenidamente estas figuras y coloca una cruz a la que creas que mejor refleja tu imagen corporal.



2. Observa detenidamente estas figuras y coloca una cruz a la que te gustaría tener como imagen corporal.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "ASOCIACIÓN ENTRE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y EL INDICE DE MASA CORPORAL EN BECARIOS DEL HGR1-ORIZABA".

Lugar y fecha: ORIZABA, VER.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Analizar la asociación entre la práctica de las Conductas Alimentarias de Riesgo y el Índice de Masa Corporal en becarios del HGR1-Orizaba.

Procedimientos: Contestar una encuesta con diez reactivos sobre conductas alimentarias de riesgo, que incluyen edad, sexo, grado académico, IMC. Así como una encuesta de satisfacción de la imagen corporal.

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer la existencia de conductas alimentarias de riesgo, su estado nutricional y si existe relación entre estas en becarios del HGR 1 Orizaba.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: SI

Beneficios al término del estudio: Conocer la existencia de conductas alimentarias de riesgo, su estado nutricional y si existe relación entre estas.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dra. Eréndira Citlali López Martínez
Colaboradores: Dr. José Arturo Córdova Fernández
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del HGZ N°8 Córdoba, Ver.

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

